



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

**BIENESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL EN
PERSONAS PERTENECIENTES AL PUEBLO CHIBULEO**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicología Clínica

Línea de investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Nina Maribel Marcalla Ainaguano

Director:

Dr. Paul Marlon Mayorga Lascano. Mg

Ambato - Ecuador

Marzo 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

**BIENESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL EN
PERSONAS PERTENECIENTES AL PUEBLO CHIBULEO**

Línea de Investigación:

Salud mental integral, determinación social y desarrollo social y desarrollo humano

Autor:

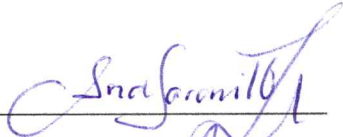
Nina Maribel Marcalla Ainaguano

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Mg, PhD.

f. 

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.


f. 

SECRETARIO GENERAL PUCE-A


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato - Ecuador

Marzo 2022

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

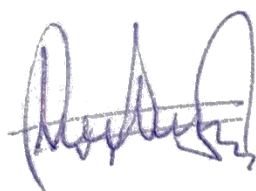
BIBLIOTECA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **NINA MARIBEL MARCALLA AINAGUANO**, con CC. 180500259-7, autora del trabajo de graduación titulado: “BIENESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL EN PERSONAS PERTENECIENTES AL PUEBLO CHIBULEO”, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizó a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, Marzo 2022



Nina Maribel Marcalla Ainaguano

CC. 1805002597-7

AGRADECIMIENTO

En primera instancia a Dios y a mis padres por el apoyo incondicional y las bendiciones recibidas durante mi vida académica y personal.

Agradezco mi tutor Dr. Paul Marlon Mayorga Lascano Mg por su tiempo y paciencia en la construcción de la presente investigación.

Hago extensivo mi agradecimiento a los docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato por los conocimientos impartidos a lo largo de mi vida universitaria.

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación existente entre las variables Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en una muestra de 373 personas pertenecientes al pueblo Chibuleo distribuidos en un 30,3% en sexo masculino y en un 69,7% en sexo femenino entre edades de 20 hasta 40 años respectivamente. Durante el desarrollo, se empleó el paradigma post- positivista bajo el diseño no experimental, de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo, correlacional y de corte trasversal. Los reactivos psicológicos utilizados fueron la escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29, el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28. En cuanto a los resultados las medias obtenidas muestran que los niveles de la variable Bienestar Psicológico, se encuentran por encima del punto de corte. Mientras que las medias de la variable Calidad de Vida, se ubican por encima, por el mismo y por debajo del punto de corte. Pasa lo contrario, con la variable de Salud Mental puesto que todas las medias, se muestran por debajo del punto de corte. Esto debido a que los indicadores que miden son aspectos negativos como: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Es decir, los participantes experimentan buenos niveles de Bienestar Psicológico y Calidad de Vida, lo que significa que, no existan casos que requieran una evaluación profunda en la Salud Mental. Por esta razón, el análisis estadístico de la investigación refleja una correlación baja negativa estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Palabras clave: Bienestar psicológico; calidad de vida; salud mental; indígenas

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between the variables Psychological Well-being, Quality of Life and Mental Health in a sample of 373 people belonging to the Chibuleo people, distributed as 30.3% male and 69.7% female between the ages of 20 and 40, respectively. During the development of the research, the post-positivist paradigm was used under the non-experimental design of a quantitative type, with a descriptive, correlational and cross-sectional scope. The psychological items used were the Carol Ryff-29 Psychological Well-Being Scale, the SF-36 Quality of Life Questionnaire and the Goldberg GHQ-28 General Health Questionnaire. Regarding the results, the means obtained show that the levels of the Psychological Well-being variable are above the cut-off point. While the means of the Quality of Life variable are located above, for the same and below the cut-off point. The opposite happens with the Mental Health variable, since all the means are shown below the cut-off point. This is because the indicators they measure are negative aspects such as: somatic symptoms, anxiety, social dysfunction and depression. That is, the participants experience good levels of Psychological Well-being and Quality of Life, which means that there are no cases that require an in-depth evaluation in Mental Health. For this reason, the statistical analysis of the research reflects a statistically significant low negative correlation between the study variables.

Keywords: Psychological well-being, quality of life, mental health, indigenous

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DE ARTE Y LA PRÁCTICA.....	3
1.1. Introducción al Bienestar.....	3
1.1.2. Tipos de Bienestar	6
1.1.3. Definición del Bienestar Psicológico	8
1.1.4. Componentes del Bienestar Psicológico	10
1.1.5. Modelos Descriptivos y Explicativos del Bienestar Psicológico.....	10
1.1.6. Dimensiones del Modelo de Bienestar Psicológico	11
1.1.7. Factores Determinantes del Bienestar Psicológico	12
1.1.8. Bienestar Psicológico en Grupos Étnicos	13
1.2. Definición de la Calidad de Vida	14
1.2.1. Modelos de la Calidad de Vida.....	17
1.2.2. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida.....	17
1.2.3. Factores de la Calidad de Vida.....	19
1.2.4. Clasificación de la Calidad de Vida	19
1.2.5. Calidad de Vida en la Visión de los Grupos étnicos	20
1.3. Conceptualización de la Salud Mental	22
1.3.1. Componentes de la Salud Mental	24
1.3.2. Salud Mental en la Visión de Grupos Étnicos	25
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
2.1. Metodología de la Investigación.....	27
2.2. Técnicas y Herramientas	30
2.3. Participantes	41

2.3.1. Análisis Sociodemográfico	42
2.4. Procedimiento Metodológico	44
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1. Análisis Descriptivo	46
3.2. Análisis Correlacional	53
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS.....	72
Anexo 1: Carta del Consentimiento Informado.....	72
Anexo 2: Ficha Sociodemográfica	73
Anexo 3: Escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff	74
Anexo 4: Cuestionario de Calidad de Vida	76
Anexo 5: Cuestionario de Salud General de Goldberg.....	81

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación, se ubica dentro de la línea de investigación de salud integral, determinación social y desarrollo humano. Este proyecto tiene como fin determinar la relación entre el bienestar psicológico, calidad de vida y la salud mental en personas pertenecientes al pueblo Chibuleo, debido a que este tema resulta trascendental e importante es la primera o una de las pocas investigaciones hechas en un grupo étnico. Para esto, se ha estructurado de la siguiente manera; el primer capítulo es el marco teórico en el que, se describe la información bibliográfica, el segundo corresponde al capítulo del marco metodológico en el que, se explica el diseño de la investigación, el tercero es el capítulo de resultados donde, se detalla los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos psicológicos; escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29, cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 por último, está el capítulo de las conclusiones recomendaciones.

Previas investigaciones demuestran que el bienestar psicológico “es una estructura positiva de autorrealización y satisfacción de los logros alcanzados en la vida” (De- Juana, Limon & Navarro, 2013, p. 56). Es decir, es un constructo positivo que todo sujeto experimenta siempre que, no se encuentre alterado. Por otra parte, la calidad de vida “es un estado de satisfacción general derivado de las potencialidades que posee las personas” (Ardila, 2003, p. 163). Evidentemente, es un bienestar integral entre lo que siente el sujeto y lo que sabe hacer. En cambio, la salud mental “conocido también como ausencia de enfermedades mentales, es un estado relativo donde las personas, se sienten bien consigo mismo, tienen motivos para vivir y están en la búsqueda constante de la autorrealización (Carrazana, 2003, p. 2). Como se puede ver, la salud mental no es sinónimo enfermedad, sino más bien es un constructo dinámico encaminado a la autosuperación.

Tras observaciones no sintetizadas en personas pertenecientes a grupos étnicos en América Latina y el Caribe, se identifica que aquellos sujetos que poseen bienestar psicológico muestran altos niveles en las dimensiones de autoaceptación, crecimiento personal y relaciones positivas con los otros; factor que redundo en una buena salud mental (Yáñez & Cárdenas, 2010). Es decir, mientras los niveles de bienestar psicológico, se encuentren en óptimas condiciones la salud mental también lo es. Por otra parte, la calidad de vida tiene

estrecha relación con la salud mental, según Laso y Males (2012), el mundo indígena relaciona a la salud a través del equilibrio que existe entre hombre y la naturaleza. Mientras, no se fragmente dicha armonía estas personas no padecerían de enfermedades patológicas. Esto a pesar de que los niveles de pobreza sea un factor determinante en la vida de estos grupos. Lo que significa que, a buenos niveles de calidad de vida la salud mental, se encuentra en buenas condiciones. Sin dejar a un lado que existen elementos que probablemente causen una reacción negativa en los indígenas.

Después de analizar las investigaciones encontradas, se procede a construir la hipótesis de la investigación la cual, existe relación entre el bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas pertenecientes al pueblo Chibuleo.

Objetivo general de la investigación

Determinar la relación entre en el bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas pertenecientes al pueblo Chibuleo.

Objetivos específicos de la investigación

- Fundamentar los aspectos teóricos del bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas de grupos étnicos.
- Evaluar los niveles de bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas pertenecientes al pueblo Chibuleo.
- Realizar un análisis estadístico correlacional entre bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas permanentes al pueblo Chibuleo.

Por lo tanto, el análisis de los datos de la investigación se apoya bajo el paradigma post-positivista con un diseño no experimental, de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional de corte transversal entre el bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental en personas en una muestra de personas pertenecientes al pueblo Chibuleo. Finalmente, de comprobarse la hipótesis se aportaría al estado del arte y a la generación de esta dinámica de estudio.

CAPÍTULO I. ESTADO DE ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Introducción al Bienestar

Para empezar el término bienestar de manera general es un tema relevante con un sinnúmero de consideraciones. Según la visión de los antiguos filósofos el bienestar “se clasifica en materiales, corporales y anímicos. Pues bien, como menciona Aristóteles las personas que gozan de riqueza, poder y salud en abundancia son infelices” (Valdés, 1991, p. 70). Es decir, el individuo que coloque en primer lugar, los aspectos materiales y deje en segundo plano los emocionales no es feliz. Muchas veces el bienestar es sinónimo de satisfacción y tranquilidad. Por ello Duarte y Jiménez (2007), afirman que: “El bienestar es el sentir de la persona al ver satisfechas las necesidades fisiológicas y psicológicas. Asimismo, uno de los constructos del bienestar es la probabilidad de lograr hacer realidad los proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo” (p. 305). En otras palabras, es un estado afectivo, que se pone en evidencia en varios periodos de tiempo.

También, es importante señalar las expresiones relacionadas al bienestar psicológico, estos son los siguientes: “La percepción subjetiva de sentirse bien, el estar de buen ánimo o sentirse satisfecho con sí mismo. Cualquiera de estas expresiones van a depender de las condiciones sociales, personales y ambientales” (Barros, 2004 citado por Palacios, 2007). En base a esta definición, el bienestar se sujeta al modo de vivir y a la interacción que existe con los otros. Para fundamentar este proceso es importante evaluar las dimensiones que conforman el bienestar, esto son: “Cognitivas, emocionales, comportamentales, individuales y medioambientales” (Omar, Paris, Aguilar, Ameida & Pino, 2009, p. 71). Sin duda alguna, cada uno de los términos que caracterizan al bienestar parte de la concepción propia del ser humano.

1.1.1. Conceptualización del Término Bienestar

El bienestar es definido según componentes o modelos psicológicos. Por ejemplo, Abdallah (2010), sintetiza al bienestar en cuatro elementos:

La primera está relacionada con los ingresos económicos. A más recursos materiales mayor es la felicidad percibida por el sujeto. La segunda, se enfoca en las necesidades

objetivas como; ingresos económicos, salud, educación, política, entre otros. El tercero son los aspectos subjetivos como; las emociones positivas, negativas, estados de ánimo y sentimientos. El último es la idea aristotélica de la felicidad cuya característica son los modos de vivir bien o mantener la buena vida con virtud y autenticidad. (p. 32-33)

En resumidas cuentas, el bienestar abarca elementos subjetivos, objetivos, cognitivos, afectivos y materiales, mismas que deberían ser satisfechas, así el sujeto denote bienestar.

Ahora bien, si la felicidad, la calidad de vida y la salud mental, tienen relación con el bienestar es por las múltiples construcciones sociales que existe (Ballesteros, Medina & Caicedo, 2006). En otras palabras, el bienestar guarda relación con otros constructos teóricos.

Dentro de la escuela neuropsicológica el bienestar es conocido como: “El resultado de un balance de determinados neurotransmisores alojados en el cerebro humano, que tomadas en proporciones adecuadas producen cierto nivel de bienestar” (Gracia, 2016, p. 36). Evidentemente, la transmisión de varias sustancias químicas en el cerebro genera ciertas reacciones positivas en el sujeto. De hecho, varios neurotransmisores juegan un papel importante en el equilibrio emocional. Por ejemplo, estudios realizados por Bisquerra (2009) demuestran que: “A niveles altos de serotonina, oxitocina, endorfina, dopamina y catecolamina causan sensaciones de afecto, apego, placer y felicidad. Por el contrario, a niveles bajos se experimenta tristeza, dolor e indicadores de depresión” (p. 111). En efecto, las sustancias que regulan las emociones en las personas son observables a través del comportamiento humano.

Por otro lado, hay escuelas psicológicas, que se enfocan en el estudio del desarrollo humano y en la evaluación de las cualidades propias de la persona. Para Carrasco, Brustad y Caycedo (2007), estas escuelas son:

El psicoanálisis considerado como la escuela pionera en tratar de entender las necesidades que tiene el individuo, en encontrar sentido a la vida, en dar solución a conflictos pasados y en conseguir aceptación de los otros. Otra de las escuelas es el humanismo también, llamado la tercera fuerza cuyo objetivo es buscar el crecimiento y la valoración de los demás. (p. 34)

En efecto, el estudio del bienestar promueve el crecimiento y funcionamiento adecuado además, fomenta el valor, que se da al individuo independientemente de las acciones que cometa.

Son escasos los estudios del bienestar en relación con la salud mental. Por ello Valverde (2013), investiga a autores quienes proponen tres modelos psicológicos desde la psicología positiva:

- **Modelo de Jahoda.** En este modelo, se da importancia a la salud física y psíquica a través de seis criterios; 1) actitudes hacia sí mismo, 2) crecimiento, 3) integración, 4) autonomía, 5) percepción de la realidad, y 6) control ambiental.
- **Modelo de Keyes:** Está compuesto por tres categorías cada uno con componentes y dimensiones: a) bienestar emocional: A alto afecto positivo y negativo, elevado es la satisfacción vital, b) bienestar psicológico: Envuelve las seis dimensiones propuestas por Carl Ryff y por último, el c) bienestar social: Incluye cinco dimensiones estos son: Coherencia, integración, actualización, contribución y aceptación.
- **Modelo de las tres vías de Seligman:** Se resume en tres dimensiones; 1) la vida placentera (*pleasant life*): Se trata de explorar emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro, 2) la vida comprometida (*engaged life*): Se define como la práctica de la propia fortaleza, con el fin de ganar experiencias agradables y 3) la vida significativa (*meaningful*). Hace referencia a la importancia, que se da a la vida y al desarrollarlo personal.

Como se puede ver, existen varios modelos teóricos referentes al bienestar, los mismos que aportan con dimensiones y componentes. Esto permite entender de manera más amplia el origen del bienestar humano.

En la actualidad, el estudio del bienestar ha tomado relevancia a nivel mundial, autores como Campbell, Converse y Rogers (1976), aseguran que: “El bienestar de necesidades materiales pasó a enfocarse en necesidades de crecimiento personal” (p. 2). Sin duda, el bienestar no solo se encarga de estudiar los componentes observables sino también, engloba aspectos subjetivos, sociales, emocionales y comportamentales propios de ser humano.

1.1.2. Tipos de Bienestar

En vista de que el bienestar es un tema amplio, es importante resaltar la existencia de tipos, según Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), el bienestar inicialmente está dividido en dos grupos:

1. **Bienestar Hedónico:** También, conocido como bienestar subjetivo, está enfocado en la presencia de afectos positivos y ausencia de afectos negativos. Básicamente este tipo está relacionado con el término felicidad y satisfacción los mismos, que se subdividen en:
 - **Plano sincrónico:** Es un estado corto de tiempo asociado con un acontecimiento temporal.
 - **Plano diacrónico:** Son las reacciones que causan felicidad entre varias personas.
2. **Bienestar Eudamónico:** Se trata de conseguir la vida plena a través de la potencializar las habilidades humanas. La idea de esto es experimentar la mayor cantidad de placer.

Como se puede observar, el hedonismo tiene estrecha relación con los aspectos positivos de la felicidad. Mientras que el eudemonismo es la suma de momentos placenteros evidenciados en acciones positivas. Claramente estas acciones, se dan cuando existe madurez y dominio propio en la vida de las personas.

Por otra parte, hay autores que clasifican al bienestar en categorías, Bisquerra (2016), propone cuatro:

- **Bienestar material:** Las personas, que se destacan por su crecimiento económico significativamente muestran la percepción que tienen sobre el bienestar. Por el contrario, ante la ausencia de este tipo de bienestar los individuos, se muestran deprimidos, melancólicos y con desánimo.
- **Bienestar físico:** Los individuos que presentan mayor nivel de bienestar físico tienen menos probabilidad de accidentarse, se cuidan mejor y presentan conductas de autoprotección. A pesar de que, no se podría evitar contraer enfermedades, con alimentación sana, hábitos saludables, ejercicios y descanso, se podría mantener un nivel medio - alto de bienestar físico.
- **Bienestar social:** Son las relaciones positivas dadas entre familiares, amigos, compañeros/as entre otros. A medida que los años pasan las relaciones mejoran o

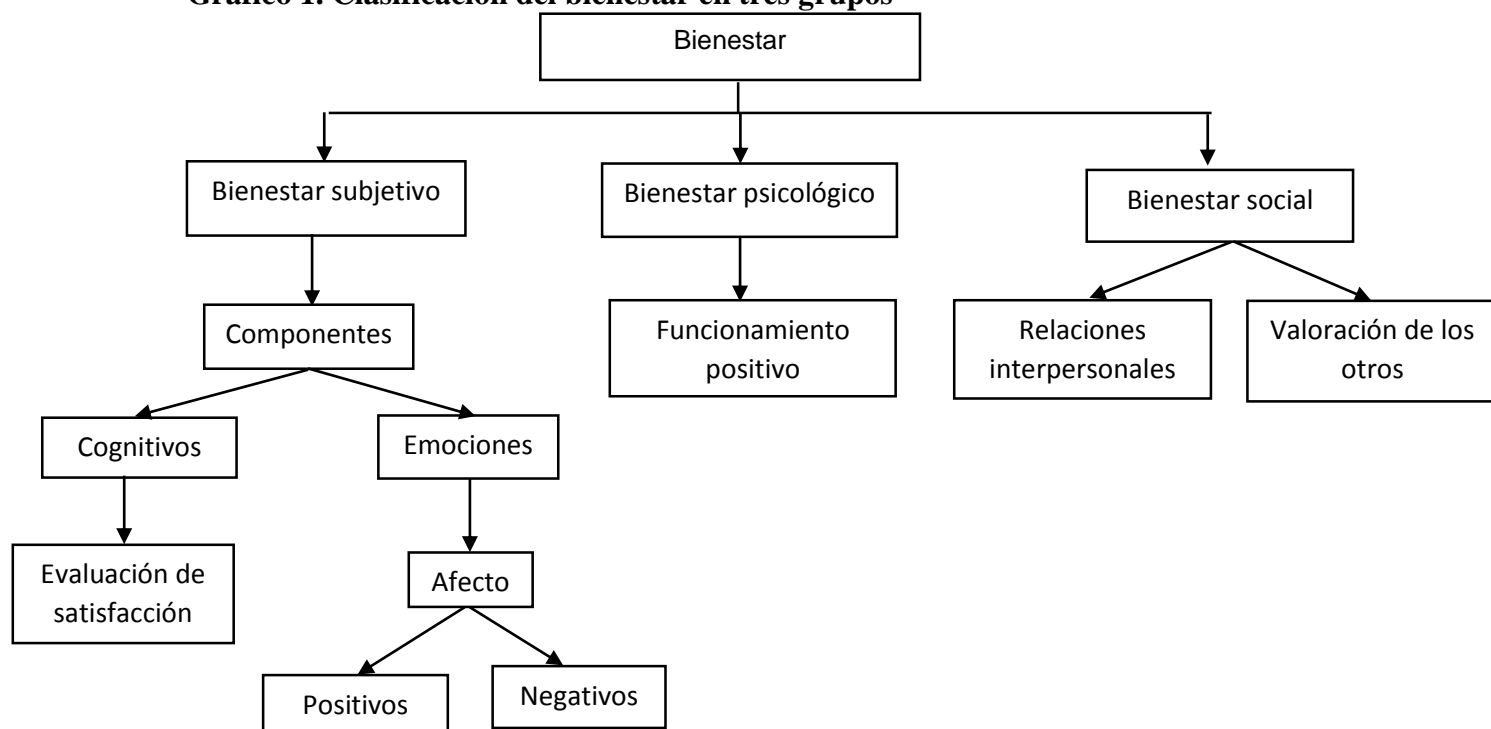
empeoran. Los sujetos, que se dedican a las actividades sociales alcanzan mejor nivel de bienestar social.

- **Bienestar psicológico:** Es el conjunto de componentes emocionales, físicos y psicológicos que permiten al sujeto desarrollarse de manera positiva.

Esto quiere decir que, los tipos de bienestar muestran un grado de independencia unos con otros. Muchas de las veces las personas tienen la capacidad de ser felices con o sin cosas materiales, incluso con alguna difícil enfermedad propia o de algún familiar. Al final de cuentas lo importante es el nivel de satisfacción o tranquilidad que muestre el individuo ante las circunstancias, que se le presente.

Cabe recalcar que, el bienestar está constituido por elementos subjetivos, psicológicos y sociales. De hecho, Rodríguez y Quiñones (2012), plantean varios tipos de bienestar cada uno con elementos y características. A continuación, en el Tabla 1, se muestra cada uno de ellos.

Gráfico 1. Clasificación del bienestar en tres grupos



Fuente: Y. Rodríguez y A. Quiñones

Tal como se observa en la tabla, el bienestar está compuesto en tres grupos. El primero es el bienestar subjetivo caracterizado por elementos emocionales y cognitivos. El segundo es el

bienestar psicológico donde el sujeto un ser integral poseedor de componentes positivos y el tercero es el bienestar social, se refiere al vínculo que existe de manera afectiva con uno o más personas.

1.1.3. Definición del Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico en el campo de la psicología tiene infinitudes de constructos. De acuerdo con Gaxiola y Palomar (2016), existe dos concepciones básicas; “la eudamonia; hace referencia al goce generado por el placer y a la búsqueda de la felicidad. Mientras tanto, la hedonia refiere a las virtuales y a conseguir la excelencia a través de las capacidades y habilidades propias” (p. 16). Evidentemente, la eudamonia y la hedonia son dos conceptos importantes provenientes del bienestar como tal. Por otra parte, el bienestar psicológico es sinónimo de salud mental “no por la ausencia de enfermedades psíquicas sino por ser un estado saludable de la búsqueda de la autorrealización, felicidad y crecimiento personal” (Corral, 2012, p. 7). En efecto, los aspectos positivos son los que garantizan el bienestar psicológico de las personas, más no los indicadores de los trastornos mentales.

Los elementos para evaluar dentro de estos aspectos positivos son; los físicos y los cognitivos. Como lo aseguran García, Viniegras y González (2000), “de los componentes del bienestar psicológico, se debería valorar el sentir positivo y el pensar constructivo de sí mismo, así como también, del funcionamiento físico, psíquico y social del sujeto” (p. 588). Desde este punto de vista, la concepción del bienestar psicológico tiene un tinte positivo y una dinámica interna y externa del sujeto saludable. Desde el punto de vista multidimensional: “El bienestar psicológico proviene de construcciones complejas que están formados de elementos subjetivos, negativos y de varias dimensiones con las, que se evalúa al individuo” (Diener, 1994, p. 309). Por esta razón, el bienestar psicológico es un constructo dinámico relacionado aspectos externos e internos. Asimismo, la formación de estas dimensiones depende de varias condiciones. Para fundamentar esta idea Lawton (1983), propone tres: “El primero corresponde al conjunto de competencias comportamentales. El segundo a la percepción del medio ambiente y el tercero a la calidad de vida percibida por el sujeto” (p. 249). En relación con este apartado el bienestar psicológico conforma un grupo con aspectos conductuales y emocionales.

A partir de las concepciones expuestas el bienestar psicológico ha pasado a ser un componente tanto positivo como negativo de la salud. Al ser un constructo dinámico debería ser respetado y aceptado por la sociedad en general (De- Juana, Limon & Navarro, 2013). Evidentemente, el bienestar psicológico es la unión de varios componentes personales y sociales, los cuales deberían ser tratados con urgencia. Los últimos años, las investigaciones de esta variable están enfocadas a fortalecer las habilidades personales. Desde esta perspectiva: “El bienestar psicológico es considerado una estructura positiva de autorrealización y satisfacción de logros alcanzados en la vida” (Ryff & Singer, 2008, p. 104). En otras palabras, es una forma agradable de explicar los propósitos personales que tienen los individuos.

Cabe recalcar que, el sujeto se desenvuelve en el entorno de acuerdo con sus capacidades, por cuanto: “El bienestar psicológico centra los estudios en el crecimiento personal y el desarrollo de capacidades que son características principales del funcionamiento positivo de las personas” (Matalinares et al., 2016, p. 107). Es decir, las personas tienen la capacidad de superarse y hacer realidad cada una de las metas planteadas. Caso contrario si se presentan situaciones estresantes las personas inconscientemente, se ponen en evidencia con mecanismos de defensa, los cuales ayudan a afrontar los momentos desagradables (Gracia, 2005, p. 9). Sin duda, el sujeto necesita pasar por acontecimientos duros para saber que herramientas de supervivencia usar.

Otro de los constructos que, se relacionan con el bienestar psicológico es la felicidad. Para Solano (2009), “el bienestar no es sinónimo de tener bienes materiales, puesto que los aspectos a ser evaluados son elementos subjetivos como; lo miedos, los deseos y todo aquello que causa desequilibrio emocional” (p. 53). Es decir, la felicidad con el bienestar psicológico tiene un estrecho vínculo en cuestión a los elementos los conforma. En la actualidad, la variable es considerada una ciencia joven. Por ejemplo: “Algunos autores de la época contemporánea lo conceptualizan como un constructo física y mental visibilizados en las relaciones interpersonales y en el buen funcionamiento del individuo” (Vázquez, Hervás, Rahona & Gomez, p. 55). Como se puede observar, este tipo de conceptos ahora lo manejan investigadores de esta época, donde ponen énfasis en los elementos subjetivos y objetivos visualizados a través de las relaciones

1.1.4. Componentes del Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico está organizado por dos principales elementos. Según Navascués, Calvo y Bombín (20016), estos son:

- **Satisfacción con la vida:** Corresponde a los elementos cognitivos.
- **Afecto positivo y negativo:** Hace referencia los elementos afectivos.

Como resultado, el bienestar psicológico forma una estructura triangular con elementos psíquicos y emocionales. Además, Fernández y Zabala (2005), en varias de sus investigaciones afirman que “los afectos positivos y negativos hacen alusión al bienestar en situaciones agradables y desagradables experimentadas por los seres humanos” (p. 466). Es decir, el bienestar psicológico está compuesto por elementos de carga emocional las cuales, están dadas en niveles positivos y negativos.

1.1.5. Modelos Descriptivos y Explicativos del Bienestar Psicológico

Los modelos, se enfocan en áreas específicas del bienestar psicológico. Es pertinente explicar los modelos teóricos desde la concepción propia de la vida. A pesar de ser propuestas complementarias es importante mencionar la existencia de cada una de ellas (Rangel & Alonso, 2010). Lo presentes modelos están en niveles tanto altos y bajos. De acuerdo Martin y otros (2009) “esto modelos varían según la teoría de la autodeterminación” (p. 41). Es decir, van a cambiar según los estudios realizados por el autor antes mencionado A continuación en la Tabla 2, se observa cada uno de los modelos.

Tabla 1. Modelos del Bienestar Psicológico

Modelos	Concepto
De “arriba-abajo” (top-down)	Sujetos que están predispuestos a vivenciar y reaccionar ante eventos y circunstancias, tienen en cuenta actitudes positivas o negativas en la vida diaria, esto según los rasgos de personalidad, la manera de percibir realidades y el papel que cumple e casos particulares.
De “abajo-arriba” (bottom-up)	Nace de la sumatoria de momentos y experiencias placenteras y displacenteras de la satisfacción de varios dominios.
Multidimensional	Se basa en la atención de indicadores tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento positivo - Autoaceptación - Relaciones positivas - Autonomía - Dominio del entorno - Propósito en la vida - Crecimiento personal.

Fuente: J. Rangel y L. Alonso

Como se puede evidenciar, los modelos están definidos por características puntuales. De alguna manera estos modelos amplían el marco referencial en la investigación de la variable en cuestión.

1.1.6. Dimensiones del Modelo de Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico de una persona, se podría evaluar a través de varias dimensiones. Rodríguez y Berrios (2012), estudian las seis dimensiones propuestas de Ryff, los cuales son:

1. **Autoaceptación:** Denominado también, aceptación personal. Es decir, el sujeto acepta las acciones del pasado como una oportunidad de vida, ponen en evidencia las emociones o sensaciones que causan dichas experiencias.
2. **Relaciones positivas con los otros:** Se refiere a las habilidades para mantener relaciones saludables, satisfactorias y de confianza con otras personas. Es una dimensión clave para experimentar empatía por el otro.
3. **Autonomía:** Es una habilidad que permite tomar decisiones importantes con respecto al crecimiento personal. Las personas que muestran niveles adecuados en esta dimensión tienen la capacidad suficiente para regular comportamientos impulsivos o amenazantes. Este apartado contribuye al desarrollo de habilidades personales y sociales.

4. **Dominio del ambiente:** Esta habilidad permite crear espacios favorables. Además, es la sensación de tener control sobre el entorno.
5. **Propósito en la vida:** Hace alusión a metas y objetivos personales. El sujeto debería tener la suficiente madurez para acoplarse a los cambios. Es decir, los propósitos están hechos para ser alcanzados sean en corto o largo plazo.
6. **Crecimiento personal:** Es la búsqueda de oportunidades la misma que permite desarrollar las potencialidades que están ocultas en las personas. También, se refiere a correr nuevos retos, con el objetivo de conseguir logros.

Como se puede ver, el bienestar psicológico es un modelo multidimensional que abarca seis dimensiones mismas que permiten entender la percepción que tiene el sujeto sobre la salud psíquica.

1.1.7. Factores Determinantes del Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico posee infinitudes de factores que inicia desde los ambientes y concluye en los genéticos. Rangel y Alfonso (2010), propone los siguientes:

- **Factores socio - culturales:** Los seres humanos viven en un ambiente donde el género, la etnia o la situación económica importa mucho y en ocasiones estos factores podrían afectar al bienestar de manera significativa.
- **Factores de sistema de creencias:** El suponer estar bien o mal depende del nivel de bienestar en él, que se encuentre el sujeto.
- **Factores de la personalidad:** El actuar y el sentir de la persona son factores influyentes para determinar el bienestar.
- **Factores psicosociales:** La edad, género, sexo, el origen, los valores, la calidad de vida, las interpretaciones son factores que provocan diferencias individuales, hasta llegar al punto de saber si afecta o no el bienestar.
- **Factores biológicos- biológicos:** Las personas que, se predisponen a contraer alguna enfermedad orgánica o funcional muestran conductas exageradas, por ejemplo; la hipocondría (pensar y sentir, que se va a enfermar).
- **Factores del cuidado de sí mismo:** El cuidado de la salud física y mental a través de la actividad física, recreativa y el desarrollo de habilidades.

Como se puede evidenciar, el bienestar psicológico cuenta con factores determinantes que sí, no se toma en cuenta cada uno el bienestar del sujeto podría estar afectado o de lo contrario, es posible que goce de una vida plena.

1.1.8. Bienestar Psicológico en Grupos Étnicos

Sin bien el bienestar es un tema universal, los conceptos varían según los indicadores psicológicos, socioculturales e históricos. En el caso del bienestar en el mundo indígena las investigaciones con escasas. A pesar de esto Williford (2018), “es uno de los autores quien realiza los primeros estudios del bienestar en pueblos étnicos de Latinoamérica. A partir de esto propone términos, que se relacionan, como; reciprocidad, solidaridad y armonía con la madre tierra” (p. 97). Es decir, las personas que pertenecen a este tipo de etnias mantienen estrecha relación con la naturaleza y otros elementos éticos. Vale aclarar que “este tipo de grupos étnicos son la minoría en el Ecuador. A pesar de esto, por la forma propia de ver la vida han logrado desarrollar habilidades como; autonomía, dominio propio, poder personal - sociopolítico y relaciones interpersonales” (Molix & Bettencourt, 2010, p. 10). Lo que significa que los indígenas tienen la capacidad de manejar independencia y afrontar situaciones de acuerdo con la forma que están acostumbrados a ver la vida.

Cabe señalar que, el bienestar se relaciona con un término que culturalmente es tradicional para los indígenas, según Macas (2010), es:

El *Sumak Kawsay* o *Suma Qamaña* que traducida al idioma español es Buen Vivir. Sumak o Suma, que según sus siglas significa; plenitud, mágico, hermoso y superior. Mientras que *Kawsay* o *Qamaña*, se traduce a la palabra vida. Estos términos juntos expresan armonía en el equilibrio interno y externo de una comunidad que pretende alcanzar éxito en la vida. (p. 452)

Por ende, el bienestar conocido como el Sumak Kawsay o Suma Qamaña termino de origen indígena es un concepto del vivir en reciprocidad y armonía dentro de un pueblo o comunidad. La frase antes mencionada forma parte de conceptos históricos del mundo andino. De hecho: “Separar al ser humano de la naturaleza no es la concepción del mundo ni de la vida según los pueblos originarios” (Cortez, 2011, p. 2). Pues bien, el Sumak Kawsay se resume a la vida comunitaria relacionada con el medio ambiente.

Los elementos que forman parte de la naturaleza son: “El aire, el agua, la tierra, las montañas, los árboles y los animales que también, son conocidos como dioses a quienes se les adora y se le hace reverencia en símbolo de agradecimiento” (Boff, 2009, p. 1). Es decir, el concepto del Buen Vivir o *Sumak Kawsay* es considerado como un todo, una visión centrada en el ser humano y el entorno, pero sobre todo está inspirado en la cultura ancestral de los pueblos. Pues bien, son varios los estudios que concuerdan en que: “El bienestar según los pueblos originarios, se resume a mantener la armonía individual, comunitaria y de la naturaleza en un solo lugar” (Gutiérrez, Urzúa & Lay, 2010, p. 58). Es así como, el bienestar o buen vivir desde el punto de vista étnico es un constructo con alcance histórico enfocado en conservar la plenitud de la vida humana.

1.2. Definición de la Calidad de Vida

A lo largo de la historia la variable calidad de vida está en constante cambio. En épocas antiguas “los filósofos Aristóteles y Platón realizaron estudios en el campo de la discapacidad intelectual con el fin de entender algunos componentes que tenían relación con la calidad de vida, estos son: la igualdad social, la inclusión, y las habilidades de las personas” (Gilabert, 2016, p. 31). Es decir, en tiempos antiguos la calidad de vida sirvió para comprender del porque existe deficiencia en habilidades cognitivas. Sin embargo, los últimos años ha cobrado mayor importancia por la relación que existe entre “la satisfacción con la vida, el bienestar, el estado de salud física, psíquica, la felicidad y valores éticos” (Urzúa & Caqueo, 2012, p. 62). Sin duda alguna, la calidad de vida al igual que otros enfoques posee elementos que permiten evaluar los niveles de satisfacción o insatisfacción, que se tiene de la vida. Otro de los aspectos para entender el origen de la calidad vida surge en cuatro principios: “1) Multidimensional, 2) habilidades éticas ligadas las cultura, 3) componentes objetivos y subjetivos y 4) factores personales y ambientales” (Verdugo, 2009, p. 46). Es decir, los cuatro principios forman un sistema de información dinámico acerca de funcionamiento de la calidad de vida en las personas.

Cabe mencionar que hay más autores que definen la calidad de vida. A continuación, en la Tabla 3, se evidencia cada uno los aportes.

Tabla 2. Definiciones de la Calidad de Vida

Autores	Año	Definiciones planteadas
Shaw	1977	Se define de manera objetiva y cuantitativa que es evidenciada a través de una fórmula: $QL=NE \times ((H+S))$. NE es la dotación natural de la persona, H es la imposición hecha por la familia y S es la imposición hecha por la sociedad. Es decir, el sujeto no se evalúa si mismo.
Hornquist	1982	Se enfoca en las necesidades básicas tanto física, emocional, social y material.
Calman	1987	Corresponde a la habilidad para afrontar dificultades según las experiencias vividas.
Opong	1987	Son las condiciones o experiencias vividas.
Ferrans	1990	Es el bienestar personal que es experimentada de manera satisfecha o insatisfecha por las personas.
Bigelow et al.,	1991	Hace referencia a satisfacer necesidades y a evaluar la parte subjetiva del sujeto.
Martin & Stockler	1998	Es una brecha existente entre las expectativas individuales y la realidad presentada.
Haas	1999	Es un proceso multidimensional de la vida en un contexto cultural
Lawton	2001	Es una evaluación multidimensional, que se hace de acuerdo a los criterios intrapersonales, sociales y ambientales de un individuo.

Fuente: A. Úrsula y A. Caqueo

Como se puede evidenciar, en la Tabla 3, no existe una definición exacta con respecto a la calidad de vida. No obstante, cada uno de los autores mencionados en la tabla tratan de agrupar a la variable en dimensiones o categorías. A partir de estas concepciones el estudio de la vida percibida, se resume en el modo de usar los recursos objetivos y subjetivos en la vida. Además, es importante enfatizar los aspectos que forman parte de la calidad de vida. Entre estos está “el bienestar físico, social, emocional, espiritual y ocupacional estos permiten satisfacer las necesidades propias del sujeto” (Olivares, Martínez, Oquendo & Crespo, 2015, p. 3). Al final de cuentas, la calidad de vida es considerada como un constructo amplio a nivel de la salud física y la emocional.

Por otro lado, la calidad de vida desde las experiencias vividas y la búsqueda de aspiraciones, para Nova (2012), están dadas en dos puntos de vista:

El primero tiene un enfoque objetivo constituido por elementos como; salud física, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. El segundo es un enfoque subjetivo conformado por elementos tales como; identidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. (p. 130)

De hecho, las personas piensan o sienten estar saludables, pero no lo están, hasta cuando experimentan situaciones estresantes. Es aquí donde, se evalúan las necesidades, mismas que

deberían ser satisfechas por el individuo después de haber superado el momento. Aquí, se toma en cuenta factores como: “Personales, sociales y ambientales” (Verdugo, & Schallock, 2013, p. 56). Es decir, la calidad de vida posee componentes que permiten entender el funcionamiento individual y colectivo del sujeto en el ambiente.

Por otra parte, los investigadores contemporáneos definen a la calidad de vida como: “La felicidad obtenida a través del equilibrio emocional caracterizado por sentimientos de gozo y la satisfacción.” (Romera, 2003, pp. 5-6). Sin duda, la presente variable es sinónimo de bienestar básicamente por la relación que existe entre elementos subjetivos y objetivos.

En la actualidad, la calidad de vida no tiene un concepto absoluto. Por ejemplo, para la Real Academia Española (2016):

Es un conjunto de situaciones positivas como llevar una vida saludable, digna y valiosa. Por ejemplo, las personas tienen la capacidad de realizar proyectos de vida a corto o largo plazo, como el hecho de pensar en el futuro y aprender de cada experiencia vivida. (p. 98)

Evidentemente, la calidad de vida es un constructo dinámico con una serie de aspectos que, se toman en cuenta durante el crecimiento y desarrollo personal del sujeto.

Más allá Veenhoven (2001), resume a la calidad de vida en tres concepciones básicas:

1. **Calidad del entorno:** Corresponde a la construcción de una vida placentera. No obstante, para otros campos que están en lucha social por el cuidado del medio ambiente.
2. **Calidad de acción:** Este término es utilizado por varios profesionales terapeutas como la capacidad que tienen las personas para sobrellevar el trabajo y el amor de manera saludable.
3. **Calidad del resultado:** Se centra en conseguir la buena vida a través del disfrute.

Como se puede ver, las dos primeras concepciones describen aspectos previos para conseguir la calidad de vida. Mientras que la tercera, se centra en lograr experimentar situaciones gratificantes gracias al gozo o al placer.

1.2.1. Modelos de la Calidad de Vida

Los últimos años la calidad de vida, se fundamenta con varios modelos teóricos. En base a esto Reinhold Kilian, Verdugo y Martin (2002), proponen tres modelos teóricos:

1. **Modelo de satisfacción:** Permite explicar las condiciones actuales, que se ajustan a las necesidades, deseos y aspiraciones que tiene el ser humano.
2. **Modelo combinado de la importancia de satisfacción:** Se refiere a la importancia de los valores individuales del sujeto. No obstante, los aspectos objetivos de alguna manera afectan la calidad de vida subjetiva.
3. **Modelo del funcionamiento del rol:** Este tipo de modelo, se relaciona con la felicidad o satisfacción con la vida. Antes de esto las necesidades biológicas y psicológicas deberían ser cubiertas.
4. **Modelo comunitario:** Es un modelo subjetivo constituido por factores socioculturales. En donde el proceso de adaptación del sujeto genera deseos o de contario desinterés por los demás.
5. **Modelo de Schalock:** En los últimos tiempos este modelo es el más aceptado en la academia puesto que define a la calidad de vida como un conjunto de necesidades importantes. Son reflejados a través de condiciones de vida deseada.

Por lo tanto, cada uno de los modelos acoge aspectos que están relacionados a la calidad de vida. Sin duda esta variable, se convierte en un constructo multidimensional de la salud psíquica del individuo.

1.2.2. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida

Las dimensiones de la calidad de vida sirven para evaluar las necesidades de las personas. Por lo general estas dimensiones, según Ministerio de Salud Pública (2009), se dividen en tres indicadores:

El primero corresponde a indicadores unidimensionales, como; la salud, la educación y la economía. En segundo plano están los indicadores multidimensionales que abarcan las necesidades básicas como; la pobreza y el crecimiento personal. El tercer indicador engloba aspectos materiales como; la economía, la productividad y la generación de recursos. (p. 6)

Es por esta razón, los indicadores son elementos que sirven para evaluar el nivel de calidad de vida de las personas. “El investigador norteamericano Robert Schalock propone un modelo de ocho dimensiones cada uno con indicadores diferentes y los elementos, que se evalúan son; la autodeterminación, el intercambio social y la felicidad (Gonzales, Valle, Arce & Fariña, 2015, p. 87). A continuación, en la Tabla 4 se detalla cada uno.

Tabla 3. Dimensiones e indicadores de la Calidad de Vida

Dimensiones	Indicadores	Concepto
Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción - Autoconcepto - Ausencia de estrés o sentimientos negativos. 	Se trata de sentir tranquilidad, seguridad, sin agobio ni nervios.
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales, tener amigos/as claramente identificados - Relaciones familiares - Contactos sociales positivos y gratificantes - Relaciones de pareja - Sexualidad 	Son las relaciones interpersonales.
Bienestar material	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda - Ingresos del lugar de trabajo - Bienes materiales - Ahorros. 	Es tener suficientes bienes económicos para comprar lo, que se necesita o se desea tener.
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones - Capacidades - Acceso a nuevas tecnologías - Oportunidades de aprendizaje - Habilidades relacionadas con el trabajo - Competencias personales 	Posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimiento y realizarse como persona.
Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sanitaria - Acceso ayudas técnicas de las actividades diarias como; alimentación, sueño, salud y alteraciones, en general 	Es sinónimo de tener salud óptima, estar bien físicamente con la ayuda de hábitos saludables.
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> - Meta - Preferencias personales - Decisiones - Autonomía - Elecciones 	Se trata de la capacidad de decidir por sí mismo. Tener oportunidades de elegir las cosas, que se desea tener en la vida y en el trabajo.
Inclusión social	<ul style="list-style-type: none"> - Participación - Accesibilidad - Apoyos 	Es el sentimiento de ser miembro de la sociedad de manera integral y tener apoyo de los demás.
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> - Intimidad - Respeto - Conocimiento - Ejercicio de derechos 	Es el trato igualitario, el respeto y las opiniones e intimidades de los otros.

Fuente: R. Schalock, M. Verdugo y D. Braddock

Es así como las dimensiones poseen indicadores que permiten identificar las necesidades tanto básicas como de autorrealización. Pues bien, la calidad de vida es considerada una variable dinámica porque se da en un contexto personal, social y comunitario.

1.2.3. Factores de la Calidad de Vida

La calidad de vida, se relaciona con elementos de la felicidad y del bienestar. Según Galán (2011), dichos constructos están compuestos por factores determinantes los cuales tienen relación de causa y efecto. Estos son:

- **Factores materiales:** Son recursos que favorecen a la salud, a la educación y a los ingresos económicos.
- **Factores ambientales:** Son recursos de la naturaleza, que se relacionan con el hombre y el entorno.
- **Factores de relacionamiento:** Son vínculos entre la familia y amigos/as y otros. Además, de dar buen uso al tiempo libre.
- **Factores sociales:** Estos factores se forman por varios elementos, como; el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, la comunicación, la urbanización, la criminalidad y la contaminación ambiental.

En efecto, la calidad de vida contempla varios factores, entre estos están los personales y los sociales, que se dan ambientes específicos. En el caso de los factores materiales y sociales están enfocados desde aspectos fisiológicos hasta aspectos de seguridad. Mientras tanto los factores ambientales y de relacionamiento, se centran en el vínculo que mantiene el individuo con el ambiente

1.2.4. Clasificación de la Calidad de Vida

La calidad de vida, se agrupa en varias categorías. Galán (2011), lo define como la interacción de factores individuales, económicos y medio ambientales. El mismo autor propone los siguientes tipos:

1. **Calidad de vida y felicidad:** Por una parte, son términos que miden las condiciones de vida. Por otra parte, son las metas, deseos o aspiraciones que tienen las personas.
2. **Calidad de vida instrumental:** Se trata del deseo desenfrenado por acumular bienes materiales. Para esto no importa los valores éticos.

3. Calidad de vida ética: Es la capacidad que tiene una persona para elegir la calidad de vida que desea llevar. En gracias a los valores y las virtudes de las personas.

Sin duda, los tipos de calidad de vida son un conjunto de elementos materiales y emocionales. Están enfocados en satisfacer las necesidades del individuo. Desde las más básicas hasta las de autorrealización y superación personal.

1.2.5. Calidad de Vida en la Visión de los Grupos étnicos

La falta de información sobre la prevalencia de salud emocional en población étnica, según Valle y Jiménez (2012), ha causado:

Bajos niveles de escolaridad, trabajo, economía, vivienda y salud. Además, de distanciamiento, discriminación, hostilidad, maltrato y sentimientos de vergüenza social. De igual manera, la población indígena que migra a otros países genera quebranto en la salud en las relaciones familiares, sociales y culturales, dichas rupturas dan parición a trastornos mentales, físicos y psicológicos. (p. 449)

Por lo tanto, el ser indígena implica varios factores. En estos grupos las necesidades básicas no son cubiertas y las diferentes causales han provocado desplazamiento de la población en cuestión hacia otras naciones. Esto ha causado la ruptura abrupta de la cultura misma que da paso al surgimiento de enfermedades mentales y físicos.

En poblaciones como Alaska con 2,5 millones de habitantes considerados nativos, según Ramos, Jariego y Vidal (2013):

El aislamiento geográfico adoptado por la población históricamente vulnerada lo ha protegido de la pérdida de elementos culturales y lingüísticos. Sin embargo, el asilamiento ha dificultado conseguir varios recursos, por ejemplo, hay familias nativas que hasta la actualidad no cuentan con servicios básicos como: Agua, luz y alcantarillado, peor aún servicios como: Salud, alimentación y vivienda. (p. 420)

En otras palabras, los indígenas nativos a pesar de que no cuenten con atención primaria en salud han decidido quedarse en territorio, ven ahí un lugar seguro donde podría mantener su cultura e identidad a salvo.

Las personas o los grupos pertenecientes a un colectivo o etnia desde siempre han desarrollado propios significados con respeto a la calidad de vida. En este sentido autores como Laso y Males (2012), profundizan el concepto a través de estudios realizados particularmente en población étnica:

Si para el mundo occidental la calidad de vida es sinónimo de bienestar para el mundo indígena es conocido como la máxima expresión de la vida, que se consigue a través del equilibrio entre el hombre y la naturaleza. Es el mismo que decir, búsqueda del Buen Vivir *Sumak Kawsay* en todas las dimensiones. (p. 117)

Por consiguiente, la calidad de vida desde la visión indígena se trata de una cosmovisión propia, donde el equilibrio de sujeto con el ambiente es más importante que otras cosas innecesarias. Por esta razón es fundamental que “el sujeto logre una vida armónica con los demás en un entorno saludable” (Hermida, 2013, p. 217). Es decir, las personas se sienten conformes con la vida que llevan cuando el lugar en el que viven les genera tranquilidad y seguridad.

Uno de los elementos básicos, que se relaciona la calidad de vida es la espiritualidad o ritualidad andina también, conocido como: “Lugar sagrado donde se consigue equilibrio emocional. Para esta dinámica se necesita la construcción de la armonía social entre comunidades, pueblos y grupos con identidad propia” (León, 2015, p. 43). Es decir, las personas que viven en comunidad poseen elementos propios, los mismos que les generan paz y entendimiento unos con otros.

La mayoría de los países con población étnica la salud mental en relación con la calidad de vida no es primordial o en casos extremos no es tomado como un problema social, según Laso y Males (2018):

A pesar de que existen leyes escritas como, por ejemplo, en la constitución del Ecuador en el artículo 276 propone: Aumentar el mejoramiento de capacidades y potencialidades de la población en base a un sistema económico, justo, democrático, productivo y sostenible. En la mayoría de los casos los pueblos indígenas no evidencian estos aspectos. (p. 118).

Como se puede evidenciar, la calidad de vida en relación con la salud y otros aspectos que no son atendidos en su totalidad. Por ende, los pueblos originarios los últimos años han tomado acciones por cuenta propia, con el fin de proteger la identidad, cultura y territorio.

1.3. Conceptualización de la Salud Mental

En cuanto al tema de la salud mental las concepciones están enfocados en entender y atender las necesidades de las personas a nivel de salud, según Carrazana (2003), hay investigaciones hechas en el área de la salud integral, estas son:

La medicina, que se atribuye a la salud mental como la ausencia de enfermedades mentales. Mientras que el campo de la psicología define como un estado relativo, donde el sujeto se siente bien consigo mismo, tiene motivos para vivir y está en la búsqueda de la autorrealización. En cambio, investigaciones a nivel social demuestran que la cultura y las relaciones comunitarias son primordiales no para tratar los problemas mentales, sino para prevenir la presencia de alguno. (p. 2)

Como se puede ver, hay varios campos que estudian la salud mental. A partir de estas las investigaciones la prevención de dolencias a nivel emocional, se convierte un aspecto de suma importancia para los que ofrecen servicios de salud. Para esto, se requiere la participación de las personas, de la familia y de la comunidad en general.

Parte importante del ser humano es la salud mental, gracias a esta variable el sujeto podría interactuar adecuadamente en el entorno. Básicamente, “el funcionamiento mental en un individuo sano representa el equilibrio que hay entre el cuerpo y la mente. Así, el individuo podría adaptarse sin problema a cambios ambientales lo cual, facilita el desarrollo de las capacidades y potencialidades” (Valle & Jiménez, 2003, p. 32). Es decir, el individuo cuenta con buena salud mental siempre que exista armonía entre el cuerpo – mente. Así como la salud física la salud mental lo es mucho más. Cabe mencionar que el sujeto necesita que el ambiente o el entorno se ha agradable y óptimo. De hecho: “La salud mental es la manera afortunada de no ser personas dementes y tratar enfermedades psicológicas, así como se trata las físicas” (Ocho & Estrada, 2011, p. 104). En resumidas cuentas, la salud mental es la ausencia de las enfermedades mentales también, es la capacidad que tiene el sujeto para afrontar situaciones dolorosas o estresantes.

A lo largo de la vida las personas tratan de entender porque los demás piensan, sienten o hace algo de determinada manera. En realidad, es complejo entender esta dinámica. Sin embargo, “los autores ortodoxos afirman que los indicadores de la conducta normal o

anormal establecen la salud mental como enfermedad o bienestar” (Mebarak et al., 2009.p. 34). Estos indicadores son:

- **Infrecuencia estadística:** Es afirmar que un sujeto entra al promedio total de la población por mantener el comportamiento similar a los miembros del mismo entorno.
- **Violación de normas:** Es una conducta anormal por infringir las normas sociales la misma que crea una amenaza en quienes observan.
- **Aflicción personal:** Se trata sufrimiento del personal, aquellas emociones negativas como el dolor, la tristeza, etc.
- **Incapacidad:** Es la imposibilidad de alcanzar metas personales, sociales, familiares o laborales a causa de un estado mental alterado.

De esta manera, un sujeto con conductas anormales no tiene la capacidad de relacionarse de manera versátil, productiva y adaptativa con los demás. Caso contrario si la conducta es normal las personas no tendrían dificultad para mostrar una percepción equilibrada de sí mismo. Son varios los enfoques acerca de del origen de la salud mental.

Evidentemente el estudio del comportamiento humano está en constante cambio Restrepo y Jaramillo (2012), proponen varias concepciones, mismas que, se evidencia en el siguiente.

Tabla 4. Concepciones de la Salud Mental

Concepciones de la salud mental desde diferentes aproximaciones	
Enfoque	Concepto
Salud mental como producto del cerebro	Se trata de atender los trastornos mentales con diferentes tratamientos, gracias al apoyo de psicólogos/as y otros especialistas del área de la medicina y la psiquiatría.
Salud mental como conducta y cognición	<ul style="list-style-type: none"> - Se entiende como los procesos cognitivos y conductuales que determinan al sujeto la forma de pensar, sentir y actuar. - Esto le permite adaptarse con tranquilidad al entorno. - Caso contrario, si se encuentra alterado estos procesos se generan distorsiones cognitivas o ideas irracionales que son evidenciados en la conducta humana. - Es importante crear protocolos de intervención de la salud mental.
Salud mental como agente social	Es un constructo que nace gracias a las interacciones sociedades, el mismo, que se convierte en un factor determinante para conseguir un modo de vida saludable.

Fuente: D. Restrepo y J. Jaramillo

Como se puede observar, son varias las definiciones que etiquetan a la salud mental como un problema o enfermedad a nivel emocional. Por ello, es importante promover programas de intervención que prevengan acciones de amenaza en la vida de la persona. A partir de los

enfoques ya mencionados, la salud mental se identifica a partir de dos grandes grupos estos son; el cognitivo y el conductual.

1.3.1. Componentes de la Salud Mental

No hay un componente definitivo que diferencie a una persona sana de una que no esté sana. Según Mayorga (2021), la salud mental, se relaciona con aspectos emocionales, conductuales, sentimentales, laborales y sociales, los cuales son:

- **Autodominio:** Es la capacidad de autocontrol que tiene el individuo de sí mismo.
- **Orientación de crecimiento:** Se trata de salir de la zona de confort y alcanzar la autorrealización.
- **Tolerancia a la incertidumbre:** Conciernen en superar situaciones estresantes con la mejor actitud.
- **Autoestima:** Se trata de forma de pensar de uno mismo.
- **Dominio del entorno:** Es la capacidad que tienen las personas para interactuar con actividades en lugares determinados.
- **Orientación a la realidad:** Es la facultad que tiene el sujeto para diferenciar lo imaginario de lo real.
- **Tratamiento al estrés:** Los seres humanos que experimentan problemas tienden a no castigarse, al contrario, muestran una actitud tranquila y adaptable.

Por consiguiente, los diferentes componentes de la salud mental reflejan características propias que posee una persona. Entre éstas está la capacidad de espontaneidad y las buenas relaciones sociales. Para profundizar esta temática, los componentes se desglosan en cuatro elementos. El primero corresponde a las destrezas y las relaciones estables. El segundo constituye al buen funcionamiento familiar y laboral. El tercero hace referencia a los ideales y valores éticos y el cuarto, se refiere a los proyectos de vida planteados (Ministerio de Salud Pública & Bienestar Social, 2014). En otras palabras, las personas son capaces de actuar acertadamente siempre y cuando el nivel de salud mental, se encuentre en óptimas condiciones.

1.3.2. Salud Mental en la Visión de Grupos Étnicos

La salud mental desde la visión de pueblos indígenas es un constructo que para varios investigadores contemporáneos es un tema nuevo o diferente. Mientras que para otros es desconocido a causa de la carencia de información. Antes de esto, es importante entender a la salud desde otras dimensiones, según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (1998), la salud en general:

Es un fenómeno que contrapone a la pobreza debido a diferencias significativas que existe entre el sector urbano y rural además, de la marginación y discriminación que padece la mayoría los grupos étnicos. A diferencia de grupos no indígenas la salud, la conservación de la identidad propia y la economía son elementos importantes que sirven para sobrevivir. Evidentemente, los últimos años no se han hecho investigaciones de este ámbito. Ha llegado al punto en que la salud más que un derecho, se convierte en un privilegio de los que muchos no gozan, en especial las clases sociales más vulnerables. (p. 6)

Por lo tanto, las personas pertenecientes a grupos étnicos en la mayoría de los casos no son atendidos o no reciben ayuda o tratamiento psicológico. Debido a la falta de información de la sociedad en general que no ven como prioridad trata de entender a poblaciones con cultura e identidad propia.

En cuanto a la salud mental podría ser definida desde el pensamiento propio de los grupos indígenas y desde el pensamiento occidental mismos que guardan estrecha relación, según Vallejo (2006):

Por una parte, desde el mundo ancestral las personas pertenecientes a una etnia el estar bien emocionalmente significa estar “sano”, vivir en armonía rodeado de la naturaleza (cosmos) y la comunidad. En cambio, desde el mundo occidental el estar “sano” depende de una serie de procesos subjetivos que cosifican la realidad que depende de patrones de comportamiento que determinan lo que es normal y anormal en una sociedad. No obstante, ambas doctrinas buscan el bienestar y el equilibrio emocional de la psique humana la cual, es una estructura donde muchas de las veces se producen ciertos cambios o transformaciones. (p. 40)

Como se puede observar, los pueblos indígenas tienen una forma propia de cuidar la salud y conservar la vida en un mundo donde existen infinidad de creencias y etiquetas sobre la

salud mental. La falta de información y exploración en un campo diferente a lo común ha generado cierto nivel de desequilibrio emocional en este tipo de poblaciones.

Por último, existen profesionales tradicionalistas de la salud y la sociedad en general que no muestran interés en entender el pensamiento tradicional de un pueblo con identidad propia. Ramírez (2014), afirma que: “Existe pocos especialistas de la salud mental que tienen la predisposición de aprender y conocer el idioma, el territorio, los rituales, las creencias, la relación con el universo, con las familias y con la comunidad en general” (p. 118). Es evidente que, no existe un compromiso especialmente del sistema de salud en cuanto a investigar y conocer más acerca pueblos indígenas, que se mantienen saludables a través de las ceremonias que realizar a seres que son parte de naturaleza.

Vale mencionar que son marcadas las diferencias entre el sistema occidental y el sistema tradicional de los pueblos. Autores como Valle y Jiménez (2012), manifiestan que:

Los profesionales de la salud ortodoxos y la población en general deberían dejar los prejuicios y comenzar a conocer y entender la forma de vivir y las creencias que tienen los indígenas. Para esto, es importante comenzar a crear espacios y a su vez estrategias de intervención psicológica basados en un contexto sociocultural, puesto que ante cualquier tipo de malestar este tipo de poblaciones prefieren automedicarse con medicina ancestral que no está mal también, es importante llevar acompañamiento de un profesional. (p. 49)

Como se puede ver, existen especialistas que tratan la salud mental a través de dos mundos; el occidental y el ancestral. Para que no suceda diferencias innecesarias, los profesionales y la sociedad debería empezar a vincular al ser humano con el cosmos, con la naturaleza, con la familia y la comunidad. De esta manera, iniciar a promocionar la salud mental a través de una buena calidad de vida misma que es importante de la vida humana.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de la Investigación

El presente trabajo de investigación, se apoya bajo el paradigma post- positivista con un diseño no experimental, de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional de corte trasversal. Todo esto en base a un método general y específico.

Paradigma

El paradigma de la presente investigación es post- positivista, según Ramos (2015), “se trata de entender la realidad, misma que es conocida o aprendida de forma incompleta. En este caso, el ser humano posee un sin número de percepciones con respecto a lo que es real o no” (p. 11). Es decir, la realidad no podría ser totalmente aprehendida por el individuo. Esto debido a las limitaciones que existe en el aprendizaje de nuevos conceptos. Además, cualquier afirmación debe ser evaluada minuciosamente por los investigadores. Contreras (2011) afirma que, “el paradigma post- positivista centra sus estudios en contextos naturales, con el fin de recolectar información o descubrir otro tipo de variable” (p. 190). Es evidente, el paradigma permite que las variables pasen por un proceso de investigación, a pesar de los estudios previos. Al final lo que cuenta es el conocimiento obtenido.

Diseño de la Investigación

La investigación es de enfoque no experimental. Por ende, las variables no son manipulables. Sousa, Driessnack y Mendes (2007), aseguran que, “los diseños no experimentales no están diseñados para manipulación. Aquí los lectores o los investigadores académicos observan el fenómeno de estudio de manera natural. Para esto utilizan recursos tales como; cuestionarios o test psicométricos” (p. 3). Es decir, a diferencia de otro tipo de diseños este en particular no está sujeta a experimentación, claramente el investigador/a no tiene control directo de las variables. Así, se convierte en un proceso netamente observable.

Tipo

Esta investigación es de tipo cuantitativo. Es el más utilizado en los estudios científicos, según Hernández, Fernández y Baptista (2014):

Los estudios cuantitativos generalizan los resultados encontrados de grupos o de una muestra en particular a través de valores homogéneos. En este proceso las variables de estudio deberían ser evaluados en la población seleccionada, donde los resultados estandarizados y las conclusiones obtenidas determinan si se acepta o se rechaza la hipótesis planteada al inicio de la investigación. (p. 6)

Por lo tanto, una investigación de tipo cuantitativo utiliza herramientas estadísticas, los cuales facilitan el análisis y la interpretación de los datos obtenidos.

Cabe mencionar que, una investigación cuantitativa permite resaltar la importancia de los resultados en base numérica. Para autores como Del Canto y Silva (2013), “el uso de métodos y teorías científicas en una realidad determinada e integradora tiene mayor confiabilidad y validez al momento de redactar las variables y realizar el análisis psicológico pertinente” (p. 26). Por consiguiente, la investigación cuantitativa es una modalidad de estudio amplio por ser poseedor de características históricas y estadísticas.

Alcance

En lo que, se refiere al alcance de esta investigación es descriptivo y correlacional. Primero, se describe las características de las variables, estas son: Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en una muestra seleccionada. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014), “el alcance descriptivo es buscar especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades o de la población en general” (p. 92). Es decir, el alcance descriptivo, se basa en dar características a los fenómenos de estudio. Por ejemplo, se selecciona un conjunto de variables o conceptos los cuales se investiga independientemente. Básicamente estos alcances “describen las propiedades más relevantes de las personas seleccionadas en una investigación” (Cazau, 2006). En resumidas cuentas, es elaborar descripciones o cualidades de los fenómenos que son evaluados.

Segundo es de tipo correlacional, el propósito identificar el grado o nivel de relación existente entre las variables; bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental. Burns y Grove (2004), definen a los estudios correlacionales como:

El proceso donde el investigador/a mide dos o más variables de estudio a través de la utilización de las estadísticas correlaciones. El objetivo de esto es determinar la posible relación positiva o negativa que presentan las variables. La fórmula es; $-1+1$, 0 , esto simboliza la existencia de una correlación negativa perfecta y a su vez de una correlación positiva perfecta, donde 0 representa la ausencia de correlación. (p. 30)

De este modo, los estudios de tipo correlacional permiten establecer posibles relaciones entre las variables, como es el caso de la presente investigación.

Finalmente, la investigación es de corte trasversal puesto que los datos fueron recogidos solo una vez. Según Rodríguez y Mendivelso (2018):

Es un estudio observacional de base individual. El propósito es analizar los hechos, las evidencias y las interrelaciones, que se dan en un momento específico. Este corte tiene ventajas tales como: propone hipótesis, identifica condiciones de la población y facilita la información de los datos obtenidos para la intervención en la salud. En este punto el lector/a o investigador/a académico no realiza ninguna intervención. (p. 142)

Por esta razón, la investigación de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal trata de describir las particularidades de una población y las relaciones entre las variables a investigar.

Método General

El método de esta investigación es hipotético deductivo aplicado en las ciencias sociales y en la salud integral. Para Sánchez (2019), se trata de:

Una hipótesis planteada desde lo más general hasta lo más específico, misma que debería ser comprobada o refutada. En caso de que no, se logre justificar se continúa en investigación. Además, los objetivos principales de este tipo de hipótesis es comprender, predecir y explicar la problemática que acontece en los habitantes evaluados. (p. 108)

Es decir, es un método que facilita comprobar la veracidad o la nulidad de la hipótesis. De esta manera, se aporta al estado del arte y la generación de la dinámica del estudio.

Cabe señalar que la hipótesis es la base para iniciar una investigación científica y “gracias a la aplicación de reglas de deducción, se podría hacer predicciones al fenómeno, el mismo que es sometida a verificación” (p. 189). En otras palabras, la hipótesis es el punto de partida para dar explicaciones y argumentos válidos a una problemática social.

Método Específico

El método específico de la investigación es correlacional cuantitativo. Se trata de:

Una medida de grado donde dos o más variables, se encuentran relacionadas, las mismas que son manipuladas, pero no directamente sino a través de un procedimiento de selección estadístico. Por ejemplo, si un sujeto en la primera variable muestra puntuaciones altas también, debería mostrar puntuaciones altas en la segunda variable y así sucesivamente. A esto, se le llama relación positiva “(Ramos y Trujillo (2004, p. 9).

Es decir, es una forma de asociación entre las variables ya dadas, donde una se relaciona con la otra. Asimismo, la recolección de los datos se realiza, con “el uso de procesos y herramientas estadísticas correlacionales para posteriormente utilizar en una investigación de tipo cuantitativo” (Ramos, 2020, p. 3). Por ende, este tipo de método, se aplica a través de procedimientos numéricos. En la presente investigación las variables a relacionarse son: El bienestar psicológico la calidad de vida y la salud mental en una muestra representativa de personas adultas pertenecientes al pueblo Chibuleo.

2.2. Técnicas y Herramientas

A continuación, las técnicas utilizadas fueron: La observación científica y la entrevista psicológica semiestructurada. Dichas técnicas, se apoyaron con el uso de la carta de consentimiento informado y la aplicación de una ficha *Ad Hoc* sociodemográfica juntamente con tres cuestionarios psicométricos, estos son: La escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29, el cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el cuestionario de Salud General de

Goldberg GHQ-28, a fin de medir las variables en cuestión y obtener resultados significativos de la investigación.

2.2.1. Técnicas

- **Observación Científica**

La aplicación de la observación científica permite llegar a conclusiones más acertadas. “Se trata de observar un objeto claro, definido y preciso donde el investigador/a sabe lo que necesita estudiar” (Díaz, Rodríguez, 2011, p.7). Es decir, esta técnica es eficaz para conseguir información puntual de la investigación.

- **Entrevista Psicológica Semiestructurada**

La entrevista semiestructurada está compuesta por preguntas concretas y fijas. Se caracteriza por ser una técnica que facilita la interacción de conocimientos entre el investigador y entrevistado (Díaz, 2004). Por lo tanto, con la entrevista semiestructurada se consiguió la información pertinente de la población sujeta a estudio.

2.2.2. Herramientas

- **Carta de Consentimiento Informado**

La carta de consentimiento informado es un documento escrito con el cual, se solicita la autorización a las personas a ser encuestadas, según Cristerna, Rangel y Guilién (2014), “contiene tres aspectos generales; 1) informativa, 2) clara y 3) demuestra la capacidad de voluntariedad que posee el individuo al momento de responder las preguntas” (p. 303). Es evidente, que la información obtenida de la carta de consentimiento debería ser tomada con responsabilidad y cautela antes y después de la investigación. Por ello, este documento describe de manera general el tema de la investigación, así como también, los criterios más importantes del estudio. En resumidas cuentas, es un documento que asegura el anonimato

de los participantes tanto en el proceso de la obtención de resultados como en la elaboración del análisis.

- **Ficha *Ad Hoc* Sociodemográfica**

La ficha sociodemográfica está estructurada de la siguiente manera; información personal, estado de salud, organización familiar, de trabajo y de la salud mental. Para Juárez (2002), "la información obtenida de una ficha en psicología hace referencia a las características biológicas socioeconómicas y socioculturales que posee la población sujeta a estudio" (p. 4). Por consiguiente, la ficha sociodemográfica, que se utiliza en la presente investigación recoge información personal del evaluado/a, así como también, la edad, el sexo, el estado civil, la salud, la organización familiar, la economía, el trabajo y sobre todo la salud psíquica.

- **Escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29**

El presente cuestionario inicialmente fue elaborado por la psicóloga estadounidense Carol Ryff del cual existe varias versiones. En esta investigación, se dio uso la versión de Van Dierendonck, como lo manifiesta Díaz (2006):

En un inicio el cuestionario estuvo compuesto por 39 ítems, pero gracias a la versión adaptada y traducida al español, se redujo a 29 ítems, la misma que está estructurada en escala Likert y dividida en seis dimensiones, las cuales son: 1) Autodeterminación, con cuatro ítems, 2) Relaciones positivas con los otros, con cinco ítems, 3) Autonomía, con seis ítems, 4) Dominio del ambiente, con cinco ítems, 5) Propósito en la vida, con cinco ítems y 6) Crecimiento personal, con cuatro ítems. Las opciones en cada pregunta inician desde; estar totalmente de acuerdo hasta estar totalmente en desacuerdo. Al final las puntuaciones arrojan un valor total. (p. 67)

Por lo tanto, este cuestionario permite evaluar cada una de las dimensiones, desde el nivel más alto hasta el nivel más bajo. En base a las investigaciones anteriores, este test "mide el funcionamiento del individuo a través de niveles e indicadores. Este instrumento también, se llama modelo multidimensional" (Verdugo, 2012, p. 23). Puesto que engloba varias facetas de la vida del ser humano. En la siguiente Tabla 5, se explica el esquema completo del test.

Tabla 5. Esquema de la Escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29

Dimensiones	Nivel	Indicadores
Autoaceptación	Alto	- Actitud positiva de sí mismo, de los demás y del pasado - Autoreconocimiento y aceptación de sí mismo
	Bajo	- Insatisfacción consigo mismo - Decepción por el pasado - Deseos de ser diferente genera resignación y miedo
Relaciones positivas con los otros	Alto	- Relaciones cálidas y satisfactorias - Capacidad empática ya afectiva - Dinámica de dar y recibir en las relaciones humanas
	Bajo	- Escasas relaciones estrechas y poca confiabilidad - Falta de disponibilidad, compromiso al bienestar mutuo
Autonomía	Alto	- Independencia - Capacidad de afrontar y actuar en las relaciones sociales de una determinada manera
	Bajo	- Preocupación por la opinión de los demás - Inseguridad sobre la toma de decisiones
Dominio del ambiente	Alto	- Control de una serie de acciones externas - Uso adecuado de las oportunidades - Capacidad de elección en base las necesidades y los valores
	Bajo	- Incapacidad para mejorar o cambiar el contexto social - Carencia del buen uso de las oportunidades
Propósito en la vida	Alto	- Tener metas y objetivos - Misión y visión de la vida - Sentimiento del significado de vivir el “hoy y mañana”
	Bajo	- Poca o ninguna meta - Falta de motivación para vivir
Crecimiento personal	Alto	- Deseo del desarrollo continuo y la superación - Disposición a nuevas oportunidades
	Bajo	- Estancamiento personal - Apatía y aburrimiento por la vida

Fuente: E. Diane., S. Wenfkos y R. Duskin

Como se puede ver, las dimensiones del Bienestar Psicológico de Carol Ryff miden varias características sociales, subjetivas, psicológicas y comportamentales relacionadas a la salud del ser humano. Además, los indicadores facilitan la descripción de las dimensiones, los mismos que son demostrados en niveles óptimos y deficitarios. Una de las investigaciones acerca de la validez de la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff en población ecuatoriana fue hecha por Merino (2019), quien demuestra que:

El nivel de confiabilidad del instrumento en la muestra seleccionada es adecuado, debido a que el alfa de Cronbach (α) es de 0.889 en general, lo que significa que el rango de fiabilidad alcanzado es satisfactorio. Es decir, las respuestas de los cálculos obtenidos acerca de la validez de las dimensiones demuestran los siguientes puntajes: Nivel superior- alto a 176, nivel moderado a 117 y 140 y nivel 116 a bajo. (p. 32)

Evidentemente, el presente cuestionario brinda una perspectiva global sobre el nivel de bienestar psicológico del ser humano.

En cuanto a la consistencia interno los puntajes son dados de la siguiente manera: “Autoaceptación $\alpha = 0,84$; Relaciones positivas con los otros $\alpha = 0,78$; Autonomía $\alpha = 0,70$; Dominio del ambiente $\alpha = 0,82$; Propósito en la vida $\alpha = 0,70$ y Crecimiento personal $\alpha = 0,71$ ” (Díaz et al., 2006, p. 572). Como se puede observar, los datos conseguidos están dentro de los parámetros aceptables mismos que demuestran confiabilidad y validez estadístico. En contraste a las investigaciones mencionadas anteriormente y la presente investigación sobre la confiabilidad y la validez del cuestionario, en la siguiente Tabla 6, se evidencia el análisis respectivo.

Tabla 6. Análisis de fiabilidad de la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítems
Autoaceptación	0,90	1, 7, 17 y 24
Relaciones positivas con los otros	0,76	2, 8, 12, 22 y 25
Autonomía	0,82	3, 4, 9, 13, 18 y 23
Dominio del ambiente	0,75	5, 10, 14, 19 y 29
Propósito en la vida	0,84	21, 26, 27 y 28
Crecimiento personal	0,70	6, 11, 15, 16 y 20
Total BP	0,96	

Nota: $n = 373$ observaciones

En base a los datos de fiabilidad obtenidos del Alfa de Cronbach (α) de las seis dimensiones de presente test psicométrico. Se evidencia lo siguiente: La primera corresponde a la dimensión de Autoaceptación consta de cuatro ítems y refleja un $\alpha = 0,90$. Es decir, la consistencia interna es considerada excelente. La segunda, es la dimensión de las Relaciones positivas con los otros, está compuesta por cinco ítems y muestra un $\alpha = 0,76$. Es una consistencia interna muy buena. La tercera es la dimensión de Autonomía está formada por seis ítems y un $\alpha = 0,82$. Es probable que la consistencia interna muy buena. La cuarta es la dimensión de Dominio del ambiente la misma que está formada por cinco ítems y refleja un $\alpha = 0,75$. Aquí, la constancia interna es muy buena. La quinta dimensión es el Propósito en la vida, está compuesta de cuatro ítems y demuestra un $\alpha = 0,84$ lo que significa que, la consistencia interna es muy buena. Finalmente, la sexta dimensión corresponde al crecimiento personal la cual, está conformada por cinco ítems y muestra un $\alpha = 0,70$. En este caso la consistencia interna buena. Por último, la valoración total del cuestionario bienestar

psicológico con 29 ítems arroja una Alfa de Cronbach de 0,96. Es decir, es una consistencia interna es excelente.

- **Cuestionario de Calidad de Vida SF-36**

El presente cuestionario desde su creación es usado en campo de la salud. Para los autores como, Lugo, García y Gómez (2006), “en un inicio este reactivo psicológico, se desarrolló en estudios médicos que incluían conceptos relacionados a la salud integral. Posteriormente, fue validado en el idioma español. Finalmente, se aplicó en la población estadounidense y se adaptó en otros países. (p. 54). Es así que, es un instrumento creado después de varias concepciones médicas y aplicadas en diferentes poblaciones. Lo aspectos que forman parte cuestionario, según Aragón, Meraz y Trujillo (2017), están ubicados dentro de los indicadores, estos son: “Incapacidad, incomodidad e insatisfacción en relación a las habilidades de impacto físico, funcionamiento social, bienestar general y grado de satisfacción de servicios de la salud en general. Esta dinámica, se desarrolla en un campo ocupacional y cotidiano” (p. 6). Es evidente, que el reactivo está compuesto por una variedad de dimensiones e indicadores, que se miden la parte física, psíquica y social de las personas.

En investigaciones hechas por Massa (2010), el instrumento SF-36 está estructurado del siguiente modo:

El número de ítems es de 36 agrupados en dos dimensiones y ocho subescalas, así:
a) Funcionamiento físico con diez ítems, b) Desempeño físico con cuatro ítems c) Enfermedad corporal con dos ítems, d) Salud general con cinco ítems, e) Vitalidad con cuatro ítems, f) Funcionamiento social dos ítems g) Rol emocional con un ítem y h) Salud mental con cinco ítems. Cada una de las opciones a elegir está en forma Likert. (p. 44)

En síntesis, el cuestionario está compuesto por 36 ítems. A continuación, en la Tabla 7, se muestra los niveles del test con las dimensiones, subescalas e indicadores correspondientes.

Tabla 7. Esquema del cuestionario de la Calidad de Vida SF-36

Dimensiones	Subescalas	Niveles	Indicadores
Salud física	Funcionamiento físico	Alto	Realizar todo tipo de actividad física incluido las más potentes
		Bajo	Limitaciones para realizar actividades diarias como el cuidado personal, caminar, subir las escaleras, trasportar, cargar y realizar esfuerzos intensos.
	Desempeño físico	Alto	Ningún problema con el trabajo u otras actividades como resultado una buena salud física.
		Bajo	Rendimiento menor de los deseado o limita el tiempo para realizar actividades a realizar y la dificultad de las mismas.
	Enfermedad corporal	Alto	Ausencia de dolor
		Bajo	Intensidad severa del dolor padecido por efectos de trabajo y actividades del hogar.
Salud mental	Salud general	Alto	Valoración del estado de salud como buena / excelente
		Bajo	Desvaloración de la salud y que probablemente empeoraría.
	Vitalidad	Alto	Sentimiento de energía y entusiasmo todo el tiempo
		Bajo	Cansancio, agotamiento, desanimo todo el tiempo.
	Funcionamiento social	Alto	Realización de actividades sociales de manera normal sin problemas emocionales.
		Bajo	Interferencia extrema de las actividades normales a causa de los problemas emocionales.
	Rol emocional	Alto	Esmero en el trabajo, por ende no hay problema en el trabajo ni en otras actividades.
		Bajo	Problemas en el trabajo u en otras actividades diarias como por ejemplo, reducción de tiempo, disminución del rendimiento académico y laboral.
	Salud mental	Alto	Sensación de autocontrol, tranquilidad, felicidad y bienestar general todo el tiempo.
		Bajo	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo,

Fuente: I. Iraurgi., M. Póo y I. Márkez

Como se puede observar, el cuestionario de la Calidad de Vida SF-36, se divide en dimensiones subescalas e indicadores, mismos que permiten entender los aspectos positivos y negativos, que se presentan en una persona sana o enferma.

Después de la aplicación de cuestionario, se procede a estandarizar las puntuaciones, así: “Inicia del 0 = peor estado de salud, hasta 100 = mejor estado de salud” (Ordóñez et al., 2001, p. 31). Es decir, el test no tiene una puntuación total y es posible interpretar así; A mayor puntuación mejor es el estado de la salud, física y mental. Por el contrario a menor puntuación menor es el estado de salud física y psíquica en las personas. Cabe enfatizar que,

la validez y la fiabilidad del instrumento es satisfactoria, puesto que el Alfa de Cronbach es de $\alpha = 0,90$ en la salud física y un $\alpha = 0,87$ en la salud mental. En cuanto a la consistencia interna tiene valores superiores a 0,7” (Blanco et al., 2014, p. 68). Esto significa que es un instrumento confiable y sirve para aplicar en cualquier población sujeta a estudio.

Tabla 8. Análisis de fiabilidad del cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Subescalas	Alfa de Cronbach	Ítems
Funcionamiento físico	0,94	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12
Desempeño físico	0,89	13, 14, 15 y 16
Enfermedad corporal	0,57	21 y 22
Salud general	0,39	1, 2, 33, 34, 35 y 36
Vitalidad	0,31	23, 27, 29 y 31
Funcionamiento social	0,83	20 y 32
Rol emocional	0,82	17, 18 y 19
Salud mental	0,33	24,25, 26, 28 y 30
Total CV	0,73	

Nota: $n = 373$ observaciones

Los datos obtenidos con respecto a la confiabilidad de las dimensiones del test psicométrico están dados de la siguiente manera: El Funcionamiento físico compuesto por diez ítems muestra un $\alpha = 0,94$, donde la consistencia interna es excelente. El Desempeño físico consta de cuatro ítems con un $\alpha = 0,89$ lo que significa ser una consistencia interna muy buena. La Enfermedad corporal cuenta con dos ítems y un $\alpha = 0,57$ es decir que, la consistencia interna buena. La Salud general muestra seis ítems con un $\alpha = 0,39$ y una consistencia interna regular. En cuanto, la Vitalidad cuenta cuatro ítems con un $\alpha = 0,31$ y la Salud mental consta de cinco ítems. Estas dos últimas dimensiones muestran una consistencia interna regular. Mientras que el Funcionamiento social está compuesto por dos ítems con un $\alpha = 0,83$ y finalmente, la dimensión de Rol emocional está formada por 0,82 por ende, ambas dimensiones muestran una consistencia interna muy buena. Dicho esto, el Alfa de Cronbach del total del cuestionario de Calidad de Vida SF-36 muestra un $\alpha = 0,73$, esto significa que la consistencia interna en su totalidad es muy buena.

- **Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28**

Para evaluar la salud mental de las personas uno de los instrumentos útiles es el cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28. Autores como Vallejo y otros (2014), afirman que:

El cuestionario fue creado para identificar y medir aspectos emocionales, somáticos y formas de afrontamiento de la enfermedad. La escala inicialmente estaba compuesta de 60 ítems posteriormente, se redujo a versiones como: 30, 28 y 12 ítems traducidas y validadas al idioma español. (p.105)

Es decir, es un instrumento con varias versiones que está diseñada para detectar problemas a nivel físico y psíquico.

Ahora bien, el reactivo psicológico con 28 ítems es el que más se adapta a varios idiomas, misma que está estructurada en cuatro subescalas, según Ozcorta, Martínez y Gracia (2010), son las siguientes:

1. **Síntomas somáticos:** Preguntas del 1 al 7. Evalúa cansancio, dolor de cabeza, fatiga, malestar general, entre otros.
2. **Ansiedad:** Preguntas del 8 al 14. Evalúa problemas sueño- vigilia, irritabilidad, tensión psíquica, entre otros.
3. **Disfunción social:** Preguntas 15 al 21. Evalúa las habilidades para tomar decisiones, nivel de organización de tareas diarias, relaciones interpersonales, entre otros.
4. **Depresión:** Preguntas 22 a 28. Evalúa la percepción de la falta de energía, apatía, anhedonia, entre otros.

Todas las opciones de los ítems están ubicadas en forma Likert de cuatro opciones, desde 0 = mejor que lo habitual, hasta 3 = mucho peor que habitual. En este caso, la puntuación máxima es de 28 puntos distribuidos en valores de 0 y 1.

Evidentemente, el instrumento cuenta con cuatro escalas psicométricas puntuales que evalúan aspectos relaciones al bienestar y a las enfermedades psicosomáticas de los participantes a ser evaluados/as.

Tabla 9. Esquema del cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28

Dimensiones	Indicadores
Síntomas somáticos	- Cansancio, fatiga, dolor de cabeza - Malestar general, etc.
Ansiedad	- Alteraciones en el ciclo circadiano - Irritabilidad, tensión psíquica, etc.
Disfunción social	- No tiene la capacidad para tomar decisiones - Bajo nivel de la organización en las actividades cotidianas - Problemas en las relaciones interpersonales, etc.
Depresión	- Anhedonia, apatía, sentimiento de culpa constante, etc.

Fuente: E. Ozcorta, J. Martínez y C. Gracia

En definitiva, los cuatro subpartados están compuestos por dimensiones que permiten medir los niveles de la salud en cuestión a enfermedades psicóticas y no psicóticas. Con respecto a la confiabilidad y la consistencia interna Zambrano (2019), manifiesta que:

El coeficiente alfa de Cronbach (α) es de 0,94, gracias a que los cuatro factores, se correlacionan unas con otras de manera positiva y en escala total. En relación a la consistencia interna del instrumento la valoración de las subescalas se da de la siguiente manera: Síntomas somáticos $\alpha = 0,97$, ansiedad $\alpha = 0,93$, disfunción social $\alpha = 0,93$ y depresión $\alpha = 0,94$. Finalmente, la especificidad es de 82% y sensibilidad de 85% (p. 20)

Es evidente, la elevada confiabilidad que tiene el instrumento. En base a las características del reactivo se deduce la validez que tiene. Este procedimiento facilita el uso y aplicación para las investigaciones futuras.

Tabla 8. Análisis de fiabilidad del cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítems
Síntomas somáticos	0,85	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7
Ansiedad	0,89	8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14
Disfunción social	0,82	15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21
Depresión	0,90	22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28
Total SM	0,94	

Nota: $n = 373$ observaciones

En cuanto a los datos obtenidos de las dimensiones del test psicométrico se evidencia, los siguiente; siete ítems corresponden a los Síntomas somáticos reflejan un $\alpha = 0,85$ y una consistencia interna muy buena. Mientras que siete ítems forman parte de la Ansiedad con un $\alpha = 0,89$, misma que muestra una consistencia interna muy buena. Además, siete ítems pertenecen a la Disfunción social con un $\alpha = 0,82$. Se evidencia una consistencia interna muy buena. Por último, la dimensión Depresión está compuesto por siete el cual, refleja un $\alpha =$

0,90 y una consistencia interna excelente. Para finalizar el Alfa de Cronbach del total del cuestionario de Salud General GHQ con 28 ítems es de 0,94. Claramente la consistencia interna total es excelente.

Con respecto a los test psicométricos utilizados en la presente investigación cumplen un papel importante en el campo de la psicología, según Muñiz (2010), “la psicología fomenta modelos estadísticos que faciliten la interpretación de resultados obtenidos de los test psicométricos, con el objetivo de afirmar o rechazar la hipótesis propuesta al inicio de la investigación científica” (p. 58). Es decir, los test psicométricos son instrumentos que permiten validar los datos recolectados de una investigación. Por ende, se aplicaron tres instrumentos en una población ecuatoriana adulta en particular.

Mientras que, la fiabilidad de manera general es un término de exactitud. Sin embargo, para la psicología “es un conjunto de cualidades que poseen los instrumentos psicométricos, los mismos, que se basan en la precisión y en la consistencia interna de las variables a estudiar” (Borja, 2004, p. 31). En otras palabras, son las características particulares que poseen los reactivos psicológicos para evaluar o medir la parte psíquica, subjetiva y social de las personas. Por esta razón, los tres reactivos psicológicos arrojaron un Alfa de Cronbach confiable y aceptable. Este proceso es importante y necesario realizar puesto que permite comprobar si existe o no relación entre las variables de estudio.

- **Programa SPSS Versión 25**

El paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 25, se caracteriza por ser un software revolucionario en la estadística. Herrera (2017), lo describe como: “Un sistema de cálculos y gráficos estadísticos del cual se obtiene datos estandarizados desde lo más simple hasta el más complejo” (p. 59). De hecho, es un programa que permite obtener datos numéricos y descriptivos exactos de una investigación académica. También, son poseedores de herramientas, como lo afirma Quezada (2014), “el programa ofrece un sin número de mecanismos que permiten estandarizar, describir, correlacionar y comparar las variables. Los resultados conseguidos son visualizados a través de tablas.” (p. 15). Esto quiere decir, que los datos extraídos del programa a posteriori facilitan el análisis de los resultados y garantiza la confiabilidad del trabajo.

2.3. Participantes

Población

Los participantes de la investigación son personas adultas pertenecientes al pueblo Chibuleo entre edades de 20 a 40 años de edad, según la CONAIE (2014), se estima que la población Chibuleo es de 12,000 habitantes indígenas con formas de vivir y pensar diferente. De manera general la población es un grupo con características en común. Según Arias, Villasís y Novales (2016), “es un conjunto de casos definidos, militados y accesibles, cumplen con una serie de criterios preestablecidos que permiten generalizar o explorar los resultados conseguidos de un estudio” (p. 345). Por esa razón, la población es un grupo extenso poseedores de cualidades propias.

Muestra

El cálculo de la muestra, se efectuó a través de un cálculo estadístico con el objetivo de lograr el tamaño significativo de 373 casos de interés. Del mismo que, se obtuvo un nivel de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una probabilidad de concurrencia y no concurrencia del 50%. Fundamentalmente, la muestra es una parte relativa de una población con un número significativo de habitantes. De acuerdo a Odón y otros (2012), “es un subconjunto representativo, que se extrae de la población general, del mismo se hace inferencias o generalizaciones” (p. 83). Desde luego, la muestra es un subgrupo de la población total generada posterior a la depuración de los datos recogidos.

Muestreo

El tipo de muestreo, que se emplea en la presente investigación es no probabilístico de conveniencia con criterios de inclusión, los cuales son detallados de acuerdo con las características de la población. Según Lastra (2000), el muestreo no probabilístico, “es un tipo de patrón donde las muestras no son representativas debido a que son arbitrarias y están basadas en supuestos sobre la distribución de la población de estudio” (p. 265). Como se puede ver, el investigador/a selecciona de forma informal a los participantes siempre y cuando cumplan ciertas características.

La elección de la muestra, se realizó por conveniencia. Autores como, Blanco y Castro (2007) manifiestan que, “es un muestreo fácil y eficiente donde el investigador solicita la participación voluntaria de los participantes” (p. 2). Es decir, es un proceso conviviente y accesible para este tipo de investigaciones.

Con respecto a los criterios de inclusión, para Otzen y Manterola (2017), “son aquellas características clínicas, demográficas, temporales, geográficas de las personas, etc.” (p. 227). Por lo tanto, los criterios de inclusión, que se toman en cuenta en la presente investigación son: edad, sexo, estado, nivel de educación organización familiar, estado general de salud, economía y trabajo de las personas adultas del pueblo Chibuleo.

2.3.1. Análisis Sociodemográfico

La presente Tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra, la misma incluye: edad, sexo, educación, estado civil, organización familiar, economía / trabajo y estado de salud general. El último evalúa la parte psicológica y psiquiátrica. Las variables para evaluar, se dividen en cualitativas y cuantitativas. La representación es de la siguiente manera: Frecuencia (f), porcentaje (%), media (\bar{X}) y desviación estándar (s).

Tabla 10. Análisis sociodemográfico de la muestra

Variables	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	20	40	25,22	4,69
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo				
Masculino	113	30,3	30,3	30,3
Femenino	260	69,7	69,7	100,0
Educación				
Escuela	7	1,9	1,9	1,9
Colegio	259	64,4	64,4	71,3
Universidad	107	28,7	28,7	100
Estado civil				
Soltero/a	239	64,2	64,1	64,1
Casado/a	120	32,2	32,2	96,2
Divorciado/a	5	1,3	1,3	97,6
Unión Libre	9	2,4	2,4	100,0
Organización Familiar				
Padres	168	45,0	45,0	45,0
Padre	9	2,4	2,4	47,5
Madre	43	11,5	11,5	59,0
Solo/a	47	12,5	12,6	71,6
Otros	106	28,4	28,4	100,0
Economía y Trabajo				
Muy Buena	14	3,8	3,8	3,8
Buena	168	45,0	45,0	48,8
Regular	171	45,0	45,8	94,6
Mala	20	5,4	5,4	100,0
Estado General de Salud				
Muy Buena	50	13,4	13,4	13,4
Buena	264	70,8	70,8	84,2
Regular	56	15,0	15,0	99,2
Mala	3	0,3	0,8	100,0
Recibe Tratamiento Psicológico				
Sí	8	2,1	2,1	2,1
No	365	97,9	97,9	100,0
Recibe Tratamiento Psiquiátrico				
Sí	7	1,9	1,9	1,9
No	366	98,1	98,1	100,0

Nota: $n = 373$ observaciones

La edad de los participantes de la investigación, se coloca en una media de 25,22 años con una desviación estándar de 4,69. La distribución por sexo está formada por 113 de sexo masculino que representa un porcentaje del 30,3 % y 260 de sexo femenino simboliza un porcentaje de 69,7%. En cuanto al nivel de educación, el 1,9 de los participantes tienen un nivel de instrucción de primaria- escuela; el 64,4% secundaria- colegio y el 28,7% han alcanzado la universidad. En lo que respecta a la variable estado civil, se agrupa de la siguiente manera: el 64,2% de los participantes son solteros/as; el 32,2% son casados/as; el 1,3% están divorciados y el 2,4% viven en unión libre.

En relación con la organización familiar, se evidencia que el 45,0% de los participantes viven con los padres; el 1,4% con el padre; el 11,5% con la madre; el 12,5% solo/a y el 28,4% con otros. En cuestión a la variable de economía y trabajo, se muestra que un 3,8% de los participantes pertenecen a un nivel económico y trabajo muy bueno; un 45,0% bueno; un 45,0% regular y un 5,4% malo. Mientras que en el estado general de salud un 13,4% es muy bueno; un 70,8% es bueno; un 15,0% regular y un 0,3% mala. Particularmente en la última variable el 2,1% de participantes sí recibieron tratamiento psicológico y el 91,9% no recibieron tratamiento psicológico. En casos más complejos el 1,9% sí recibieron tratamiento psiquiátrico y el 98,1% no recibieron tratamiento psiquiátrico. Como se puede ver, no existen diferencias significativas entre más variables con respecto a la ficha sociodemográfica.

2.4. Procedimiento Metodológico

En primera instancia el presente proyecto de investigación inicio con la búsqueda bibliográfica, recolección y lectura de diferentes de las variables. Seguidamente se redactó la información pertinente. Tiempo después, se buscó e identificó la población a ser estudiada. Consecuentemente, se seleccionó una muestra representativa de 373 casos de interés para luego aplicar los tres reactivos psicológicos los mismo que son validados y confiables. El primero es la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff está compuesto de seis dimensiones. El segundo es el cuestionario de Calidad de Vida SF-36 evalúa dos dimensiones y ocho subescalas y el tercero es el cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 está constituido de cuatro subescalas respectivamente. A más de test psicométricos, se utilizó la ficha *Ad Hc* sociodemográfica para recoger información necesaria de los participantes encuestados.

Cada uno de los instrumentos antes mencionados, se aplicó de manera virtual a través de la plataforma *Google Forms* en un tiempo de 15 a 20 minutos. Esto debido a la situación mundial que atraviesa la humanidad a causa del coronavirus. Por esta razón los instrumentos aplicados fueron en modalidad online previo a la revisión hecha por el director de la investigación. Antepuesto a la aplicación total de la muestra de los instrumentos aplico una prueba piloto a 10 participantes adultos. Este proceso permitió identificar errores como la redacción y formulación de las preguntas.

Una vez obtenida toda la información, se procedió a crear la base de datos. Luego de realizar la codificación y cuantificación los datos fueron introducidos al programa de análisis estadístico SPSS versión 25. Sin antes realizar el análisis de confiabilidad de los instrumentos y de la ficha sociodemográfica. Ya con los resultados estandarizados, se continuó con el análisis estadístico, descriptivo y correlacional, los mismos que arrojaron resultados significativos de la investigación. Por último, gracias a los resultados obtenidos se logró redactar el capítulo de la metodología y los resultados, así como dar conclusiones y recomendaciones pertinentes para futuras investigaciones.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis Descriptivo

En el presente capítulo, se muestra el análisis descriptivo y correlacional de los datos recogidos, por medio de los reactivos psicológicos. Los mismos que miden los niveles del bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental de los participantes evaluados.

3.1.1. Análisis Descriptivo de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff -29

Para la elaboración del análisis descriptivo de la escala del bienestar psicológico, se distribuye en 6 dimensiones. Los mismos que, se expresan en medidas de distribución: mínimo (min), máximo (max), media (\bar{X}) y desviación estándar (s).

Tabla 11. Análisis descriptivo de la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29

Dimensiones	mín	max	\bar{X}	s
Autoaceptación	4,00	24,00	17,24	5,57
Relaciones positivas con los otros	5,00	30,00	19,70	5,65
Autonomía	6,00	36,00	23,16	7,02
Dominio del ambiente	5,00	30,00	19,12	5,73
Propósito en la vida	4,00	24,00	17,13	5,33
Crecimiento personal	5,00	30,00	21,78	7,00
Total BP	29,00	174,00	118,16	33,59

Nota: 373 observaciones.

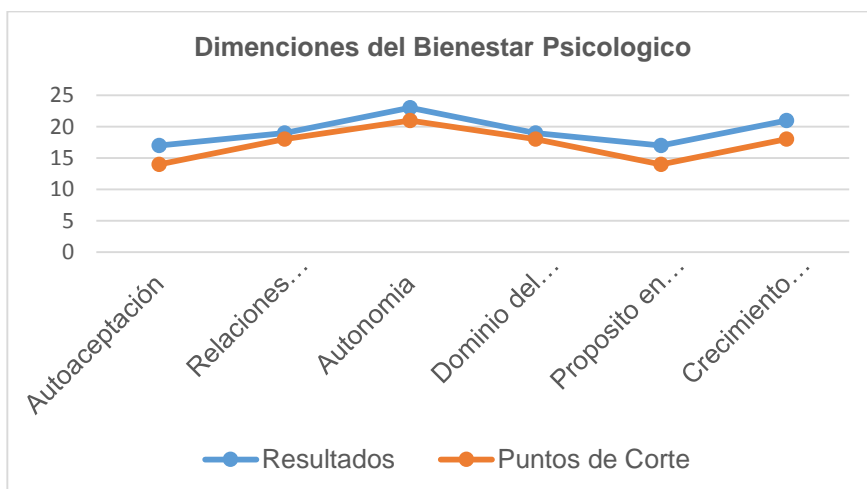
La presente Tabla 11 pertenece a la variable del bienestar psicológico tras la aplicación de la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29 la cual, está conformada por 6 dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas con los otros, Autonomía, Dominación del ambiente, Propósito en la vida y Crecimiento personal sobre una muestra de personas adultas.

En el análisis descriptivo de los resultados de la escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29. Con lo refiere a la dimensión Autoaceptación, se evidencia los siguientes resultados: el min = 4,00; max = 24,00; \bar{X} = 17,24 y s = 5,57. Lo que explica, que los participantes muestran un nivel moderado frente a la actitud positiva de sí mismo y de los demás. Es probable que tengan la capacidad de autoreconocimiento y aceptación de sí mismo. Mientras que las Relaciones positivas con los otros, muestra un min = 5,00; max =

30,00; $\bar{X} = 19,70$ y $s = 5,65$. Es decir, es un nivel alto lo significa que, los evaluados/as tienen la capacidad de dar y recibir, demuestran empatía y afecto con los demás. En cuanto a la dimensión Autonomía muestra un $\min = 6,00$; un $\max = 36,00$; $\bar{X} = 23,16$ y $s = 7,02$. Esta dimensión refleja un nivel alto. Es decir que, los sujetos demuestran independencia, capacidad para afrontar y actuar antes diversas circunstancias de una determinada manera. En relación a la dimensión Dominio del ambiente refleja un $\min = 5,00$; un $\max = 30,00$; $\bar{X} = 19,12$ y $s = 5,73$. Misma que demuestra un nivel alto, lo que explica que los participantes son capaces de tener control del entorno y de dar buen uso a las oportunidades, que se presentan en el transcurso de la vida. Mientras que la dimensión Propósito en la vida arroja un $\min = 4,00$; $\max = 24,00$; $\bar{X} = 17,13$ y $s = 5,33$. Esto quiere decir que, los participantes muestran un nivel moderado por ello, son pocas las metas, objetivos, misión y visión que tiene de la vida. Por último, la dimensión de Crecimiento personal muestra un $\min = 5,00$; $\max = 30,00$; $\bar{X} = 21,78$ y $s = 7,00$. Misma que refleja un nivel alto, aquí donde los sujetos demuestran disposición a nuevas oportunidades y ganas de superación. Finalmente, el total de la escala arrojo un $\min = 29,00$; $\max = 174,99$; $\bar{X} = 118,16$ y $s = 33,59$. Es decir, de manera global los participantes seleccionados/as muestran un nivel alto de Bienestar Posológico.

A continuación, en la Figura 1, se evidencia los resultados de la media obtenidos de las seis dimensiones con los puntos de corte respectivamente.

Figura1. Puntos de corte de la dimensiones del Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29



La presente figura indica que los resultados de la escala se encuentran por encima del punto de corte. Se observa que la media más alta corresponde a la dimensión Autonomía y Crecimiento personal y que a su vez las medias, que se acercan al punto de corte son las dimensiones correspondientes a: Relaciones positivas con los otros, Dominio del ambiente, Autoaceptación y Propósito en la vida. Lo que significa que, a mayor puntuación sobre la norma mejor es el nivel bienestar psicológico en los participantes evaluados.

Estos datos hallados, se corroboran con las investigaciones hechas por Bradburn (1969), quien manifiesta que, los seres humanos se encuentran en un nivel óptimo de Bienestar Psicológico debido a la atención afectiva percibida, misma que genera satisfacción o insatisfacción en la vida. Es decir, es un cúmulo de emociones afectivas que causan placer o displacer. Cabe recalcar que, gran número de las personas evaluadas se encuentran en un nivel aceptable. Es decir, estos individuos gozan de bienestar permitiéndoles relacionarse con los demás sin ningún problema. Como se puede ver, a niveles altos de Bienestar Psicológico las personas son menos propensas a contraer algún problema psicoemocional.

3.1.2. Análisis Descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Los resultados de las ocho subescalas del cuestionario de calidad de vida SF-36 en la muestra de los participantes seleccionados, se expresan en medidas de distribución; mínimo (min), máximo (max), media (\bar{X}) y desviación estándar (s).

Tabla 12. Análisis descriptivo del cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Subescalas	mín	max	\bar{X}	s
Funcionamiento físico	10,00	30,00	26,82	4,83
Desempeño físico	4,00	8,00	7,26	1,34
Enfermedad corporal	2,00	12,00	8,35	2,71
Salud general	7,00	26,00	16,84	3,03
Vitalidad	4,00	24,00	13,64	2,90
Funcionamiento social	2,00	18,00	6,58	1,52
Rol emocional	3,00	6,00	5,20	1,14
Salud mental	5,00	30,00	18,28	3,35
Total CV	45,0	138,00	103,00	11,02

Nota: 373 observaciones.

La Tabla 12 corresponde a la variable Calidad de Vida la misma que es analizada gracias a los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Calidad de Vida SF-36, la misma que está formada por ocho dimensiones: Funcionamiento físico, Desempeño físico,

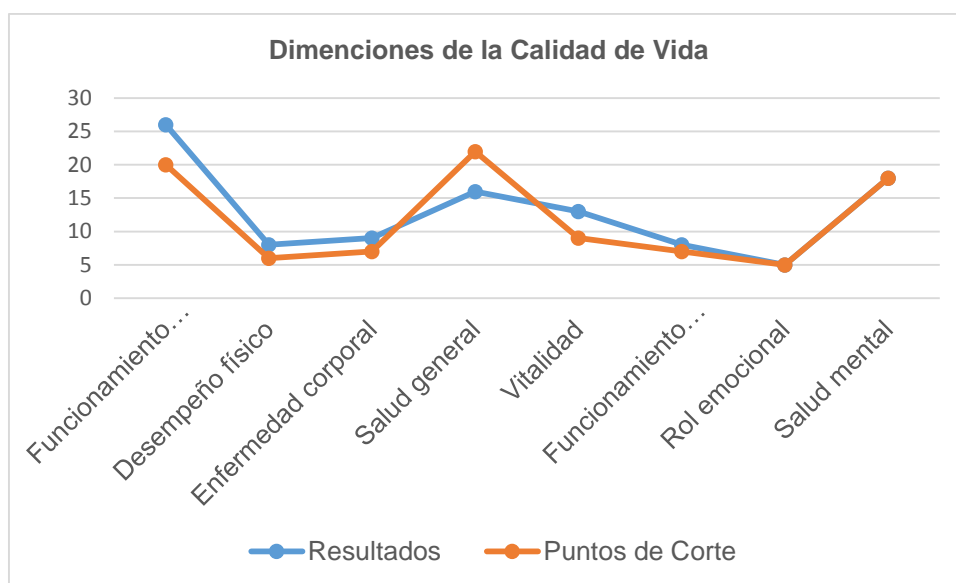
Enfermedad corporal, Salud general, Vitalidad, funcionamiento social, Rol emocional y Salud mental respectivamente.

La primera dimensión es el Funcionamiento físico el cual, se muestra un min = 10,00; max = 30,00; \bar{X} = 26,82 y s = 4,83. Esto se interpreta como un nivel alto es decir que, los participantes podrían realizar todo tipo de actividad física incluso las más potentes sin ninguna dificultad. La segunda dimensión es el Desempeño físico refleja un min = 4,00; max = 8,00; \bar{X} = 7,26 y s = 1,34. Es posible interpretar que hay un leve nivel alto en esta dimensión. Probablemente las últimas cuatro semanas los participantes no tuvieron problemas en la realización de algún trabajo u actividad que requiere movimiento físico. La tercera dimensión hace referencia a la Enfermedad corporal del cual, se evidencia un min = 2,00; max = 12,00; \bar{X} = 8,35 y s = 2,71. En este caso hay un leve nivel alto en cuanto a la salud física lo que significa ausencia de dolor somático moderada en los participantes. La cuarta dimensión es la Salud general, misma que demuestra un min = 7,00; max = 26,00; \bar{X} = 16,84 y s = 3,03. Esto indica ser un nivel bajo como resultado, los sujetos no muestran importancia frente a la salud propia y es probable que tiempo después empeore la misma. La quinta dimensión es la Vitalidad muestra un min = 2,00; max = 24,00; \bar{X} = 13,64 y s = 2,90. La cual, se interpreta como un nivel alto donde los participantes demuestran un sentimiento de energía y entusiasmo todo el tiempo. La sexta dimensión es el Funcionamiento social muestra un min = 2,00; max = 18,00; \bar{X} = 6,58 y s = 1,52. Esto refleja que los participantes tienen un nivel levemente alto. Esto quiere decir, que los evaluados/as tiene la capacidad para realizar actividades sociales de manera normal. La séptima dimensión es el Rol emocional refleja un min = 3,00; max = 6,00; \bar{X} = 5,20 y s = 1,14. En este caso, no hay una diferencia notable puesto que la dimensión, se encuentra sobre el punto de corte. Es posible que los sujetos muestren niveles altos y bajos similares. Es decir, podrían o no experimentar problemas en cuanto a las actividades diarias, por ejemplo; en el trabajo, en la academia u en otro aspecto laboral. Asimismo, la octava dimensión denominada Salud mental demuestra un min = 5,00; max = 30,00, \bar{X} = 18,28 y s = 3,35. Al igual que la dimensión anterior esta, se ubica sobre el punto de corte, lo que significa que, los niveles podrían variar entre altos y bajos. En este punto los participantes podrían tener o no sensación de autocontrol, tranquilidad, felicidad y bienestar general. Asimismo, se podrían mostrar nerviosos y deprimidos todo el tiempo. Por último, el total del cuestionario muestra un min = 45,00; max = 138,00; \bar{X} = 103,00 y s = 11,02. De manera general, la muestra seleccionada en la mayoría

de las dimensiones puntúa alto. De este modo, los participantes muestran buenos niveles en la calidad de vida de manera general.

Seguidamente, en la Figura 2, se evidencia las medias que arrojó el cuestionario con los puntos de corte correspondientes.

Figura 2. Cortes de las dimensiones del cuestionario de la Calidad de vida SF-26



La presente figura demuestra los resultados conseguidos muestran medias altas, bajas y similares. En cuanto a las dimensiones, que se acercan por encima del punto de corte son; funcionamiento físico, desempeño físico, enfermedad corporal y funcionamiento social. Sin embargo, está la dimensión vitalidad que muestra un puntaje bajo. Finalmente, está la dimensión de rol emocional y salud mental las cuales, se ubican sobre el punto de corte. En este último caso es probable que varíen los resultados con el tiempo. Es decir, los participantes muestran buena Calidad de Vida.

Los resultados conseguidos, se corroboran con las investigaciones hechas por Scarpeta y Molano (2017), quienes manifiestan que:

A pesar de que la mayoría de las dimensiones correspondientes a la calidad de vida puntuee por encima del punto de corte establecido, la población seleccionada muestra una incidencia significativa en la dimensión salud general, esto debido a la situación o al contexto en el que viven las personas. Es importante intervenir en este tipo de

grupos con el fin de tomar en cuenta los principios y costumbres que tienes estas poblaciones. (p.51)

Es evidente, como los indicadores de la Calidad de Vida, no se desarrollan de manera lineal sino hay variaciones. Esto depende de factores personales, sociales o incluso ambientales.

3.1.3. Análisis Descriptivo del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28

Los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 compuesto por cuatro dimensiones, se expresan en medidas de distribución de la siguiente manera: Mínimo (min), máximo (max), media (\bar{X}) y desviación estándar (s).

Tabla 13. Análisis descriptivo del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28

Dimensiones	mín	max	\bar{X}	S
Síntomas somáticos	7,00	28,00	12,55	3,91
Ansiedad	7,00	28,00	13,07	4,71
Disfunción social	7,00	28,00	13,01	3,53
Depresión	7,00	28,00	11,02	4,54
Total SM	28	103,00	49,67	13,92

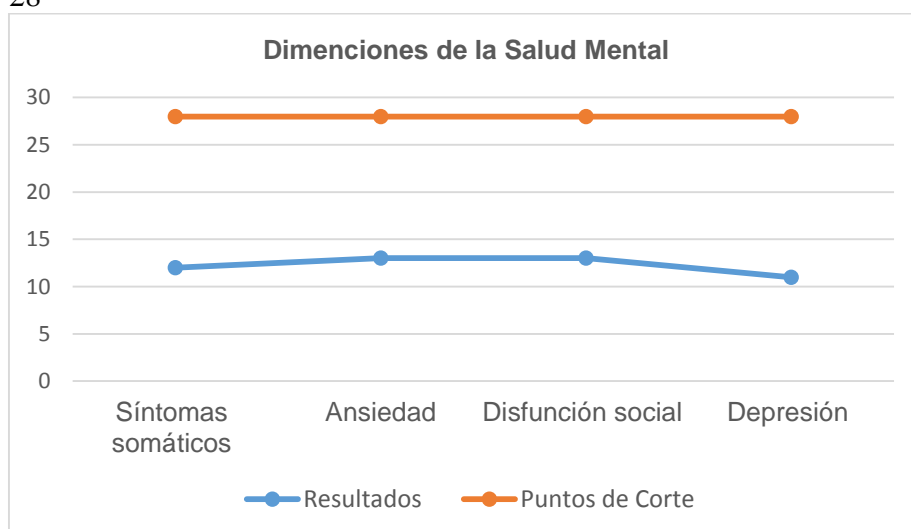
Nota: 373 observaciones.

En cuanto a la Tabla 13 pertenece a la variable de salud mental que posterior a la aplicación del cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 el cual, está compuesto por cuatro dimensiones tales como: Síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión pasaron al análisis correspondiente. Se evidencia datos significativos.

En primera instancia la dimensión de Síntomas somáticos muestra un min = 7,00; max = 28,00; \bar{X} = 12,55 y s = 3,91. Evidentemente puntúa por bajo del punto de corte lo que significa que existe ausencia de cansancio, fatiga, dolor de cabeza y malestar general en los evaluados/as. Mientras que, la dimensión de Ansiedad refleja un min = 7,00; max = 28,00; \bar{X} = 13,07 y s = 4,71, muestra una puntuación por debajo del punto de corte. Es decir que, en lo participantes, no se evidencia alteraciones en el ciclo circadiano, tampoco muestran irritabilidad ni tensión a nivel psíquico. En cuanto a la dimensión Difusión social el min = 7,00; max = 28,00; \bar{X} = 13,01 y s = 3,53, puntua así por debajo del punto de corte. Lo que indica la incapacidad para tomar decisiones, los bajos niveles de organización en actividad cotidiana y los problemas en las relaciones interpersonales en los participantes evaluados. Por último, la dimensión que llevar como nombre Depresión demuestra un min = 7,00; max

= 28,00; \bar{X} = 11,02 y s = 4,54. Claramente estos datos están muy por debajo del punto de corte. Esto quiere decir que, los sujetos no padecen de anhedonia, apatía, sentimiento de desesperanza, culpabilidad e impotencia constante. Para concluir, los resultados del cuestionario total muestran un min = 28,00; max = 103,00; \bar{X} = 49,67 y s = 13,92. Es evidente, el cuestionario global muestra valores significativos para determinar que hay los participantes no tienen problemas con cuanto a síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión.

Figura 3. Cortes de las dimensiones es del cuestionario de Salud Mental de Goldberg GHQ-28



La figura muestra los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario. En la misma gráfica, se observa que la dimensión llamada síntomas somáticos y depresión muestran una relación notable debido a que ambas medias, se ubican por debajo del punto de corte. Mientras que las dimensiones como: ansiedad y disfunción social muestran medias similarmente bajas. Es decir que, a menor puntuación de los indicadores de la salud mental, mejor es el nivel de la misma. Para corroborar los resultados conseguidos, se busca varias investigaciones. Una de ellas es de Zambrano (2019), quien:

Realizó una investigación en un grupo de personas de instituciones públicas, los mismos que muestran bajos niveles de salud mental en las dimensiones correspondientes a los síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Donde las mujeres mostraron una prevalencia de 24,3% y los hombres un 27,9%. De tal manera que los resultados están por debajo del punto de corte lo que quiere decir

que, no se debería intervenir psicológicamente en los sujetos que fueron evaluados. (p.56).

Evidentemente, a buenos niveles de salud mental, no se desarrolla problemas a nivel psíquico.

Cabe mencionar, el hecho de que las cuatro dimensiones se encuentran por debajo del punto de corte esto significa que, a menor puntaje hay ausencia de enfermedades mentales. Para especificar los puntajes obtenidos es importante señalar que los indicadores son negativos por ello, los participantes no experimentan ningún problema a nivel psíquico. Si el caso fuera diferente los sujetos probablemente muestren sensaciones de agotamiento y debilidad corporal. Además, de que presenten problemas de respiración, nerviosismo, dificultad para conciliar el sueño y en casos extremos hasta suicidio. Asimismo, podría repercutir en las relaciones sociales así desencadenarían en sentimientos de tristeza, frustración, irritabilidad y culpabilidad en muchos de los casos. En resumidas cuentas, tener bajos niveles de salud mental según las dimensiones del cuestionario de Salud General de Goldberg-28 es bueno y probablemente las personas, se muestren física y mentalmente saludables, experimenten relaciones sanas y trabajen productivamente todos los días de la vida.

3.2. Análisis Correlacional

3.2.1. Análisis Correlacional de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff-29, del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28

Para concluir el análisis de los resultados, en este apartado, se presenta el análisis de correlación del Bienestar Psicológico y la Calidad de Vida con la Salud Mental para esto, se utilizó los coeficientes de Pearson (r).

Tabla 14. Análisis correlacional del Bienestar Psicológico y Salud Mental

Variables	A	R.P	AUTOES	D.E	C.P	P.V	S.S	ANS	D.S	D
Autoaceptación	1	,825**	,815**	,734**	,864**	,928**	-,194**	-,214**	-,223**	-,273**
Relaciones positivas		1	,889**	,827**	,831**	,834**	-,021	-,058	-,065	-,056
Autonomía			1	,829**	,830**	,804**	,001	-,013	-,070	-,037
Dominio del entorno				1	,777**	,736**	,056	,042	-,002	,038
Crecimiento personal					1	,885**	-,057	-,042	-,064	-,102
Propósito en la vida						1	-,130*	-,161**	-,195**	-,230**
Síntomas somáticos							1	,709**	,599**	,544**
Ansiedad								1	,578**	,552**
Disfunción social									1	,607**
Depresión										1

Nota: 373 observaciones.

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se encuentra una correlación baja negativa entre las escalas Autoaceptación y las dimensiones de Ansiedad (-,214); Disfunción social; (-,223); y Depresión (-,273), dichas correlaciones encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). También, se ha encontrado una relación baja negativa entre la escala de Propósito en la vida y la dimensión de Depresión (-,230); esta correlación también, es estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Las correlaciones encontradas revelan una relación inversamente proporcional entre las variables de estudio; lo que significa que altos niveles de Autoaceptación y Propósito en la vida, han determinado bajas puntuaciones en Ansiedad, Disfunción social y Depresión en las personas pertenecientes al pueblo Chibuleo.

Estos resultados, se corroboran con las investigaciones hechas por Villa, Zuluaga y Restrepo (2013), donde las dimensiones que miden el reactivo de Bienestar Psicológico Ryff-29 tienen una correlación negativa con el cuestionario de Salud General GHQ-28. A partir de lo señalado se entiende que, los altos niveles de bienestar psicológico funcionan como un factor protector de la salud mental que impide altos valores en problemas psicoemocionales. Para los pueblos originarios de América Latina y el Caribe el bienestar psicológico guarda estrecha relación con la salud mental y entre las dimensiones, que se correlacionan están: “La preservación de la identidad étnica, la viabilidad de las formas tradicionales de la organización social, el uso de los recursos subjetivos, psicológicos y ambientales” (Kohn & Rodríguez, 2009, p. 223). Evidentemente, el bienestar psicológico y la salud mental dentro de la vida comunitaria, se encuentran ligados a través de los indicadores mismos que hacen referencia a aspectos sociales, culturales, emocionales y del entorno en general.

Además, estudios realizados en jóvenes indígenas colombianos de entre edades de 22 a 35 años respectivamente, según Valle y Jiménez (2012):

Los problemas a nivel físico, psíquico y social durante la adultez ocasionan desequilibrio a nivel de salud mental. Esto debido a los bajos niveles de escolaridad, a la carencia de empleo y a la falta de atención en la salud, donde el racismo, la hostilidad y el maltrato físico, psicológico y social son factores determinantes en el bienestar de las personas (p. 49)

Como se puede evidenciar, a bajos niveles de bienestar psicológico la salud mental, se ve afectada misma que desemboca en problemas psicoemocionales que a futuro genera malestar al individuo.

Tabla 15. Análisis correlacional de la Calidad de Vida y Salud Mental

Variables	F.F	R.F	D.C	S.G	V	F.S	R.E	S.M	S.S.	ANS	D.S	D
Funcionamiento físico	1	,442**	,155**	,079	152**	,196**	,328**	,142**	-,184**	-,073	-,070	-,129*
Desempeño físico		1	,089	-,203**	,094	,271**	,551**	192**	-,409**	-,314**	-,214**	-,240**
Dolor corporal			1	-,044	,022	,149**	,063	,010	,002	-,051	-,085	,072
Salud general				1	,208**	,049	-,155**	,172**	,214**	,150**	,196**	,098
Vitalidad					1	,230**	,037	,705**	,029	,007	,079	,020
Funcionamiento social						1	,176**	,320**	-,173**	-,164*	-,049	-,131*
Rol emocional							1	187**	-,330**	-,403**	-,176**	-,211**
Salud mental								1	-,169**	-,161**	-,068	-,116*
Síntomas somáticos									1	,709**	,559**	,544**
Ansiedad										1	,578**	,552**
Disfunción social											1	,607**
Depresión												1

Nota: 373 observaciones.

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa a nivel 0,05 (bilateral).

Se halla una correlación moderada negativa entre desempeño físico y síntomas somáticos (-,409); y una relación baja negativa entre desempeño físico y las dimensiones de Ansiedad (-,403); Difusión social (-,214) y Depresión (-,240); dichas correlaciones encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Una correlación baja negativa entre Salud general y Síntomas somáticos (-,214). Además, se encuentra una correlación baja negativa entre el Rol emocional y las dimensiones Síntomas somáticos (-,330) y Depresión (-,211); y una correlación moderada negativa Ansiedad (-,403); dichas correlaciones encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Las correlaciones reflejan una relación inversamente proporcional entre las variables de estudio. Lo que quiere decir que, a altos niveles de Desempeño físico, Salud general y Rol emocional determinan bajas puntuaciones en Ansiedad, Difusión social y Depresión en las personas pertenecientes al pueblo Chibuleo.

Tras la aplicación de la escala Ryff-29 y el cuestionario GHQ-28, en otras investigaciones, se evidencia que existe una correlación negativa entre ambos test, lo que significa que “altos niveles de calidad de vida mejor es la salud mental en la población” (Vilagut, 2005, p. 143). Es decir, si los encuestados llevan una vida plena y saludable es probable que no padezcan ninguna enfermedad patológica con el tiempo.

Desde hace décadas según Restrepo (2006), las poblaciones indígenas pertenecientes a países como:

Colombia, Bolivia y Venezuela, se han mostrado vulnerables a consecuencia de factores psicoemocionales y ambientales mismos que desencadenan en enfermedades mentales. Los más frecuentes son la ansiedad y la depresión. Sin embargo, varios especialistas de la salud buscan estrategias para entender y aceptar la forma de vivir de este tipo de poblaciones mismos que carecen de atención a nivel psicológico (p. 867)

Como se puede ver, algunos países de Sudamérica experimentan a nivel emocional situaciones estresantes que causan cierto malestar físico y mental.

En la siguiente investigación Ruiz y Luisa (2012), explica que:

La calidad de vida junto con la salud mental tiene relación a través de sus dimensiones positivas y negativas mismas que evalúan la salud física y la salud mental. Lo que quiere decir que, si los niveles de la calidad de vida son altos la salud mental en la población es óptima. (p. 20)

Es decir, las personas que gozan de buena salud es gracias a las buenas relaciones que mantienen dentro de un sistema o entorno. En estudios realizados los últimos años por Morocho, E. (2015), demuestra que:

En una población de Alto Bio ubicado en Chile la filosofía de vida de los pueblos originarios permitieron crear un modelo de atención basado en la salud mental y en un buen estilo de vida de un pueblo que está íntimamente relacionado con el cosmos, con lo espiritual, con lo religioso, con el medio ambiente y con la forma de vivir, este último depende mucho de satisfacer las necesidades básicas. De esta manera, se concibe el bienestar y el equilibrio humano (p. 29)

Evidentemente, la salud mental se depende de la calidad de vida por varios indicadores. Para que esto se dé, el sujeto debería estar emocionalmente y físicamente bien así logre desarrollarse y no le cueste realizar algún tipo de actividad.

CONCLUSIONES

- Al bienestar psicológico se entiende como un constructo dinámico que centra su estudio en el crecimiento personal, en el desarrollo de las capacidades y el funcionamiento positivo de las personas. En cambio, la calidad de vida es un conjunto de situaciones físicas, emocionales, espirituales y ocupaciones también, denominado vida saludable, digna y valiosa, gracias a esto los individuos tienen la capacidad de ejecutar proyectos de vida a corto o largo plazo con o sin dificultades. Para concluir, la salud mental es el estado que representa el equilibrio que existe entre el cuerpo y la mente, el mismo que pasa por procesos cognitivos y conductuales que determinan la forma de pensar, sentir y actuar del sujeto.
- Se evidencia en el análisis descriptivo que los participantes, se encuentran por encima del punto de corte, en la dimensión Autonomía y Crecimiento personal. Mientras las dimensiones moderadas pertenecen a Relaciones positivas con los otros, Dominio del ambiente, Autoaceptación y Propósito en la vida mismas, que se acercan al punto de corte. Es decir, mientras los puntajes se encuentren sobre el punto de corte los niveles de Bienestar Psicológico son altos. Por otro lado, la variable Calidad de Vida en la dimensión Funcionamiento físico, Desempeño físico, Enfermedad corporal y Funcionamiento social, se ubican por encima del punto de corte. Mientras que, la dimensión Rol emocional y Salud mental se encuentran sobre el punto de corte. Por el contrario, la dimensión se encuentra por debajo es la dimensión Vitalidad. Es evidente que, la mayoría de las medias se encuentran por encima de punto de corte, lo que significa que, el nivel de Calidad de Vida de los participantes es bueno. A excepción de la dimensión Vitalidad, misma que necesita ser fortalecida. Finalmente, las medias de las dimensiones de Salud Mental correspondientes a Síntomas somáticos, Ansiedad, Disfunción social y Depresión, se ubican por debajo del punto de corte. Es decir, a menor puntuación en estos indicadores que evalúan netamente la sintomatología, las personas demuestran buenos niveles de Salud Mental.
- Evidentemente, se encontraron correlaciones entre las variables Bienestar Psicológico y la Salud Mental en las dimensiones de Autoaceptación, Propósito en la vida, Ansiedad, Disfunción social y Depresión. Por otro lado, se evidencia

correlaciones importantes entre las variables Calidad de Vida y la Salud Mental específicamente en las dimensiones de Desempeño físico, Salud general, Rol emocional, Síntomas somáticos, Ansiedad, Disfunción social y Depresión. Es decir, todas las correlaciones encontradas son significativas e inversamente proporcionales.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuros investigadores realizar estudios y estandarizar los instrumentos de Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en grupos étnicos del Ecuador, dado que actualmente son limitadas las investigaciones en este tipo de poblaciones. De existir, se apoyaría a la literatura académica en el campo de la psicología.
- Ante posibles puntuaciones bajas en las dimensiones de las variables ya estudiadas, se sugiere crear programas de psieducación, con el fin de prevenir futuros problemas a nivel de Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en la población investigada. Por esta razón es indispensable llegar con atención psicológica a este tipo de poblaciones, según varios estudios se ubican entre los grupos más vulnerables.
- Se recomienda realizar el mismo diseño de investigación pero con una muestra más amplia de la población. Con el objetivo de conseguir información y datos más precisos y completos acerca de las variables de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdallah, S. (2010). La revolución del bienestar. *Revista Enfoques sobre Bienestar y Buen Vivir*, s.d., 29-42. Recuperado de <https://bit.ly/3t1ZB34>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida. Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://bit.ly/3G7u3OO>
- Agudo., L. & Alcedo, M. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2), 3. Recuperado de <https://bit.ly/3Fp5QTJ>
- Arias-Gomez,J., & Villasís-Keever,M. (2016). El protocolo de investigación III la población de estudio. *Revista Alergia*, 63(2), 201-206. Recuperado de <https://bit.ly/3vbfHrw>
- Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológico. *Revista Universitas Psychologica*, 5(2), 239. Recuperado de <https://bit.ly/3oCXZen>
- Bisquerra, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. Vallehermoso, Madrid. Editorial S.A. Recuperado de <https://bit.ly/3CrCL8c>
- Bisquerra, R. (2016). Universo de emociones, la elaboración de un material didáctico. *Revista Reflexiones, Experiencias Profesionales e Investigaciones*, s.n(20), 860. Recuperado de <https://bit.ly/3wYQZwr>
- Blanco, T., Hernández, R., Hernández, L., Falco, R., Naite, M., & Romero, V. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir la calidad d vida relacionada con la salud en trabajadores cubados. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1), 62-70. Recuperado de <https://bit.ly/3yAhNmN>
- Blanco, C., & Castro, A. (2007). El muestre en la investigación cualitativa. NURE investigación. *Revista Científica de Enfermería*, s.n(27),10. Recuperado de <https://bit.ly/3dmlL9c>
- Boff, L. (2009). *¿Vivir mejor o el buen vivir?* Quito. Agencia latinoamericana de información Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/3DufvYH>
- Borja, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Eztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <file:///C:/Users/HP/Downloads/21668-36791-1-PB.pdf>

- Campbell, A., Converse, E., & Rodgers, L. (1976). *The Quality of America Life Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York. Sage Foundation. Recuperado de <https://bit.ly/3clw0dJ>
- Carrasco, A., Brustad, R., & Mas, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52. Recuperado de <https://bit.ly/3Fv5KtV>
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Ajayu organo de difusión científica del departamento de psicología UCBSA*, 1(1), 1-9. Recuperado de <https://bit.ly/3mWAtbd>
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires. ARQ. Recuperado de <https://bit.ly/3HCFfo7>
- CONAIE, E. (19 de julio de 2014). Chibuleo. Ecuador. Recuperado de
- Contreras, L. (2011). Tendencias de los paradigmas de investigación en educación. *Investigación y Posgrado*, 26(2), 179-202. Recuperado de <https://conaie.org/2014/07/19/chibuleo/>
- Corral, V. (2012). *Sustentabilidad y psicología positiva*. Hermosillo. México Moderna S.A. Recuperado de <https://bit.ly/3kNtQrQ>
- Cortés, M., & Iglesia, M., (2004). *Generalidades sobre la metodología de la investigación*. México, UAC. Recuperado de <https://wiac.info/docview>
- Cortez, D. (2011). *La construcción social del Buen Vivir (Sumak Kawsay)*. Ecuador. Editorial Genealogía del diseño y gestión política de la vida. Recuperado de <https://bit.ly/3wWe6aN>
- Cristerna, C., Rangel, G., & Guillén, P. (2014). El consentimiento informado en la investigación clínica en estomatología. *Revista der la Asociación Dental Mexicana*, 71(6), 301-305. Recuperado de <https://bit.ly/2TfIRrv>
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihaly, M. (1990). *Flow The Psychology of Original Experience*. New York. Harper Row. Recuperado de <https://bit.ly/30zgeJg>
- De-Juanas, A., Limón, M, & Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Revista Interuniversitaria, s.n(2)*, 153-168). Recuperado de <https://bit.ly/3FpxOyx>
- Del Canto, E., & Silva, S. (2013). Metodología cuantitativa, abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencia Sociales, sn(4)*, 25-34. Recuperado de <https://bit.ly/3bDFpND>

- Diane, E., Wendkos, S., & Duskin, R., (2010). *Desarrollo humano*. México. Undécima. Recuperado de <https://bit.ly/3dfQp3F>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. & Van, D. (2006). Adaptación española de la escala de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18(3), 572. Recuperado de <https://bit.ly/3dfQp3F>
- Díaz, L. (2011). *La observación, Texto de apoyo didáctico*. México. UNAM. Recuperado de <https://bit.ly/3oCXm4v>
- Diener., & Emmons, R. (1984). The Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117. doi:10.1037/0022-3514.47.5.1105. Recuperado de <https://bit.ly/30GbItb>
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Wellbeing Processes and Opportunities. *Revisión Social Indicadores de Investigación*, s.n(3), 103. Recuperado de <https://bit.ly/3dquqIF>
- Duarte, A., & Jiménez, E. (2007). Aproximación a la teoría del bienestar. *Revista Scientia et Technica*, 5(7), 305-310. Recuperado de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-AproximacionALaTeoriaDelBienestar-4787482%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-AproximacionALaTeoriaDelBienestar-4787482%20(2).pdf)
- Fernández, R., & Zabala, F. (2005). Los componentes del bienestar psicológico y autoconcepto físico de los adolescentes. *Revisión Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 465-480. Recuperado de <https://bit.ly/3HxReTR>
- Galán, M. (2012). La calidad de vida y análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137. Recuperado de <https://bit.ly/3rFSQSI>
- García, C. (2016). Inteligencia emocional y bienestar. *Revista in Inteligencia Emocional y Bienestar II Reflexiones, Experiencias Profesionales e Investigaciones*, s.n(3), 44. Recuperado de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-InteligenciaEmocionalYBienestarII-655308%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-InteligenciaEmocionalYBienestarII-655308%20(6).pdf)
- García, C. (2005). El bienestar psicológico y la dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 1-20. Recuperado de <https://bit.ly/3npoMvk>
- García, R., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de <https://bit.ly/3npozbw>
- Gaxiola, J. & Palomar, J. (2016). *El bienestar psicológico. Una mirada desde Latinoamericana*. México. Qartuppi R.L-C.V. Recuperado de <https://bit.ly/3Dsen7H>

- Gilabert, A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil, grado de acuerdo entre hijos y padres. (Tesis doctoral). Universitat Ramon Llull. Recuperado de <https://bit.ly/3oE5aTH>
- González, R., Valle, A., Arce, R., & Fariña, F. (2010). Calidad de vida, bienestar y salud, Calidad de Vida, Bienestar y Salud s.d., 5-22. doi: 10.13140/RG.2.1.4446.4.4726. Recuperado de <https://bit.ly/3n41Sba>
- Gomez, J., & Montero, D. (Calidad de vida GHQ-28 en relación con la salud física y mental en estudiantes. (Tesis doctoral). Universidad de la Costa Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/3nY9Bd0>
- Gutiérrez, A., Urzúa, A., & Lay, S. (2020). El significado del bienestar desde la perspectiva de un pueblo originario andino. *Revista Científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados*, s.n(8), 60. doi: 10.14198/cuid.2020.58.06. Recuperado de <https://bit.ly/2YYgmBV>
- Hermida, C. (2013). *Suma Kawsay*. Ecuador. El telégrafo. Recuperado de <https://bit.ly/3nrs6q0>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México. McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de <https://bit.ly/3v0vEkb>
- Herrera, D. (2017). *Estadística con SPSS*. México, Cedicaped. Recuperado de <https://bit.ly/2QPiwjd>
- Iraurgi, I., Póo, M., & Márquez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78(10), 609-621. Recuperado de <https://bit.ly/3qIiiKe>
- Juárez, A. (2002). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en población de adolescentes escolarizados*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <https://bit.ly/3fiEN2o>
- Kohn., R., & Rodriguez, J. (2009), La salud mental de las poblaciones indígenas. Epidemiología de los trastornos mentales. *América Latina y el Caribe*, 5(632), 223. Recuperado de <https://bit.ly/3HpVZOL>
- Laso., A & Males, R. (2018). Calidad de vida del adulto mayor en el sector indígena. Estudio de caso. *Ecos de la academia*, 4(7), 115-122. Recuperado de <https://bit.ly/3wcNgKO>
- Lastra, R. (2000). Encuestas probabilísticas vs no probabilístico. *Política y cultura*, (13), 263-276. Recuperado de <https://bit.ly/3oIT3vI>

- Lawton, M. (1983). Environment and Other Determinants of Well-being an Older People. *The Gerontologist*, *s.n(3)*, 349-357. Recuperado de <https://bit.ly/3aimEyA>
- León, M. (2015). *Del discurso de la medición. Propuesta metodológica para medir el Buen Vivir en el Ecuador*. Quito. INEC. Recuperado de <https://bit.ly/3DvcV4q>
- Lugo, E., García, I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *24(22)*, 6. Recuperado de <https://bit.ly/2Th1gnR>
- Macas, L. (2010). Sumak Kawsay. La vida en plenitud. *Revista América Latina en Movimiento*, *s.n(4)*. 14-16. Recuperado de <https://bit.ly/3oH3A3h>
- Martín-Albo, J., Núñez., Navarro, G., & Grijalvo, F. (2009). Un modelo motivacional explicativo del bienestar psicológico en la universidad. *Revista Mexicana de Psicología*, *26(1)*, 41-16. Recuperado de <https://bit.ly/3dszH2o>
- Massa, R. (2010). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo de miocardio procedentes de Cartagena de Indias. *Revista Colombiana de Cardiología*, *17(2)*, 41-46. Recuperado de <https://bit.ly/3cSEY2e>
- Matalinares, L., Díaz, G., Raymundo, O., Baca, D., Uceda, J., & Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitario de Lima y Huancayo. *Revista Persona*, *s.n(9)*, 105-106. Recuperado de <https://bit.ly/3xaSSGt>
- Mayorga, D. (2021). *La salud mental y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la provincia de Tungurahua*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ambato. Recuperado de <https://bit.ly/30DVxwk>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, *s.n(3)*, 83-112. Recuperado de <https://bit.ly/30uOshc>
- Merino Zevallos, J. (2019). *Adaptación lingüística y baremación de la escala de bienestar psicológico de Ryff contexto de la población ecuatoriana*. (Tesis de grado). UCLA. Recuperado de <https://bit.ly/3nUBTF9>
- Ministerio de Salud Pública & Bienestar Social (2014). *Sepa cuáles son las características de una persona con buena salud mental*. Ecuador. MSP. Recuperado de <https://bit.ly/32rFQFS>
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Economía descriptiva II*. Ecuador. SINADI. Recuperado de <https://bit.ly/30zR1z4>

- Molix, L. & Bettencourt, A. (2010). Predicting Well-being Among Ethnic Minorities Psychological Empowerment and Group Identity. *Revis Journal of Applied Social Psychology, 40*(3), 513-533. Doi: 10.1111/jj.1559-1816.2010.00585. x. Recuperado de <https://bit.ly/3u988AG>
- Morocho, E. (2015). Estado actual de la salud mental en la población indígena de la provincia de Cañar. (Tesis de grado). Universidad de Azuay. Recuperado de <https://bit.ly/34guaKA>
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de las tesis teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. Papeles del Psicológico. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. 1*(3), 57. Recuperado de <https://bit.ly/313eBUq>
- Navascués, A., Calvo-Mendel, D., & Bombin, A. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Revista Acción Psicológica, 13*(2), 143-156. Recuperado de <https://bit.ly/3oH3xED>
- Ochoa, R., & Estrada, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública. *Revista de escenario para la salud pública desde la ciencia, 30*(2), 202-211. Recuperado de <https://bit.ly/3x4c5c9>
- Odón, G., Rodríguez, L., Ríos, P., Bezada, M., Mora, R., Montilla, A., & Vielma, D. (2012). *El proyecto de investigación*. (6ª edición). Venezuela. Republica. Epiesteme. Recuperado de <https://bit.ly/2RISHSj>
- Olivares, R., Martínez, R., Oquendo, B., & Crespo, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista VARONA, s.n*(6), 1-7. Recuperado de <https://bit.ly/3DnBPDb>
- Omar, A., Paris, L., Souza, M. Silva, S. & Peña, R. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestra de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Revista Suma Psicológica, 16*(2), 69-84). Recuperado de <https://bit.ly/3x104F0>
- Ordóñez, G., Mansilla, J., Nieto, E., Cereto, M. Salas, F., Vallejo Díaz, M., & Martínez, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el cuestionario de salud SF-36. *Anales de Medicina Interna, 2*(8), 30-35. Recuperado de <https://bit.ly/30XRX0n>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*. Washington. D.C. Recuperado de <https://bit.ly/3xaNFxN>

- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. doi: org/10.4067/S0717-95022017000100037. Recuperado de <https://bit.ly/3udPWpj>
- Ozcorta, E., Martínez, J. & García, C. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(1), 113-132. Recuperado de <https://bit.ly/3rcAL1R>
- Pacheco, G. (2003). Aspectos que configuran la salud mental. *Revista Biomédica Revisada por Pares*, 3(8), 9. doi: 10.5867/medwave.2003.08.2774. Recuperado de <https://bit.ly/3oGgJda>
- Quezada, N. (2014). *Estadística con SPSS 25*. Perú. Macro. Recuperado de <https://bit.ly/2QNd68b>
- Ramírez, G. (2014). *Salud mental y comunidades indígenas*. (Tesis de maestría). Universidad de Chile. Recuperado de <https://bit.ly/3kVNAts>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9-17. Recuperado de <https://bit.ly/32dQDXp>
- Ramos, D., Jariego, M., & Vidal, I. (2013). Programas de promoción de la salud en una comunidad nativa de Alaska. *Salud Uninorte*, 29(3), 89. Recuperado de <https://bit.ly/3HzBIGW>
- Ramos, M. Catena, A. & Trujillo, H. (2004). *Manual de métodos y técnicas de investigaciones en ciencias del comportamiento*. Madrid. Biblioteca Nueva S.L. Recuperado de <https://bit.ly/3kMN8NM>
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *Ciencia América*, 9(3), 1-6. doi: org/10.33210/ca.vv9i3.336. Recuperado de <https://bit.ly/349LQnv>
- Rangel, J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Revista Educere*, 14(9), 265-275. Recuperado de <https://bit.ly/3tBqhYg>
- Real Academia Española (2016). *Diccionario de la lengua española*. (23ª edición). España RAE. Recuperado de <https://bit.ly/3HO9Pvh>
- Restrepo, E. (2006). Promoción de la salud mental. Un marco para la formación y para la acción. *Revista ciencias de la salud*, 4(2), 186. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28416/9789275318973_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Mental*, 30(2), 208. Recuperado de <https://bit.ly/3kPnDvk>
- Rodríguez, A. & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción de conocimiento. *Revista EAN*, 2(8), 1-26. Recuperado de <https://bit.ly/2SY4n3T>
- Rodríguez, M., & Mendiverlso, F. (2018). Diseño de investigación de corte trasversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. doi: 10.26852/01234250.20. Recuperado de <https://bit.ly/3wtowgF>
- Rodríguez, Y. & Quiñones, A. (2013). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-17. Recuperado de <https://bit.ly/3qNuEk9>
- Rodríguez, Y. & Berrios, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 27-28. Recuperado de <https://bit.ly/3CEd8Br>
- Romera, C. (2010). *Calidad de vida*. Madrid. CF+S. Recuperado de <https://bit.ly/3mZINH8>
- Ruiz, E., & Luisa, F. (2012). Salud mental en tiempo de guerra. Una reflexión sobre la relación salud mental y el conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bobota. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 3(17), 20. Recuperado de <https://acortar.link/XLEHOs>
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know Thyself and Become what you are Eudaimonic Approach to Psychological Wellbeing. *Revist Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. Recuperado de <https://bit.ly/32qPI2x>
- Scarpeta, A., & Molano, K. (2017). *Percepciones la calida de vida relacionda con la salud en la poblacióndel cabildo indígena Coconuco en Causa Popayán*. (Tesis doctoral). Corporación Universitaria un minuto de Dios. Recuperado de <https://bit.ly/3kX1LhF>
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa. Consensos y diseños. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. Recuperado de <https://bit.ly/3oHNN4v>
- Schalock, R., Verdugo, A., & Braddock, D. (2002). *Handbook on Quality of Life of Human Service Practitioners*. Washington. American Association on Mental Retardation. Recuperado de <https://bit.ly/3sBpXXO>
- Smith, E. Nolen-Hoeksema, S. Fredickson, B. & Loftus, G. (2003). *Introducción a la psicología*, Madrid. Thomson. Recuperado de <https://bit.ly/3oHvBrS>

- Solano, A. (2009). El bienestar psicológico, cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72. Recuperado de <https://bit.ly/3FoY3VY>
- Sousa, V. Driessnack, M., & Mendes, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1 diseño de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(3), 502-507. Recuperado de <https://bit.ly/3FqxKP7>
- Úrsula, A. & Caqueo, A. (2009), Calidad de vida, revisión histórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 62. Recuperado de <https://bit.ly/3DscHuV>
- Urzúa, A., & Caqueo- Urizar, A. (2012). Calidad de vida. Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Recuperado de <https://bit.ly/3Cwl5bA>
- Valdés, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *Revista Doxa Cuadernos de Filosofía del Derecho*. 2(9), 69-89. doi: org/10.14198/doxa1991.9.03. Recuperado de <https://bit.ly/3qLFhnw>
- Valle, J., & Jiménez, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*, 31(1), 42-52). Recuperado de
- Vallejo, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 36-46. Recuperado de <https://bit.ly/3HxWBST>
- Vallejo, M., Rivera, J., Vives, J. Muñoz, M. & Grupo, I. (2014). El cuestionario general d salud GHQ-28 en pacientes con fibromialgia propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 105-110. Recuperado de <https://bit.ly/32rVUY4>
- Valverde, C. (2013). *Psicología positiva aplicada*. (2ª edición). España, Desclée de Brouwer S.A. Recuperado de <https://bit.ly/3xoUigx>
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud. Aportaciones desde la psicología positiva. *Revista Anuario de PADICOLGIS Clínica de la Salud*, s.n(5), 15-28. Recuperado de <https://bit.ly/3qVBJ22>
- Veenhoven, R. (2001). *Calidad de vida y felicidad no es exactamente lo mismo*. New York. Facultad de ciencias sociales Casilla. Recuperado de <https://bit.ly/3CCQVmV>
- Verdugo, M. & Schalock, R. (2013). Calidad de vida. En discapacidad e inclusión. *Manual para Docentes*, s.d., 443-461. Recuperado de <https://bit.ly/2Ojpb9a>
- Verdugo, M. (2009). Calidad de vida. En discapacidad e inclusión. *Manual para Docentes*, s.d., 443-461. Recuperado de <https://bit.ly/3HzBu2y>

- Verdugo, M. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental, dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77. Recuperado de <https://bit.ly/3svVPNy>
- Verdugo, V. (2012). Sustentabilidad y psicología positiva, Una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales. México. Editorial el Manual Moderno. Recuperado de <https://bit.ly/3m29Cde>
- Vielma Rangel, J. & Alonso, L. (2010), El estudio el bienestar psicológico subjetivo, Una breve revisión teórica, *Revista Educere*, sn(4), 265-275. Recuperado de <https://bit.ly/3HuEUnn>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana & Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español. Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 143-50. Recuperado de <https://bit.ly/3d2dJCu>
- Villa, I. Zuluaga, C. Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del cuestionario GHQ-28 aplicado en un establecimiento clínico de la ciudad de Medellín. *Revista Avances en psicología Latinoamericana*, 31(3), 56-55. Recuperado de <https://bit.ly/2ZxNINJ>
- Yáñez, S., & Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de nativo en Chile. *Salud y Sociedad*, 1(1), 51-70. Recuperado de <https://bit.ly/3y4rD0E>
- Willinford, B. (2018). Buen Vivir como política que desafía al neoliberalismo o consolida el poder del estado del Ecuador. *Revista de Investigación de Sistema Mundial*, 24(1), 96-1222. doi: org/10.5195/JWSR.2081.629. Recuperado de <https://bit.ly/32nlrlk>
- Zambrano, J. (2019). El estado actual de los niveles de salud mental de los estudiantes universitarios. (Tesis de posgrado). Universidad Católica de Santo Domingo. Recuperado de <https://bit.ly/3CPTkuQ>

ANEXOS

Anexo 1: Carta del Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / a:

Por medio de la presente, solicito su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2021. Esta investigación lleva por título: “Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en Personas Pertenecientes al Pueblo Chibuleo”.

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud Mental en pertenecientes al pueblo Chibuleo.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar unos cuestionarios, en las que se harán diversas preguntas referidas al bienestar psicológico, calidad de vida y salud mental. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los cuestionarios llevaran un código desde el inicio que reemplazara sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escriben reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted podría recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o podría dirigirla al director de esta investigación.

Nina Marcalla

Investigador Responsable

Firma investigado/a

C. C. _____

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. DATOS INFORMATIVOS

Edad	Sexo Masculino () Femenino ()	Estado civil Soltero/a () Casado/a () Divorciado () Viudo/a () Unión Libre ()
-------------	--	--

2. NIVEL DE EDUCACIÓN

Escuela ()	Colegio ()	Universidad ()
-------------	-------------	-----------------

3. ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Vive con:	Padres ()	Padre ()	Madre ()	Sola/a ()	Otros ()
------------------	------------	-----------	-----------	------------	-----------

4. ECONOMIA Y TRABAJO

Situación económica familiar:	Muy buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
--------------------------------------	---------------	-----------	-------------	----------

- **¿Recibe tratamiento psicológico?**

Sí () Diagnostico:	No ()
---------------------------	--------

- **¿Recibe tratamiento psiquiátrico?**

Sí () Diagnostico:	No ()
---------------------------	--------

- **¿Tiene antecedentes psicológicos personales?**

Sí () Diagnostico:	No ()
---------------------------	--------

Anexo 3: Escala del Bienestar Psicológico de Carol Ryff

ESCALA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF 29 ÍTEMS

INSTRUCCIONES

A continuación, le presentamos una serie de preguntas, lea cada pregunta de manera cuidadosa y coloque una señal (x) bajo el número de la columna con el que esté de acuerdo. Cada valor tiene un significado que se detalla a continuación:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6

N°	Ítems	1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento como ha resultado las cosas.						
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mí gusto.						
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16	Mis objetivos en la vida ha sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						

17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
25	Sé que puedo confiar en mis amigos y ellos saben que podrían confiar en mí.						
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiar.						

Anexo 4: Cuestionario de Calidad de Vida**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36 ÍTEMS****INSTRUCCIONES**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que se parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

- 1) **En general, usted diría que su salud es:**
 - a. Excelente
 - b. Muy buena
 - c. Buena
 - d. Regular
 - e. Mala
- 2) **¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hacer un año?**
 - a. Mucho mejor ahora que hace un año
 - b. Algo mejor ahora que hace un año
 - c. Más o menos igual que hace un año
 - d. Algo peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

- 3) **Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?**
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 4) **Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiración jugar los bolos o caminar más de una hora?**
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 5) **Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me imita nada
- 6) **Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 7) **Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 8) **Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 9) **Su salud mental, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 10) **Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada
- 11) **Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (uno 100 metros)?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, me limita nada
- 12) **Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita poco
 - c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias.

- 13) **Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**
- a. Sí
 - b. No
- 14) **Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**
- a. Sí
 - b. No
- 15) **Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?**
- a. Sí
 - b. No
- 16) **Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?**
- a. Sí
 - b. No
- 17) **Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**
- a. Sí

- b. No
- 18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de los que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
 - a. Sí
 - b. No
- 19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
 - a. Sí
 - b. No
- 20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos y otras personas?
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Regular
 - d. Bastante
 - e. Mucho
- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
 - a. No, ninguno
 - b. Sí, muy poco
 - c. Sí, un poco
 - d. Sí, moderado
 - e. Sí, mucho
 - f. Sí, muchísimo
- 22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Regular
 - d. Bastante
 - e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces

- e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 29) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 30) Durante las 4 últimas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 31) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces

- e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

- 33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 34) Esto tan sano como cualquiera.**
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 35) Creo que mi salud va a empeorar.**
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 36) Mi salud es excelente.**
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa

Anexo 5: Cuestionario de Salud General de Goldberg

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ 28 ÍTEMS

INDICACIONES

Recuerde que sólo debería responder con una (X) sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante contestar TODAS las preguntas.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
() Mejor que lo habitual	() No, en absoluto
() Igual que lo habitual	() No más que lo habitual
() Peor que lo habitual	() Bastante más que lo habitual
() Mucho peor que lo habitual	() Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente (medicamento)?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
() No, en absoluto	() No, en absoluto
() No más que lo habitual	() No más que lo habitual
() Bastante más que lo habitual	() Bastante más que lo habitual
() Mucho más que lo habitual	() Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
() No, en absoluto	() No, en absoluto
() No, más que lo habitual	() No más que lo habitual
() Bastante más que lo habitual	() Bastante más que lo habitual
() Mucho más que lo habitual	() Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
() No, en absoluto	() No, en absoluto
() No más que lo habitual	() No ms que lo habitual
() Bastante más que lo habitual	() Bastante más que lo habitual
() Mucho más que lo habitual	() Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
() No, en absoluto	() No, en absoluto
() No más que lo habitual	() No más que lo habitual
() Bastante más que lo habitual	() Bastante más que lo habitual
() Mucho más que lo habitual	() Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
() No, en absoluto	() No, en absoluto
() No más que lo habitual	() No más que lo habitual
() Bastante más que lo habitual	() Bastante más que lo habitual

<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pasado

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN