



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO
ENTRE PERSONAS DONANTES Y NO DONANTES DE SANGRE QUE
ACUDEN A LA CRUZ ROJA NÚNCLEO TUNGURAHUA

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

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

LESLY KATERINE ALVAREZ PAZUÑA

Director:

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, MS

Ambato- Ecuador

Septiembre – 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO
ENTRE PERSONAS DONANTES Y NO DONANTES DE SANGRE QUE
ACUDEN A LA CRUZ ROJA NÚNCLEO TUNGURAHUA

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

Álvarez Pazuña Lesly Katerine

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS.

f. _____

CALIFICADOR

Adriana Lorena León Tamayo, Psc. Cl. Mg.

f. _____

CALIFICADORA

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr

f. _____

CALIFICADOR

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg.

f. _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Septiembre 2015

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Lesly Katerine Álvarez Pazuña, portadora de la cédula de ciudadanía 050380724-0 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Lesly Katerine Álvarez Pazuña

CI 050380724-0

AGRADECIMIENTO

A la vida misma, que con sus sabores y sin sabores me mantienen viva, y por bendecirme con personas que tienen mi admiración y respeto porque me enseñaron lo valioso que es el regalo de estar en este mundo.

A Felipe, por su amor incondicional, su paciencia y por ser la persona más importante, quién es partícipe de este logro deseado; sin olvidarme que al compartir una misma profesión nos permitió ser más unidos, muchas gracias por formar parte de mi vida.

A los miembros de la Cruz Roja Ecuatoriana Junta Provincial Tungurahua, quienes participaron e hicieron posible este proyecto de investigación, muchas gracias por su apoyo y colaboración.

Al Ps. Cl. Rodrigo Moreta, quien formó parte de la elaboración de la investigación y que con su preocupación, motivación, constancia y presión se logró culminar este trabajo.

A mis profesores Lorena y Marlon, quienes demostraron su entrega, amor y vocación al impartir su conocimiento, razón para enamorarme más de mi profesión, a partir de la creatividad de su enseñanza, sobre todo resaltando la parte humana que nos corresponde por naturaleza.

A mis amigas Paula López, Jennifer Delgado, Cristina Escobar, Andrea Jaramillo e Ivette Fierro, todas con su estilo, su locura, sus ideas, sus consejos sabios de la edad y sus rasgos mentales hicieron que la amistad sea duradera.

DEDICATORIA

Este trabajo va dirigido a mis padres y abuelos maternos quienes estuvieron siempre a mi lado y que desde muy pequeña me enseñaron el valor del esfuerzo, la dedicación y la perseverancia. Sin olvidarme del amor infinito que me tienen y que hoy se refleja en este logro trascendental en mi vida.

A mis hermanos Esteban y Pedro, quienes son los más pequeños de la casa y que a pesar de las peleas, las lágrimas y las risas estamos juntos y predispuestos para apoyarnos en todo momento.

Y a todas las personas que me brindaron su apoyo, su tiempo y sobre todo supieron contagiarme de buena energía para ser de esto mi realidad presente y futura.

RESUMEN

La presente investigación es un análisis comparativo del grado de bienestar psicológico entre personas donantes y no donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja Núcleo de Tungurahua. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo, exploratorio, comparado, de corte transversal entre dos grupos equivalentes. Se trabajó con una muestra de 62 participantes de la Junta Provincial de la Cruz Roja de Tungurahua, los mismos que fueron divididos en dos grupos equivalentes (31 por grupo) y evaluados entre los meses de Enero-Febrero del año 2015. Se aplicó a todas los participantes que formaron parte de la investigación la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff más una ficha ad hoc de datos sociodemográficos, que incluyen: salud física y mental, riesgos, factores psicosociales y ocio para identificar la existencia o no de diferencias entre los grupos. Los datos mostraron que las personas que presentaron el hábito de donación voluntaria obtuvieron puntajes más altos en dos sub-dimensiones del Bienestar Psicológico (autoaceptación y propósito en la vida) con respecto al de no donantes. La evaluación a través de la ficha ad hoc, mostró diferencias en la variable salud física y mental, por tanto se evidenció el hecho de que los donantes reciben menos tratamientos médicos y psicológicos por poseer mejor salud en estos aspectos en comparación con los no donantes, además de un mayor nivel de adaptación. Los resultados apuntan a desarrollar estrategias que permitan estimular el incremento de voluntarios donantes de sangre.

Palabras clave: bienestar psicológico, donación, voluntarismo, salud mental.

ABSTRACT

This research is a comparative analysis of the degree of psychological well-being among blood donors and the ones that are treated at Tungurahua Red Cross. For which descriptive, exploratory, comparative, cross-cutting studies between two equivalent groups were performed. A sample 62 participants was taken from the Provincial Red Cross Board of Tungurahua that was divided into two equal groups (31 per group) and evaluated between January and February 2015. All participants who took part in this research were assessed with the Ryff's psychological well-being scale, plus an adhoc sociodemographic record data that includes physical and mental health, risks, psychosocial factors and leisure was applied to identify if these are differences between groups. The information showed that people who had the habit of voluntary donation had a higher scoring in two sub-dimensions of psychological well-being (self-acceptance and purpose in life) comparing with non-donors. The evaluation through the adhoc analysis showed differences between physical and mental health variables, therefore, it is clear that donors have fewer medical and psychological treatments because they are health in these areas compared with non-donors besides a higher level of adaptation. Findings point out a development of strategies to stimulate the increase of blood donors volunteers.

Keywords: psychological, donation, volunteerism, mental health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
PRELIMINARES	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
GRÁFICOS	xiii
CUADROS.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.Situación Problemática y Contextualización.....	1
1.1.Análisis de la Realidad de Donación de Sangre	1
1.2.Antecedentes Investigativos	3
1.3.Justificación	5
CAPÍTULO II.....	6

2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. LOS SERES HUMANOS CON CALIDAD INTEGRAL.....	6
2.1.1. Introducción.....	6
2.1.2. La Calidad de Vida y la Salud Física y Mental.....	7
2.1.3. El Aporte de la Salud Mental a la Calidad de Vida.....	9
2.1.4. Condiciones Endógenas y Exógenas de la Calidad de Vida.....	9
2.2. La Psicología Positiva y el Bienestar Psicológico.....	14
2.2.1. Introducción.....	14
2.2.2. La Vida Plena.....	16
2.2.3. El Bienestar y la Felicidad.....	18
2.2.4. Modelos Teóricos Explicativos del Bienestar.....	21
2.2.5. El Bienestar Subjetivo.....	22
2.2.6. El Bienestar Psicológico.....	24
2.2.7. Las Condiciones Sociodemográficas en el Bienestar Psicológico.....	26
2.2.8. Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff.....	27
2.2.8.1. Escalas de medición del Bienestar Psicológico de Ryff.....	29
2.3. EL VOLUNTARIADO Y LA DONACIÓN DE SANGRE.....	34
2.3.1. El voluntariado.....	34
2.3.1.1. Aproximaciones Conceptuales.....	34
2.3.1.2. Características del Voluntariado.....	35
2.3.1.3. El Acto Altruista en el Voluntario.....	37
2.3.1.4. Características para Elevar el Acto Altruista.....	38
2.4. LA DONACIÓN DE SANGRE.....	38
2.4.1. El Donante de Sangre.....	40
2.4.2. Indicadores Psicológicos del Donante de Sangre.....	41
CAPÍTULO III.....	45
3. MARCO METODOLÓGICO.....	45

3.1.Problema de Investigación	45
3.2.Paradigma de Investigación.....	47
3.3.Tipo de Estudio de Investigación.....	47
3.4.Hipótesis de Trabajo	49
3.4.1. Hipótesis de Trabajo 1	49
3.4.2. Hipótesis de Trabajo 2	49
3.5.Objetivos.....	49
3.5.1. Objetivo General.....	49
3.5.2. Objetivos Específicos.....	49
3.6.Variables e indicadores del Bienestar Psicológico	50
3.6.1. Variables Sociodemográficas	50
3.6.2. Variable de Características Laborales.....	50
3.6.3. Variables de Salud Física y Mental	50
3.6.4. Variables de Factores Psicosociales y de Ocio	51
3.6.5. Variables de Conductas Riesgo	51
3.6.6. Variables del Bienestar Psicológico	52
3.6.7. Instrumentos	52
3.7.Análisis de Población y Muestra	53
3.8.Procedimiento Metodológico	54
CAPÍTULO IV	55
4.ANÁLISIS DE DATOS	55
4.1.Resultados.....	55
4.1.1. Análisis de Datos Sociodemográficos	55
4.2.Análisis Descriptivos de las Características Laborales	61
4.2.1. Análisis Descriptivo de las Características de Calidad de Vida.....	65

4.3. Análisis de los Factores Psicosociales entre los Grupos de Estudio.....	73
4.4. Análisis de las Conductas y Hábitos de Riesgo y Protección.....	86
4.5. Análisis Descriptivo del Bienestar Psicológico	97
4.6. Análisis de diferencias entre los grupos de donantes y no donantes con respecto al BP.....	99
4.7. Perfiles Psicológicos	102
CAPÍTULO V	107
5. DISCUSION, ANALISIS Y VALIDACION DE RESULTADOS.....	107
5.1. Comprobación de Hipótesis.....	107
5.1.1. Introducción.....	107
5.1.2. Hipótesis de trabajo 1.....	107
5.1.3. Hipótesis de trabajo 2.....	108
5.2. Variables para Comprobar la Hipótesis	108
5.3. Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis	108
5.4. Resultados.....	108
5.5. Comprobación de Hipótesis.....	111
CAPÍTULO VI	112
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
6.1. Conclusiones.....	112
6.2. Recomendaciones	115
BIBLIOGRAFÍA	117

ANEXOS.....	128
Anexo 1: Cuestionario de Evaluación	128
Anexo 2: Afiche.....	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Distribución por sexo de los grupos de donantes y no donantes de sangre.....	57
Gráfico 4.2: Distribución por escolaridad culminada de los grupos de donantes y no donantes de sangre.	58
Gráfico 4.3: Distribución por sector domiciliario de los grupos de donantes y no donantes de sangre.	59
Gráfico 4.4: Representación gráfica de la distribución de participantes según el estado civil, tanto del grupo donantes y del grupo no donantes de sangre.	60
Gráfico 4.5: Distribución de los participantes en consideración de las cargas familiares, del grupo donantes como del grupo no donantes de sangre.....	61
Gráfico 4.6: Representación gráfica de la distribución de los participantes en consideración de la situación económica de los grupos donantes y no donantes de sangre.	63
Gráfico 4.7: Representación gráfica de la distribución de los participantes por nivel de satisfacción laboral de los grupos donantes y no donantes de sangre.	64
Gráfico 4.8: Representación gráfica de la distribución de los participantes por tipo de actividad laboral de los grupos donantes y no donantes de sangre.....	65
Gráfico 4.9: Representación gráfica de la distribución de los participantes por nivel de estado de salud física de los grupos donantes y no donantes de sangre.	67
Gráfico 4.10: Representación gráfica de la distribución de los participantes en tratamiento médico de los grupos donantes y no donantes de sangre.	68

Gráfico 4.11: Representación gráfica de la distribución de los participantes en estado de salud mental de los grupos donantes y no donantes de sangre.	69
Gráfico 4.12: Representación gráfica de la distribución de los participantes en tratamiento psiquiátrico de los grupos donantes y no donantes de sangre.	70
Gráfico 4.13: Representación gráfica de la distribución de los participantes en actividad física de los grupos donantes y no donantes de sangre.	71
Gráfico 4.14: Representación gráfica de la distribución de los participantes en antecedentes psicológicos individuales de los grupos donantes y no donantes de sangre.	72
Gráfico 4.15: Representación gráfica de la distribución de los participantes en antecedentes psicológicos familiares de los grupos donantes y no donantes de sangre.	73
Gráfico 4.16: Representación gráfica de la comparación del temperamento de los grupos donantes y no donantes de sangre.	75
Gráfico 4.17: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos donantes y no donantes de sangre.	78
Gráfico 4.18: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos donantes y no donantes de sangre.	82
Gráfico 4.19: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos donantes y no donantes de sangre.	86
Gráfico 4.20: Representación gráfica de las sub-dimensiones de los grupos donantes y no donantes.	98
Gráfico 4.21: Representación gráfica de las diferencia del los componentes del bienestar psicológico de los grupos donantes y no donantes de sangre.	101

Gráfico 4.22: Representación gráfica del perfil del bienestar psicológico del grupo de donantes de sangre 105

Gráfico 4.23: Representación gráfica del perfil del no donante de sangre. 106

CUADROS

Cuadro 2.1: Condiciones exógenas de la calidad de vida 13

Cuadro 2.2: Abordaje clásico versus abordaje de la psicología positiva 15

Cuadro 2.4: Componentes del bienestar 23

Cuadro 2.5: Autoaceptación 30

Cuadro 2.6: Relaciones positivas con otros 30

Cuadro 2.7: Autonomía 31

Cuadro 2.8: Dominio del ambiente 32

Cuadro 2.9: Propósito en la vida 32

Cuadro 2.10: Crecimiento personal 33

Cuadro 2.11: Proceso de donación de sangre 39

Cuadro 2.12: Tipos de donantes 41

Cuadro 4.1: Análisis descriptivos de las características socio-demográficas 56

Cuadro 4.2: Análisis descriptivos de las características laborales 62

Cuadro 4.3: Análisis descriptivos de las características de calidad de vida 66

Cuadro 4.5: Comparación de la expresión emocional entre los grupos donantes y no donantes.....	75
Cuadro 4.6: Comparación de la visión del mundo entre los grupos donantes y no donantes.....	76
Cuadro 4.7: Comparación de límites entre los grupos donantes y no donantes	77
Cuadro 4.8: Comparación de experiencias de vida entre los grupos donantes y no donantes.....	78
Cuadro 4.9: Comparación de expectativas entre los grupos donantes y no donantes.....	79
Cuadro 4.10: Comparación del clima familiar entre los grupos donantes y no donantes.....	80
Cuadro 4.11: Comparación del subsistema parento-filial entre los grupos donantes y no donantes.....	81
Cuadro 4.12: Comparación de vinculación temprana entre los grupos donantes y no donantes.....	81
Cuadro 4.13: Comparación del subsistema conyugal entre los grupos donantes y no donantes.....	83
Cuadro 4.14: Comparación de relaciones interpersonales entre los grupos donantes y no donantes.....	83
Cuadro 4.15: Comparación de relaciones grupales entre los grupos donantes y no donantes.....	84
Cuadro 4.16: Comparación de oportunidades de vida entre los grupos donantes y no donantes.....	85

Cuadro 4.17: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al horario de alimentación.....	87
Cuadro 4.18: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la calidad de alimentación.....	87
Cuadro 4.19: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al sueño..	88
Cuadro 4.20: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la velocidad de conducción	89
Cuadro 4.21: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al conducir bajo los efectos de alcohol.....	89
Cuadro 4.23: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al caminar por la calle	91
Cuadro 4.24: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto de relaciones sexuales.....	92
Cuadro 4.25: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al uso de preservativos.....	93
Cuadro 4.26: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al uso de medicamentos	93
Cuadro 4.27: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al tratamiento médico	94
Cuadro 4.28: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al autocontrol en relaciones interpersonales	95
Cuadro 4.29: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la puntualidad en eventos y actividades.....	95

Cuadro 4.30: Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la actividad física.....	96
Cuadro 4.31: Análisis estadístico descriptivo de los componentes del bp.....	97
Cuadro 4.32: Análisis de diferencias entre el grupo de donantes y el grupo de no donantes.....	99
Cuadro 5.1: Análisis estadístico descriptivo de los componentes del bp	109
Cuadro 5.2: Análisis de diferencias entre el grupo de donantes y el grupo de no donantes.....	110

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Situación Problemática y Contextualización

1.1. Análisis de la Realidad de Donación de Sangre

Se estima que anualmente se requiere de más de cien mil unidades sanguíneas en el país. El Banco de Sangre de la Cruz Roja Junta Provincial Tungurahua cubre con 2500 productos sanguíneos al mes, que se distribuye a 5 provincias del Ecuador. En la actualidad existe una demanda continua de productos derivados de la sangre, por parte de los centros de atención médica y una cantidad de participantes que no logra satisfacer esta demanda. Con respecto al tema de la donación de sangre en el Ecuador, el problema surge cuando se requiere de personas voluntarias y que donen sangre. El abastecimiento de los productos sanguíneos en gran medida se da gracias a la colaboración de voluntarios que se encuentran en condiciones de buena salud y que les permite convertirse en donantes frecuentes de sangre.

Dada esta situación, cada vez se requiere una mayor cantidad de donantes de sangre para cubrir las necesidades actuales. Al momento existe una escasa participación de la población relativamente sana que desee convertirse en donante de sangre. Esta poca participación se puede deber a la falta de información con respecto a esta

situación, a los mitos en torno al contagio y problemas físicos consecuentes, entre otros y que perduran en el tiempo por falta de una educación adecuada al respecto.

Desde el punto de vista social se puede interpretar que este fenómeno mencionado nos ubica ante una sociedad que muestra falta de solidaridad, cooperación a más de indiferencia social. Se puede pensar que hay ciudadanos que solo velan por su bienestar individual y no por el de la comunidad, que no necesita de los otros, y muestra un grado de comodidad que lo inmoviliza frente a la posibilidad de brindar salud al enfermo.

Al parecer, de las observaciones realizadas, los donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja del Ecuador, núcleo de Tungurahua, muestran características psicológicas positivas en torno a la práctica de la donación y el voluntarismo. Estudios muestran que los elementos psíquicos positivos (fortalezas y emociones positivas) como el bienestar psicológico, se hallan asociadas con la longevidad, y la mejora de la salud física (Vásquez, Hervaz, Rahona, y Gómez, 2009). ¿Será que existe una presencia notoria de bienestar psicológico en ellas?, ¿Existirán diferencias del bienestar psicológico entre éstas las personas que participan del voluntarismo y de aquellas que no lo hacen?

Se debe considerar que el bienestar psicológico es un criterio psíquico subjetivo de la persona, que se debe a la interacción de las experiencias personales, a los afectos y las cogniciones que se refleja en el desarrollo personal, al grado de satisfacción y que está conectada a las emociones positivas o negativas, “entendiéndose desde una perspectiva hedónica” (Vásquez C. , 2009a). Esto puede tener sentido en las

personas que practican el voluntarismo de donación de sangre y de hecho el estudio e intervención de éstas áreas por parte de la psicología pueden ayudar a motivar a la población sana no donante a integrarse en esta práctica, siendo todo esto uno de los motivos para abordar la presente investigación.

1.2. Antecedentes Investigativos

Los estudios relacionados con el bienestar, han generado dos conceptualizaciones. La primera, considera que el bienestar psicológico es subjetivo, que incluye el grado de satisfacción que tiene el sujeto con la vida, basada en experiencias vivenciales, con un nivel de felicidad y estabilidad con situaciones que causen placer o displacer (Véliz, 2012). Como indican Diener y Lucas (1999), haciendo énfasis en cuanto a las ideas que hay sobre satisfacción con la vida y el estado emocional con sus variantes, tanto en intensidad como en el nivel de sensación, agradable o desagradable. Y la segunda conceptualización, se ha definido como el Bienestar Psicológico (BP), concepto que según Ryan y Deci (2001) se encarga del análisis del desarrollo de los factores que estimulan el crecimiento emocional y mental del ser humano, y de esta manera la formación de un vínculo más eficiente con el entorno en actividades placenteras (Bilbao, 2008). Uno de los trabajos más difundidos en varios contextos es el elaborado por Ryff (1995), que plantea una estructura de seis factores propios del bienestar, obtenidos mediante análisis factoriales exploratorias y confirmatorios, y en diversas versiones de distinta longitud de las escalas de Ryff.

En la Investigación realizada por Ballesteros y otros (2006), en la que se realizó una encuesta sobre el Bienestar Psicológico de 11 preguntas a un total de 138 personas,

entre 8 y 56 años de edad, pertenecientes al grupo de consultantes del Centro de Atención Psicológica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Tras la realización de dos aplicaciones, se arrojaron los siguientes resultados: en la primera aplicación de la encuesta, apareció una predisposición al relacionar el Bienestar Psicológico con un estado de ausencia de problemas, indicando una posición no acorde a la realidad de las circunstancias vitales, especialmente en un contexto como el de Colombia, lo cual estaría en la línea de Ryan y Deci (2001). Mientras que los resultados de la segunda aplicación se determina que las personas que fueron investigadas, existió un grado de reconocimiento de los problemas y circunstancias de riesgo, pero con una ganancia secundaria que es el de poder afrontarlos.

Una recopilación de varios estudios realizados por Vásquez y otros (2009), sobre el Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Concluyeron que el optimismo parece prevenir enfermedades en dos sistemas: el respiratorio y el cardíaco. En un estudio prospectivo de 8 años de duración realizado por Kubzansky y otros (2002) examinaron los efectos del optimismo sobre la función pulmonar en un grupo de 760 hombres entre 45 y 89 años de edad: con una actitud más optimista tenían mejor función pulmonar, independientemente del consumo de tabaco. Continuando con un seguimiento de diez años, los optimistas presentaron la mitad de riesgo de padecer una enfermedad coronaria respecto a aquellos con altos niveles de pesimismo (Kubzansky, et al., 2001)

1.3. Justificación

Este proyecto de investigación pretende ampliar el tema del Bienestar Psicológico, en el que según Castro (2002) refiere que “el estudio del bienestar debe tomar en cuenta la aceptación de sí mismo, un sentido de propósito o significado vital, el sentido de crecimiento personal o compromiso y el establecimiento de buenos vínculos personales” (p. 47), en la que incluye los afectos a partir de las experiencias vividas. Lo cual puede ser conocido como felicidad. Además es un tema poco estudiado (en especial en nuestro medio) y a la vez hay varias discusiones en las que interviene la subjetividad, la razón y el motivo propicio para contribuir con datos de nuestro medio y la forma de entender un tema tan trascendental en la vida.

La investigación está relacionada con la psicología, ya que es una ciencia que estudia el comportamiento humano. En el mismo se considera que en la vida práctica se vivencia las problemáticas cotidianas, sin embargo uno de los objetivos de la psicología es el implementar conductas saludables y que ayuden a mantener un bienestar integral. Sobre todo porque se busca la estabilidad, el autoconocimiento, la aceptación y el cambio.

En cuanto a la factibilidad del desarrollo de la investigación, existen un sin número de respaldos escritos publicados en la red. Para lo cual se pretende recopilar datos en los que se pueda realizar una comparación, la misma que permita conocer los avances que contribuyen en la elaboración del proyecto de investigación, con nuevas pautas al conocimiento, para tomar criterios que permitan una mejor comprensión del tema.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 . LOS SERES HUMANOS CON CALIDAD INTEGRAL

2.1.1. Introducción

La subjetividad de cada individuo interviene en la Calidad de Vida (CV) que está vigente, término que se utilizó en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. La calidad de vida se la consideró como una forma de entender y conocer la perspectiva individual en cuanto a la vida que llevaban y la estabilidad económica (Campbell, 1981; Meeberg, 1993), en definitiva es un aspecto a evaluar de manera personal. Sin embargo a través de varias evaluaciones, los mismos pudieron comprender el mundo dinámico y diferente de cada persona a partir de la indagación.

La forma de evaluación personal en este aspecto durante la época de los sesenta permitió que los científicos sociales comenzaran a investigar la calidad de vida “a partir de la recolección de datos, a nivel socioeconómico, educativo o vivienda siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes” (Bognar, 2005, p. 561); puesto que sólo eran capaces de explicar un 15% de varianza en la calidad de vida individual.

Sin embargo, el bienestar está implícito en muchos aspectos de la vida. Por lo que varios psicólogos realizaron mediciones subjetivas. Resultados que demostraron porcentajes de cambio de variable en la calidad de vida de las personas. A la vez aparecieron ciertos indicadores de carácter psicológico como la felicidad y la satisfacción en la que incluso llegaron a explicar más del 50% de varianza (Campbell y Rodgers, 1976; Haas, 1999), lo que constituye una de las características de satisfacción en término medio.

Pero para las personas lo más importante, es sentirse felices y satisfechas. Motivo que les impulsa a mantener una percepción acertada o no en base a la condición física. En la que las emociones son las que rigen al momento de evaluar las condiciones personales. Por lo que para muchos investigadores el concepto de calidad de vida se basa en la salud, razón por la que está ligada al bienestar individual, a partir de la subjetividad y nivel de satisfacción con la vida (Smith, Avis, y Assman, 1999); en la que considera que la percepción personal influye en todos los aspectos que forman parte de la vida y es fructífero para sí mismo al momento de valorar la existencia.

2.1.2. La Calidad de Vida y la Salud Física y Mental

Habitualmente asumimos que la necesidad humana, es estar y sentirse bien, razón por la cual la salud se encuentra inmersa y relacionada a la vez con la calidad de vida. Se contempla un mayor entendimiento a cerca de la calidad de vida entendida como:

Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003, p. 163).

El entender si se está saludable o no, depende de la percepción de todos los aspectos de la vida de la persona a nivel objetivo y subjetivo. En este aspecto Venenhoven (1996) hace referencia a que la satisfacción de vida o satisfacción vital corresponde a la calificación individual y global de la misma y que tan bien se la siente con el propio recorrido. Sin olvidar que la situación que atraviesa en un ambiente específico combinado con la percepción del sujeto es la que determina la calidad propiamente dicha (Patrick, Edwards, Topolski y Walwick, 2002). En efecto, el ser humano determina su condición, expectativa y logro.

Por otra parte dada que la salud es fundamental en el desarrollo de la calidad de vida, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS): “[...] Un estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2001, p. 1), que muestra que la salud y la calidad de vida se complementan, tanto en los logros personales, la sensación del deber cumplido así como el estar satisfactoriamente bien con la vida misma.

2.1.3. El Aporte de la Salud Mental a la Calidad de Vida

La rutina diaria hace que adopten cierto tiempo de comportamiento con las situaciones que puedan o no resolver, una vez que se creen hábitos de reacción de acuerdo al entorno. Por lo que, el concepto de salud mental corresponde a “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2001a, p.1), que en definitiva incumbe al desarrollo de aptitudes y comportamientos individuales que beneficien su mejor relación con el entorno, a partir del estado de salud mental que engloba varios factores como la percepción del individuo, los recursos personales, la salud física, la espiritualidad, la actitud positiva, los valores y la realización de los objetivos y consecuentemente forme parte de la calidad de vida.

2.1.4. Condiciones Endógenas y Exógenas de la Calidad de Vida

A cerca de las condiciones de la calidad de vida se refiere al nivel de vida que lleva con respecto a si es apetecida o no, a partir de componentes externos e internos relacionado con la percepción, sentimientos, circunstancias y reacciones que tenga la persona. Para lo cual Ferris (2006) menciona que en términos socio-demográficos de una sociedad y la estructura misma proporcionan condiciones adaptativas al medio. De tal forma que la calidad de vida se da por dos fuentes: a) las endógenas y b) las exógenas. Las endógenas corresponden a la forma de reacción a nivel mental, emocional y psicológico ante las circunstancias. En cambio las condiciones exógenas se refieren a los aspectos de mantenimiento del individuo.

- a) Condiciones endógenas de la Calidad de Vida, son aquellas que forman parte de la reacción interna frente al medio en el que vive, la persona incorpora un comportamiento específico. Dicho en otras palabras ‘un patrón de comportamiento’ a lo que se denomina personalidad. Por lo que es una parte interna y profunda de cada ser humano, la misma que tiene una dinámica específica con la salud y el riesgo, y en la que representa diversos comportamientos, razón por la que Moreno – Jiménez, Hernández, y Gálvez Herrer, (1997) mencionan que:

Las conductas de riesgo o las conductas saludables serían específicamente expresión y manifestación de la personalidad, de su estructura y de sus procesos. Desde esta perspectiva, las variables de personalidad estarían en el origen de la práctica del ejercicio físico o del sedentarismo, de la alimentación saludable o de sus excesos, de conductas de riesgo como fumar y beber en exceso o de conductas saludables, de acciones inseguras en los contextos laborales o de prácticas seguras en el trabajo (p. 3).

Para lo cual, se considera que la formación de hábitos desde un inicio (infancia) influye en la adecuación de la personalidad, razones obvias para determinar un patrón de comportamiento en base al desenvolvimiento en el entorno. Además se debe tomar en cuenta que el ser humano es integral y está distribuido en varios escenarios como las instituciones educativas, laborales, deportivas, de voluntariado, de arte y cultura, religiosas, y además de los lugares de diversión y otros. Para lo cual se considera que estos ambientes permiten al individuo desenvolverse o no de manera adecuada. Dado que pone en consideración la evaluación consigo mismo siendo lo más importante realizar o dejar de hacer, otorgando prioridad en jerarquía.

Otro de los aspectos a considerar es la visión que tenga el sujeto, pasado, presente y futuro, a partir de la perspectiva, las emociones y las cogniciones en la que se integra comportamientos que indican salud o no. De tal forma, la persona está compuesta de varios aspectos a considerar en la que Moreno y otros (2015) dicen:

Mientras algunas disposiciones, como los sesgos de optimismo irreales y los mecanismos automáticos negativos estarían relacionados con las conductas de riesgo, otras variables positivas de la personalidad, como las competencias emocionales, las cogniciones positivas, las variables positivas de personalidad como fortaleza, alta autoestima, sentido de autoeficacia y la concepción de la vida dentro de un sentido general de coherencia estarían en el origen de las conductas saludables (pp. 3 - 4).

Entonces, la constante para que exista un sostenimiento de la personalidad, es la perspectiva positiva en cuanto a los afectos y cogniciones. Que enmascara cuestiones mucho más profundas del ser humano. El tener amor propio, la rapidez de logro de metas y el significado de vida determinan el comportamiento de salud. Elementos que son indispensables para entender razones poderosas de lo que es el cuidado general de una persona.

Tampoco se debe olvidar que las creencias forman parte de las cogniciones con el fin de entrelazar la vida espiritual que incluye la perspectiva profunda, y que el alma es una parte del ser humano que no debe ser oculto de experiencias, Antonovsky (1990) menciona que:

En estudios con supervivientes del Holocausto nazi tras la Segunda Guerra Mundial, encontró que las personas que decían poseer un claro sentido de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales soportaban mejor los

momentos traumáticos. Esta orientación global tiene presentes tres conceptos relativos a la experiencia de control que plantea: comprensibilidad, manejabilidad y significación (p. 3).

El componente esencial de afrontamiento en circunstancias es la idea de creer en algo que permita sobrellevar el problema o situación. Sin desmerecer el hecho de que la parte espiritual sea omnipresente. En el que para las personas es importante creer y tener una fuerza interna que le ayude a compensar o tener alguna esperanza de que todo esté bien. En la medida que sepa comprender, manejar la situación y hallar un aprendizaje y sentido de lo que es la experiencia. Por lo que la evaluación profunda que realiza el ser humano de la calidad de vida corresponde al gusto que tiene o no con la vida.

- b) Condiciones exógenas, son aquellas que forman parte de la estructura social, dicho en otros términos son características socio-demográficas, factores psicosociales, cultura y tradición. En la que se incluye la institución en el que desarrolle su actuación en el ámbito social (Ver cuadro 2.1).

Cuadro 2.1:**Condiciones exógenas de la Calidad de Vida**

-
- La distribución por edad y sexo de la población en la comunidad
 - Las variaciones en la estructura social de las comunidades, que afectan las oportunidades de participación, y por ende, de satisfacción de los sujetos.
 - La interacción individual de cada sujeto en su comunidad se encuentra condicionada por la vitalidad institucional de la comunidad, entendiéndose por vitalidad el nivel de actividad entre las instituciones, como la frecuencia de reunión de sus miembros, en las actividades, etcétera.
 - Las instituciones son las fuentes de los valores.
 - La estructura social no es estática sino que cambia en relación con la dinámica demográfica, los cambios culturales, las influencias económicas, los desastres naturales, etcétera.
 - Las personas que son miembros de instituciones religiosas interpretan de diferente forma el significado de la vida, basándose en la fe, la tradición y/o el dogma; existen estudios que muestran que la participación religiosa se encuentra asociada a la felicidad y a la satisfacción (Ferris, 2002a)
 - Los ingresos económicos no determinan pero contribuyen a la calidad de vida (Diener & Biswas-Diner, 2008a)
 - El crecimiento económico de las instituciones correlaciona positivamente con la calidad de vida (Ferris, 2006)
 - El empoderamiento comunitario, la reducción de la exclusión social, el incremento de la seguridad socio-económica facilitan el logro de la calidad en términos de sociedad; de allí que la calidad de vida pueda crecer en una comunidad a partir de los efectos de la estructura social.
 - Las intervenciones profesionales para el incremento de la calidad de vida han de ser diseñadas para impactar en un/os dominio/os específico/s, dado que la intervención en un dominio puede no impactar directamente en otro (Ferris, 2001)
-

Fuente: Ferris, the domains of quality of life (Citado en Castro 2010)

La calidad de vida se relaciona con el aporte que se realiza en el entorno, las condiciones propias del ambiente, lo que incluye los factores externos e internos. Es decir, se materializa en las condiciones socio-afectivas y ambas se evalúan a través de la percepción de las vivencias adquiridas para determinar la satisfacción con la vida, el bienestar y la felicidad.

2.2. La Psicología Positiva y el Bienestar Psicológico

2.2.1. Introducción

La Psicología Positiva (PP) explota las circunstancias como una forma de incluirse en la vida, aunque el estar ausente en el momento se pierde la experiencia que puede enriquecer la manera de percepción del mundo. Conformado por colores que atraviesan por la mirada reflejada con la sensación de movimiento, textura, sonido, sabor y suspiros que son parte de la vida, la misma que se halla vinculada con el bienestar psicológico para lo cual mencionan Ryan y Deci (2001) que es un: “[...] concepto que sitúan en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor” (p.10) , es decir que los colores de la vida son parte de la existencia propia, dando una forma especial en la existencia personal.

La Psicología Positiva se centra en las fortalezas del sujeto, sin embargo no niega la parte mala o negativa del ser humano. En vista de que el abordaje es diferente, se lo considera como una complementariedad de los enfoques. Razón, que se justifica el evitar tocar temas de sufrimiento, aunque se a trabaja a partir de estos, pero sin mencionarlos (Ver cuadro 2.2).

Cuadro 2.2:

Abordaje Clásico Versus Abordaje de la Psicología Positiva

Áreas de la Psicología	Abordaje Clásico en Psicología	Abordaje Propuesto por PP
Evaluación y Diagnóstico	Se evalúan los trastornos psicológicos, los rasgos de la personalidad patológicos, las áreas problemas a trabajar, los conflictos, los síntomas.	Se evalúan los aspectos adaptativos, el potencial de las personas, las fortalezas, el bienestar psicológico, los recursos, la creatividad.
Área Clínica	Se trata de aliviar o mejorar los síntomas, esclarecer los conflictos. Se aconseja sobre situaciones problema. Se elimina lo "negativo".	Se trabaja sobre los rasgos positivos y el cultivo sobre las fortalezas. El cambio positivo se logra aumentando las capacidades resilientes del paciente, la frecuencia de emociones positivas, el significado del sentido de la vida, la realización de actividades intencionales para aumentar el bienestar.
Área Laboral	Se identifican problemas y se ponen en marcha estrategias dirigidas a la mejora del déficit: la insatisfacción laboral, el bajo rendimiento, la baja motivación, el poco compromiso, el estrés laboral, el ausentismo.	Se trabaja sobre la potenciación de las virtudes organizacionales, el incremento del bienestar laboral por sobre el dinero o la productividad, el capital psicológico de los miembros de la organización.
Área Educativa	Se identifican factores que obstaculizan o inhiben el proceso de aprendizaje. Se realizan intervenciones psicopedagógicas para rehabilitar el déficit. Se orienta a los padres sobre aspectos conflictivos de los niños y adolescentes. Se realizan tareas de orientación vocacional.	Se trabaja sobre las fortalezas personales y como se aplican a diferentes contextos para fortalecer los estados de <i>flow</i> (estados plenos de felicidad). Se entrenan las capacidades meta-cognitivas, la motivación, la inteligencia emocional y la práctica.

Fuente: (Castro, Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva, 2010, p. 20)

La psicología positiva, se encarga del funcionamiento óptimo de la psique y no del malestar mental, como el sufrimiento, en cambio la psicología clásica se enfoca mucho más en aspectos patológicos. El enfocarse en lo funcional permite la aplicabilidad a nivel institucional o manejo de grupos, centrado en las fortalezas de los sujetos. A la vez la psicología positiva permite entender el porqué de los estados subjetivos en el aspecto social y cultural.

2.2.2. La Vida Plena

La vida placentera está basada en el aprecio de las experiencias, tanto positivo como lo negativo, en generar alternativas de solución, reconocer los resultados y aceptándolos con gratitud, y en el dejar ir hechos dolorosos que generan rencor hacia los otros. A partir del criterio anterior se esclarece en lo que sigue:

En términos de la Psicología Positiva, la vida placentera da lugar al estudio de las emociones positivas; la vida comprometida está relacionada con el estudio de la fortaleza, las virtudes personales y los estados *flow*¹ (estados plenos de felicidad), y la vida con significado está en relación con las instituciones positivas; este último tópico es el que está conceptualmente menos desarrollado (Castro, 2010, p. 27).

Se considera que es una forma de entender la actuación de la persona en el medio, a partir de las emociones positivas que son fuente de desarrollo tanto en habilidades como destrezas. Estas cualidades permiten que sean fluidas y creativas al ser compartidas, así como estar adherida al emprendimiento cuando se presenten retos, riesgos que den una sensación de logro, con el sabor de satisfacción. Y permita un compromiso individual, y se acople al criterio de la persona. Sabores de placer basados en una felicidad única y significativa, a eso se lo llama una ‘vida plena’.

Seligman (2002) consideró tres fundamentos para tener una vida plena, ligado a los afectos positivos de la persona:

¹ Se traduce como fluir o flujo. Fue desarrollado por el psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi, quien lo ha definido como un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en la realización de una actividad para su propio placer, durante la cual el tiempo y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unas a otras sin pausa.

- a) La vida placentera (*pleasant life*²) corresponde a una noción básica de felicidad, que se refleja en la mayor cantidad de emociones positivas que se transforman en momentos felices, los mismos que se alcanzan a través del *savoring*³ y del *mindfulness*⁴. El *savoring*, o saborear el momento presente, radica en el hecho de que con los sentidos se deleite los buenos sabores y placeres de la vida encontrados en la comida, sonidos, olores, texturas y visualizaciones. Mientras que el *mindfulness* es un estado a nivel mental, que con la ayuda de la atención y concentración, permite ser dueños de los pensamientos, acciones o sensaciones. Elementos que son necesarios para la vida del ser humano.
- b) Otro de los fundamentos es el compromiso (*engagement life*⁵). Que es el saber hacer las cosas, que estuvieron como metas u objetivos y que se luchan por alcanzarlos. En el que se pone toda predisposición que se deriva con la actividad práctica y con la capacidad de experimentar el *flow*. Lo que permite que exista una sensación de una pausa en el tiempo. Quizá con los retos y riesgos que se presentan, se pueda alcanzar el estado de *flow*. Que en definitiva una actividad debe ser activa, e interesante es la forma en el que evite este estado. Es una sumatoria de fortalezas, habilidades que se ponen en juego para concretar un enlace con el compromiso. En el que incluye requerimientos como esfuerzo y trabajo, sin olvidar la gratificación de la emoción positiva.

² Se refiere al bienestar que invade al disfrutar una buena comida, sexo, bebida e incluso una buena película.

³ Es la capacidad para poder apreciar, atender y mejorar las experiencias positivas de la vida. Es un proceso activo para obtener placer y satisfacción mediante experiencias positivas.

⁴ El comportamiento autorregulado es la clave del bienestar. La ansiedad y el estrés provienen de un comportamiento automático (desatenciones) en el cual el individuo actúa de modo compulsivo con patrones repetitivos. Mediante la atención plena al estado presente se rompen los automatismos.

⁵ Un estado psicológico positivo relacionado con el trabajo y que está caracterizado por vigor, dedicación y absorción o concentración en el trabajo

- c) Finalmente, la vía de acceso o vida con significado o *meaningful life*⁶ la que permite ponerle un significado, a partir de una búsqueda constante en todo contexto. La misma que se halla relacionada con el servicio al otro, de manera que exija desarrollo del potencial. Es como formar parte de un sistema en el que haya autoridad denominada institución positiva, y que por medio de este, de lugar al avance de rasgos individuales. Como ejemplo de institución positiva es la familia, educación, democracia, entre otras; sin dejar de mencionar que este fundamento es que está presente siempre.

Tres caminos complementarios que los llevan a una vida de agrado, que todos pueden alcanzar al elegir solo uno de ellos. Sin embargo los que optan por los tres tienden a tener mayor satisfacción (Peterson, 2006), lo que implica que son formas o líneas de guía para la vida, a través de la elección individual. Todo esto constituye la vida placentera, basada en la apreciación de experiencias, comportamiento regulado, actitud optimista, esperanza, gratitud y la capacidad de perdón.

2.2.3. El Bienestar y la Felicidad

El término bienestar es muy amplio en vista a que está ligado a la salud mental y física, la satisfacción y la calidad de vida, sin embargo Ryan & Deci (2001) propusieron que en base a las tradiciones la primera que corresponde a la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudemónico). Pero otros autores como Keyes, Ryff & Shmotkin (2002) consideran que la utilidad del constructo bienestar subjetivo (subjective wellbeing) como

⁶ Se trata de encontrar aquello en lo que creemos y de poner todas nuestras fuerzas a su servicio

principal representante de la tradición hedónica y el constructo bienestar psicológico (psychological wellbeing) como representante de la tradición eudemónica.

En lo que respecta a la perspectiva hedónica, muchos psicólogos toman esta representación como estudio del bienestar en la que se vincule con la concepción del hedonismo, la misma que incluye la preferencia por los placeres tanto del cuerpo como de la mente Kubovy (1999). Esta visión que predomina dentro los psicólogos hedónicos es que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva edificada sobre la experiencia de placer frente a displacer, sin importar los juicios que se realicen a cerca de lo bueno o malo de los elementos de la vida (Ryan & Deci, 2001), en consecuencia se puede decir que está ligado a los placeres que son los que constituyen aspectos trascendentales en la vida.

Y con respecto a la perspectiva eudemónica Aristóteles (traducida por Ross, 1925) la verdadera felicidad se encuentra en la expresión de la virtud, este término no designa, por tanto, un estado de satisfacción pasajera, sino el conjunto de una vida lograda. Waterman (1993), fue uno de los autores que caracteriza a este tipo de bienestar psicológico, al que denomina sentimientos de 'expresividad personal'; en efecto la valoración de cada uno de los aspectos de la vida tienen su tonalidad de que resaltan uno más que el otro pero siempre presentes los que permiten alcanzar nuevos anhelos multiplicados, que a la vez los estados emocionales se derivan de las experiencias al sentirse vivos y realizados, al ver que lo que hace los llena y que tiene sentido.

Por otro lado la definición de bienestar según Diener y Diener (1995) las agrupa en tres grandes categorías.

- a) La primera corresponde a la valoración individual de la propia vida en términos positivos, que se encuentra relacionada con la satisfacción vital.
- b) Una segunda se refiere al predominio de afectos positivos sobre los negativos, es decir que una persona está en la capacidad de definir al bienestar cuando tenga más afectos positivos y se reste los negativos.
- c) La tercera hace referencia a la filosofía griega, en la que menciona que la felicidad es considerada como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo.

En consecuencia los tres puntos anteriores están relacionado con el dominio de afectos positivos, la satisfacción, y que se reduce en lo que se llama felicidad. La misma que se traduce en un valor único y especial que todo ser humano quiere alcanzar. En la que se subraya el hecho de que cuando los sujetos presentan un alto bienestar, experimentan una satisfacción con la vida a través de los afectos positivos sin importar la circunstancia, pero frecuentemente el estado anímico es bueno pero sin desmentir que en ocasiones experimenten displacer en sus sentimientos como la tristeza. Por otra parte Veenhoven (1991) y Diener (1994) mencionan que los que dicen ser infelices son los que evalúan su vida como algo negativo y perjudicial; lo que indica que la perspectiva de vida influye al momento de analizar su propia existencia, en la medida que sienta sus afectos como algo satisfactorio o no. A partir de lo cual se asume que todo ser humano desea tener una trayectoria llena de buenos momentos que dependen de las metas, sueños y anhelos cumplidos, que sean gratificantes y por lo que a continuación se amplía las formas en la que una persona llega a ser feliz.

2.2.4. Modelos Teóricos Explicativos del Bienestar

La psicología se ha encargado de estudiar de todo aquello que está relacionado con el ser humano y uno de los objetivos que se espera en terapia es que la persona tome decisiones trascendentales que permitan alcanzar la felicidad. Para lo cual siempre se busca el bienestar a nivel físico, social y psíquico, entre los más importantes. Motivo por el que en esta ocasión se abordan algunos modelos teóricos del bienestar que se refieren a las formas de comprender el bienestar, en el que se puede enfocar de diversas posturas, tales como: a) universalistas o télicas, b) situacionales, c) personalógicas, d) de adaptación, y e) de las discrepancias (Ver cuadro 2.3).

Cuadro 2.3:

Modelos Teóricos del Bienestar

Teorías Universalistas o télicas	El bienestar se alcanza cuando se logran los objetivos vitales.
Teorías Situacionales	Las personas con más bienestar son aquellas que viven experiencias vitales positivas con mayor frecuencia.
Teorías Personalógicas	El bienestar está anclado en las variables de la personalidad. Las personas con alta extraversión y bajo neuroticismo son las más felices.
Teorías de la Adaptación	El bienestar es relativamente estable. Los eventos vitales tienen poco impacto sobre el nivel de bienestar en el largo plazo. Importancia del punto de anclaje.
Teorías de las Discrepancias	Las personas más felices son aquellas en las que existe una relación adecuada entre aspiraciones y logros.

Fuente: (Castro, 2010, p. 55)

En vista de que el bienestar se puede mirar desde varias teóricas, se contempla que toda persona tiene un mismo objetivo que es la felicidad, lógicamente esto se lo alcanza con el buen manejo del entorno, el adaptarse, el tener aspiraciones, el tender

hacia el extraversion y el mantener vivencias vitales. Las mismas que son necesarias en el transcurso de la existencia.

2.2.5. El Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo se considera en los aspectos permanentes o estables y a los cambiantes, en el que tiene que ver con el tiempo y las circunstancias en las que se evocan los afectos, con respecto a lo señalado Diener y otros (1999) al bienestar subjetivo lo definen como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (p. 277); con lo cual lo afectivo y la satisfacción tienen relación porque son valorados por cada persona antes las experiencias, actividades, hechos que a lo largo de la vida se desarrollan. Sin embargo la valoración de la vida es relativa la que une a un todo, mientras que las emociones se determinan a partir de la circunstancia dada en tiempo y espacio real.

Otra definición que ayuda a la explicación de este término es la Veenhoven (1991) en la que menciona que en el bienestar subjetivo intervienen los juicios de valor que otorga a su propia vida enlazada con todo lo positivo y que para la persona es una fuente de agrado con la vida que lleva. Para este autor la evaluación depende de las cogniciones y afectos, por lo que la primera se encarga de realizar cuestionamientos en cuanto a los logros, metas y la segunda está ligada a la sensación de realización personal y el fracaso; por tanto la valoración contribuye a aspectos propios del sujeto.

Como última definición, Andrews y Withey (1976) mencionan que el bienestar subjetivo está formado por aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo esta dentro del plano hedónico, en la que se entiende que es agrado que experimenta la persona con los que siente, que nos son otra cosa que las emociones y estados de ánimo más frecuentes. En la que incluye la duración, tiempo e intensidad. Estos componentes están conectados porque una persona experimenta las emociones en la medida que interviene su propia percepción y la condensa en una idea. Que puede haber sido deseada o positiva, lo que indica que la idea y el sentimiento van de la mano para determinar el nivel de satisfacción con la vida.

En vista de los varios estudios que se presentan, los componentes que son parte de la naturaleza humana serían: afecto positivo, afecto negativo, satisfacción con la vida, y dominio de satisfacción. Para Diener y otros (1999) se pueden diferenciar dos grandes dimensiones: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva (Ver cuadro 2.4).

Cuadro 2.4:

Componentes del Bienestar

<i>Afecto Positivo</i>	<i>Afecto Negativo</i>	<i>Satisfacción con la vida</i>	<i>Dominios de Satisfacción</i>
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Fuente: (Diener E. , Suh, Lucas, & Smith, 1999)

Esto quiere decir que como persona tiene una forma de entender la realidad, a partir de las emociones y cogniciones, las que se disgregan en componentes más perceptibles tales como los afectos positivos, y negativos, la satisfacción con la vida y el dominio de la misma. Las mismas que dan forma al bienestar subjetivo, lógicamente a partir la percepción individual y la variedad de experiencias que pasaron a través del tiempo y lugar. Lo que indica que una persona puede ser capaz de evaluar su vida, respuesta que puede variar dependiendo de la circunstancia en la que se encuentre, en la evoque un significado a todo su vida, ubicando los pro y los contra.

2.2.6. El Bienestar Psicológico

El saber que se puede lograr metas para sí mismo, como para los demás y forzar al tiempo para llenarse de vivencias enriquecedoras, que constituye en un punto gravitacional en el que gire la vida. Estas vivencias, se basan en la satisfacción del compromiso para con la vida misma, hacen feliz al ser humano, así lo señala Duckworth (2005): que el concepto de Bienestar Psicológico (BP) se encuentra dentro de la Psicología Social, centrado en la persona y su progreso. Razones para explorar los momentos experienciales a partir del trabajo, la subjetividad del bienestar o felicidad en el entorno. Con lo cual la felicidad humana se puede decir que está constituida por momentos y su estudio le corresponde a la teoría psicológica social positiva la misma que ha generado modelos teóricos de bienestar.

Sin embargo, Ryff (1989) menciona que el bienestar psicológico puede considerarse precursor de los actuales modelos de Psicología Positiva, y que aún hoy continúa

siendo una de las más brillantes aportaciones en las teorías y aplicaciones relacionadas con el bienestar humano. Esta autora define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos: el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer.

Existen también otros de modelos explicativos del bienestar psicológico como el de Casas (1996) el mismo que refiere que es un tema muy amplio de estudio para lo cual hace énfasis en tres características:

- a) Se centra en la experiencia del individuo, a partir de las percepciones y evaluaciones que contienen al contexto físico y material de la persona. Dichas evaluaciones se analizan con dos variables, la felicidad y la aproximación a la satisfacción; la primera sirve para medir los afectos y la segunda para medir las cogniciones del bienestar (Headey & Wearing, 1989), por lo que existe relación entre las dos.
- b) También en las medidas positivas sin olvidar de la presencia o ausencia de aspectos negativos, sin embargo es necesario añadir una evidencia científica Bradburn (1969) de que el bienestar y el malestar no funcionan como un continuum⁷ entre dos polos, sino que los afectos positivos y negativos son independientes.
- c) La evaluación de tipo global de la vida de una persona, se la realiza en base a la satisfacción vital. A pesar de que la calidad de vida se da a través de la

⁷ Se refiere a la idea de que, para alcanzar un óptimo desarrollo físico, mental y emocional, los seres humanos —especialmente los bebés— necesitamos vivir las experiencias adaptativas que han sido básicas para nuestra especie a lo largo del proceso de nuestra evolución.

evaluación de las áreas como la familia, el trabajo, actividades de ocio, actividad laboral, entre otras.

En consecuencia el bienestar psicológico constituye una trayectoria de evaluación en todos los aspectos de la vida de la persona, independientemente de circunstancias dolorosas, hace que en la vida pese más los momentos de equilibrio y estabilidad, a partir de las ideas y afectos percibidos.

2.2.7. Las Condiciones Sociodemográficas en el Bienestar Psicológico

La forma más desafiante de vivir es articular las condiciones personales (ser hombre, ser mujer, tener familia, trabajo, economía, salud y hábitos), que en algún momento tienden a ser retos, con la exigencia del desarrollo de habilidades, que paralelamente ayudan a relacionarse adecuadamente con el mundo. Con respecto a esto, es necesario recalcar lo que sostiene Hicks, Epperly y Barnes (2001), sobre el hecho de que el BP depende de la influencia de diferentes particularidades socio-demográficas representadas en la edad, el género y el estado civil, lo que consideran como un indicador que permite determinar una valoración subjetiva tanto de los recursos como del ambiente social que favorece o impide dicho bienestar.

El ambiente social forma creencias que reflejan conductas de vida. Lo que permite determinar la percepción del mundo y la capacidad de valorar su nivel de satisfacción. A causa de esta, se deduce que con buenos niveles de bienestar subjetivo, hay mayor desarrollo económico, una cultura enfocado en el individuo, la independencia y la libertad para decidir en la vida, mayor preocupación por el otro basado en la igualdad y desarrollo. Sin embargo a bajos niveles de bienestar

subjetivo, éste se encuentra vinculado con dificultades en la salud mental, la integración en la sociedad, el escaso autoconcepto y la deficiencia en la autoeficacia (Bilbao, 2008). La percepción del mundo influye en el desempeño en todos los aspectos de la vida.

2.2.8. Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

El pensar que el bienestar está ligado a la felicidad se considera como una fuente de vida, a través del esfuerzo y dedicación por realizar con amor aquello que mueve a la persona a partir de sus habilidades. En este caso Ryff (1995) comenta que “una caracterización más ajustada del bienestar psicológico es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial” (p. 100), lo que representa un saber en la forma de construcción de la propia vida.

Ryff (1989), propone 6 dimensiones de Bienestar Psicológico, en la explica el desarrollo de las capacidades, el crecimiento, la superación consigo mismo. A la vez indica que el buen funcionamiento positivo tiene relevancia y mejora el desenvolvimiento de la persona de las cuales se detalla:

- a) **Auto-aceptación.** Una de las dimensiones planteadas por Ryff (1989) es la auto-aceptación, manifestándolo cuando aceptan su pasado, y tienen la capacidad de vivir el presente. Con una buena predisposición de aceptar distintos estímulos externos convertidos en experiencias lo que incluyen a su vida independientemente del resultado, por lo que aprenden a vivir con ello, con comodidad y con una sensación de bienestar.

- b) Autonomía.** Corresponde a poner en práctica la capacidad de actuar y pensar por sí sólo, y evita que alguien más intervenga al momento de tomar decisiones. Por lo que según Ryff (1989) no influye la presión social, debido a que es más controlada la persona desde su interior. Lo que permite una regulación en cuanto al comportamiento e independencia.
- c) Crecimiento personal.** Esta dimensión consiste en una búsqueda constante de destrezas y habilidades, que reflejan oportunidades que fortalecen el crecimiento personal. A través de una evolución positiva y el alcance de logros, a partir del descubrimiento y potencialización de las habilidades Ryff (1989).
- d) Propósito en la vida.** En 1989, Ryff menciona que es el cumplimiento con metas, expectativas, alcances, y el direccionamiento de la persona en su vida. A medida que intenta avanzar en su propósito permite un proceso de maduración, así como el adaptarse frente a los diferentes estímulos externos. En resumen, tener sentido de la vida, implica tener un propósito y luchar por alcanzarlo. Este sentido de vida es considerado como un indicador de salud mental (Oramas Viera et al., 2006).
- e) Relaciones positivas con otros.** Las personas necesitan mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que puedan confiar, ya que esto promueve la aceptación social y el compromiso (Oramas Viera et al., 2006.). Es una de las habilidades para poder interactuar con los otros. Capacidad que adquiere desde el inicio de la vida, considerándose una base para el bienestar de la persona, justamente porque permite expresar, así como para entender, por

medio del ejercicio de empatía y el lazo de afectividad que en la relación humana esta inversa.

- f) Dominio con el entorno.** En esta dimensión, Ryff (1989) explica como el manejo de las demandas y oportunidades del ambiente, que influyen en el grado de satisfacción. De esta manera adquiere mayor confianza, control y seguridad al relacionarse con el entorno, en el que puede modificarlo y hacer un uso adecuado de las cosas positivas y beneficiosas que el medio proporciona.

Estos componentes son de gran ayuda y beneficia al ser humano, una vez que se pueda desarrollar un poder de decisión, predisposición para enfrentar retos, el descubrir potencialidades, el establecer metas, el darle sentido a la vida, el aprovechar las oportunidades, interacción social positiva y mantener un compromiso personal para todo aquello que se desee hacer.

2.2.8.1. Escalas de medición del Bienestar Psicológico de Ryff

Las escalas de medición del Bienestar Psicológico de Ryff (1989) tiene como objetivo medir el grado de bienestar psíquico y la satisfacción con la vida. La misma que consta de seis escalas como se explicó anteriormente y que a su vez cada dimensión cuenta con un número específico de preguntas, para lo cual se ha visto en la necesidad de explicar los puntajes altos y bajos de cada dimensión.

Como primera dimensión se encontró a la auto-aceptación, que es la capacidad de aceptación de sí mismo, tanto cualidades como defectos (Ver cuadro 2.5)

Cuadro 2.5:***Autoaceptación***

Alta Puntuación	Posee una actitud positiva hacia sí mismo; reconoce y acepta los diversos aspectos de sí mismo, incluyendo las buenas y malas cualidades; tiene sentimientos positivos sobre su vida pasada.
Baja Puntuación	Se siente descontento con sí mismo, está decepcionado con lo que ha ocurrido en el pasado, está preocupado sobre ciertos rasgos personales, desearía ser diferente a lo que él o ella son.

Fuente: (Ryff C. , 1989)

En consecuencia a raíz de la puntuación de autoaceptación, se determina que el puntaje alto significa que una persona mantiene sentimientos positivos de lo vivido, mientras que los puntajes bajos representan la decepción por los hechos que pasaron.

Otra de las dimensiones son las relaciones positivas, se refiere al manejo adecuado de las relaciones interpersonales, basada en la calidad (Ver cuadro 2.6).

Cuadro 2.6***Relaciones positivas con otros***

Alta Puntuación	Tiene cálidas satisfacciones confiando en las relaciones con los demás; se interesa por el bienestar de los demás; es capaz de tener una fuerte empatía, afecto e intimidad; es flexible con las relaciones humanas.
Baja Puntuación	Tiene pocas satisfacciones en las relaciones con los demás; No es frecuente que se encuentre cómodo y abierto y tenga frecuentes relaciones; se aísla y se frustra en las relaciones interpersonales; rehúsa tener compromisos para sostener lazos importantes con los demás.

Fuente: (Ryff C. , 1989)

En las relaciones positivas hay dos tipos de personas dependiendo de la integración al grupo o no, por lo que la primera corresponde a habilidades imaginativas como la empatía, elemento que permite un adecuado desenvolvimiento a la hora de

interactuar, mientras la segunda persona se identificaría con el aislamiento, la falta de comodidad al hablar con los otros, por lo que rehúsan tener contacto por el grado de afecto y compromiso que se necesita para desenvolverse a nivel social.

La tercera dimensión es la autonomía, capacidad del ser humano de poder decidir para y por su vida (Ver cuadro 2.7).

Cuadro 2.7:

Autonomía

Alta puntuación	Se considera con autodeterminación e independencia, se siente capaz de resistir a las presiones sociales para pensar y actuar de ciertas maneras, regula su comportamiento desde su interior, y se evalúa a si mismo con estándares personales.
Baja puntuación	Está muy pendiente de las expectativas y evaluaciones de otras personas, confía en los juicios de los demás para tomar decisiones importantes, se conforma con las presiones sociales para pensar y actuar de ciertas maneras.

Fuente: (: (Ryff C. , 1989)

La autonomía que tienen en alto nivel, corresponden a características de independencia, resistentes ante el estrés, y cuando deben solucionar los problemas son más centrados, mientras que los tienen bajo nivel, están a la expectativa de las evaluaciones de los otros para que puedan resolver conflictos y formar parte del colectivo en su manera de pensar.

En cuanto a la dimensión dominio del entorno, corresponde al desenvolvimiento de las personas en el entorno, en el siguiente cuadro se determina los resultados de las puntuaciones (Ver cuadro 2.8).

Cuadro 2.8:***Dominio del ambiente***

Alta puntuación	Tiene un sentido de la maestría y de la capacidad en el dominio del entorno y de las actividades externas, hace un uso eficaz de las señales para aprovechar las oportunidades, es capaz de elegir o de crear los contextos convenientes a sus necesidades y valores personales.
Baja puntuación	Tiene dificultad en manejar de los asuntos del día a día, se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto circundante, no es consciente de las oportunidades que puede ofrecerle su entorno y carece del sentido de control sobre el mundo externo.

Fuente: (Ryff C. , 1989)

El dominio del ambiente se refiere a que las personas hacen uso de sus propios recursos para desenvolverse en el entorno y puedan beneficiarse, a comparación de los que no presentan este tipo de recursos, forman parte de la incapacidad de cambio como para que la situación mejore y al mismo tiempo carecen de la falta de control sobre el ambiente.

El propósito en la vida, constituye el significado y dirección que la persona quiera darle a su vida (Ver cuadro 2.9).

Cuadro 2.9:***Propósito en la vida***

Alta puntuación	Tiene objetivos en la vida y el sentido de saber hacia dónde se dirige, siente que su vida tiene significado tanto de presente como de futuro, tiene creencias que le hacen tener propósitos de vida, tiene motivaciones y objetivos para vivir.
Baja puntuación	Su vida carece de sentido; tiene pocas metas y objetivos, carece del sentido de saber hacia dónde se dirige; no tiene proyectos de futuro; no tiene ninguna perspectiva o creencia que de sentido a su vida.

Fuente: (Ryff C. , 1989)

Por otro lado el propósito en la vida corresponde a que hay un saber en el manejo de la vida, orientada hacia un futuro con creencias, motivaciones y metas; pero las

personas que no tienen una dicción de vida presentan características opuestas, son desmotivadas, no luchan por lo que quieren, y no tienen expectativas en el ulterior.

Y por último se encontró a dimensión llamada crecimiento personal, está representado por habilidades, destrezas y potencialidades individuales, eviten un retroceso en su desarrollo (Ver cuadro 2.10).

Cuadro 2.10:

Crecimiento personal

Altas puntuación	Tiene la sensación de un desarrollo continuo, se ve a si mismo como creciendo y ampliándose, está abierto a las nuevas experiencias, tiene el sentimiento de estar realizando su potencial, ve la mejora en sí mismo y en su conducta en un cierto plazo, puede cambiar de conductas lo cual refleja un mayor conocimiento de sí mismo y eficacia.
Baja puntuación	Tiene un sentido de estancamiento personal, carece del sentimiento de conseguir una mejora en un cierto plazo, se siente vacío y desinteresado con vida, se siente incapaz desarrollar nuevas actitudes o comportamientos.

Fuente: (Ryff C. , 1989)

El componente denominado crecimiento personal, se refiere al desarrollo progresivo, tanto en sus potencialidades como la eficacia de mejora para sí mismo, sin embargo los que no tienen este elemento, se consideran personas vacías, incapaces para emprender nuevas actividades. Además se puede decir que con el accionar cotidiano y hábitos nuevos, como el ser partícipe de la donación de sangre voluntariamente ayuda a la comunidad, en base a la solidaridad y la motivación personal que permite el desarrollo social y mantener una buena calidad de vida.

2.3. EL VOLUNTARIADO Y LA DONACIÓN DE SANGRE

2.3.1. El voluntariado

2.3.1.1. Aproximaciones Conceptuales

El voluntariado se refiere a que forma parte de un programa social sin fines de lucro en el que se involucran instituciones que fomenten este tipo de actividades altruistas. Por lo que para la a Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1999) “el voluntariado es una actividad que se fundamenta en el libre albedrío de la persona que presta servicios de voluntariado, y no en el deseo de obtener un beneficio material o pecuniario, ni en presiones sociales, económicas o políticas externas. Tiene por objeto ayudar a las personas vulnerables y a sus comunidades” (párr. 3). Lo que se considera como una forma de colaborar en la sociedad a partir de la predisposición de ayudar al otro, sin remuneración alguna.

Otra de las forma de entender el voluntariado es como menciona Castro (2002) en el que es necesario reconocer dos términos que son: el altruismo y la conducta prosocial, consideradas como dimensiones que están relacionadas con los actos de voluntariado. Pero cabe distinguir que el comportamiento prosocial se refiere al hecho de beneficiar a otros a partir de la iniciativa del voluntario. El mismo autor menciona que se puede “señalar tres razones por las que las personas pueden comportarse prosocialmente: en primer lugar para obtener un beneficio ellas mismas;

en segunda lugar para cumplir con normas personales y finalmente para beneficiar a otras personas” (pp. 321-322), lo que constituye un acto de ayuda al necesitado.

Castro también dice que el acto prosocial puede ser considerado altruista, debido a que tiene un mismo fin que es el beneficio que recibe la persona vulnerable a cambio de nada (Staub, 1979). Por lo que la conducta altruista depende de la necesidad social, ligado al beneficiar al otro y ser libre en las elecciones (Bierhoff & Klein, 1990); en otras palabras el voluntariado se centra en ser actor de tal acción sin obligación.

2.3.1.2. Características del Voluntariado

Existen muchas personas que forman parte del acto voluntario, una vez que saben de los beneficios a nivel personal y social, puesto que con su ayuda salvan vidas, para lo cual el Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) (2011) dice que:

Por motivos diversos: para ayudar a erradicar la pobreza y mejorar la salud y la educación básicas, suministrar agua potable y un saneamiento adecuado, abordar los problemas medioambientales y el cambio climático, reducir el riesgo de desastres y luchar contra la exclusión social y los conflictos violentos. El voluntariado contribuye en todos estos campos al logro de la paz y al desarrollo mediante la creación de bienestar para las personas y las comunidades en las que viven. Asimismo, el voluntariado constituye el pilar de muchas organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, así como de movimientos sociales y políticos (p. 20).

La que consta como una parte humana en el sentido se lograr un cambio en esta sociedad, a partir de las necesidades que presentan la poblaciones más vulnerables. A causa de las problemáticas como la pobreza, la falta de salud, catástrofes naturales, violencia y otras que son parte de una situación que necesita de apoyo de gente con una visión de ayuda, que tenga promueva el altruismo, característica básica en el voluntariado, razón para entender que este tipo de personas son capaces de contagiar de vida a los demás, con el uso de los recursos individuales.

Mejor dicho que la personas que concurre a dar vida a otros, se condensan en la palabra generosidad que no es otra cosa que el acto altruista. DRAE (2015) define al altruismo como: “diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio”. Por otro lado se define al término voluntario como: “dicho de un acto: que nace de la voluntad y no por fuerza o necesidad extrañas a aquella”. Mientras que benevolencia se refiere a “simpatía y buena voluntad hacia las personas”. Elementos que son uno solo y que se mueven en torno al querer ser solidario y con voluntad ante la salvación de la vida.

Como se indicó anteriormente también hay características interesantes que forman parte de la persona voluntaria, sin embargo es preciso menciona que la Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado (Artículo 3), se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas, siempre que las mismas no se realicen en virtud de una relación laboral, funcionarial, mercantil o cualquier otra retribuida y reúna los siguientes requisitos: a) Que tengan carácter altruista y solidario. b) Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico. c) Que se lleven a cabo sin

contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que el desempeño de la actividad voluntaria ocasione. d) Que se desarrollen a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas o proyectos concretos. Por lo que el acto de la persona altruista se debe considerar los criterios antes mencionados, en los que de esa manera se identifiquen con el voluntariado.

2.3.1.3. El Acto Altruista en el Voluntario

El acto altruista forma parte del voluntariado debido a que ayuda al otro, sin embargo DRAE lo define como: "Esmero y complacencia en el bien ajeno aun a costa del propio y por motivos puramente humanos. Mientras que en el Diccionario Enciclopédico Universo–DRAE se menciona: “Altruismo, (Latín: álter, otro). m. abnegación, esmero en el bien ajeno, aún a costa del propio, por motivos puramente humanos”. Por otro lado el Diccionario de Sociología (1997) define al altruismo como: “Un sentimiento de consideración hacia los demás; devoción por los demás, que implica, frecuentemente, cierta abnegación, lo opuesto al egoísmo”. En el diccionario italiano ‘Diccionario de Psicología’ (1975) se establece que se trata de un: “Desinterés, término que asume actitudes espontáneas hacia el interés de los demás, y no del propio”. Lo que indica que es una forma de entender las acciones desinteresadas que como ser humano son capaces de hacer e incluso olvidándose de sí mismos.

2.3.1.4. Características para Elevar el Acto Altruista

El autoconocimiento hace que enriquezca el amor consigo mismo, por lo que elegirá siempre lo mejor para sí mismo, descartando lo no saludable, lo peligroso para la vida. En el que se considera factores internos para llevar a cabo el altruismo y el compromiso ligado a dar vida. En concreto, el autoconcepto proporciona tres funciones básicas: a) proporciona identidad al sujeto, b) integración histórica a su experiencia vivida y c) niveles mínimos aceptables de autoestima. A partir de este planteamiento, diferentes aproximaciones teóricas plantean como factores positivos de protección, potenciadores de conductas saludables, variables de personalidad relativas a la identidad subjetiva y auto-evaluativa de la persona tales como la autoestima y la autoeficacia (Moreno – Jiménez, Garrosa – Hernández, & Gálvez – Herrer, 1997). El entorno social es el que impulsa a desarrollar características altruistas, a partir de la identidad subjetiva.

2.4. La Donación de Sangre

La donación de sangre es un procedimiento seguro que tiene parámetros que permiten la donación de sangre para lo cual el Banco de Sangre de Cruz Roja Ecuatoriana, Junta Provincial de Tungurahua (2002), tiene como objetivo: “Brindar servicios de Medicina Transfusional es decir distribuir hemoderivados con calidad y con altos niveles de seguridad, eficaz, segura e individualizada a cada paciente. De la protección de la fuente principal que son los Donantes voluntarios altruistas” (párr. 3). Por lo que el programa de la donación solidaria de sangre y sus derivados, consta de tres pasos (Ver cuadro 2.11).

Cuadro 2.11:
Proceso de Donación de sangre

<p>a) Una entrevista médica</p>	<p>Da tus datos de identificación, siendo lo más exacto posible, pues si te necesitamos en otra ocasión podemos localizarte fácilmente.</p> <p>Contesta un interrogatorio el cuál será evaluado por un médico calificado, quien a continuación te realizará un control de peso, pulso, presión arterial y un examen con una gota de sangre para determinar que no exista riesgo de anemia. El médico se asegura que la donación no represente un riesgo para ti o para el receptor.</p> <p>Recuerda: "Tu sinceridad es importante"</p>
<p>b) Extracción</p>	<p>Pasa a la sala de extracción, donde el personal técnico calificado, usando material nuevo, individual estéril y desechable realizará la extracción de 450 ml de sangre.</p> <p>Además, tomará una muestra de tu sangre para realizar pruebas de laboratorio.</p> <p>Este proceso toma alrededor de 10 minutos.</p> <p>Dar sangre es prácticamente indoloro.</p> <p>Recuerda: "No hay riesgo de contagio alguno al donar sangre"</p>
<p>c) Indicaciones posteriores a la Donación</p>	<p>Debes descansar 10 minutos, nosotros te entregamos un refrigerio.</p> <p>Puedes regresar a tus actividades normales.</p> <p>No realices esfuerzos físicos extenuantes durante el día de la donación.</p> <p>Trata de no fumar, ni tomar por lo menos 6 horas después de haber donado.</p> <p>Si te sientes indispuesto o mareado, siéntate cómodamente colocando la frente sobre tus rodillas.</p> <p>No olvides que en 48 horas debes acercarte a la oficina de Donación Voluntaria de sangre a retirar tu carné con el cual te beneficias tú, tu esposo (a), tus padres, tus hijos (as) y hermanos (as) menores de 18 años.</p> <p>Solo te toma 30 minutos de tu tiempo.</p>

Fuente: (Cruz Roja Ecuatoriana, 2002)

Dicho proceso se evidencia en la forma de elección del donante de sangre, debido a que el personal del Banco de Sangre debe ser muy preparado y sigiloso en cuanto al entender el estado de salud física, lo que es la clave para la extracción de sangre del paciente. Para lo cual cabe destacar que es un programa que promueve el altruismo y

que es capaz de brindar o dar vida, y que con una sola pinta de sangre se pueden salvar hasta cuatro vidas.

La Resolución CD 41 R15⁸ (1999), de la Organización Panamericana de la Salud dice que: “promuevan el desarrollo de Programas de Sangre con base en la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre como uno de los indicadores del desarrollo humano de la población y de la garantía de la calidad”, por consiguiente este tipo de instituciones se preocupan por la salud del enfermo, y hace que la gente ayude a otros sin fijarse en la remuneración que pueda tener. Acto que es de reconocimiento a nivel social.

2.4.1. El Donante de Sangre

Una de las ideas que surgen al donar sangre, es que son capaces de ayudar a dar vida a partir de la salud de la persona y la capacidad de afrontar la vida de manera positiva, por lo que: “Pensar salutogénicamente⁹ no solo significa una forma de reapertura, sino que obliga a orientar las energías, a formular y a avanzar en la teorización del afrontamiento” (Antonovsky, 1987, pág. 13), a tal punto que la acción de los donantes se da a partir de la pontencialización de los recursos cognitivos, emocionales y motivacionales siempre y cuando se promocióne la vida.

Se puede mencionar que las personas indistintamente pertenecen a un grupo de donantes de sangre, puesto que se considera que la mayoría de los reglamentos

⁸ 41er Consejo Directivo 51a Sesión del Comité Regional

⁹ El término Salutogénesis fue creado por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX. Proviene del latín Salus, “salud”, y del griego Génesis, “origen”, “creación de”. Su significado es, por lo tanto, “Génesis de la Salud”

nacionales citan y reconocen la importancia de la donación voluntaria de sangre, en América Latina hay clases de donantes de sangre (Ver cuadro 2.12).

Cuadro 2.12:

Tipos de donantes

a) Donantes intrafamiliares o de sangre de reposición, quienes representan la gran mayoría.

b) Donantes remunerados, que son reconocidos en varios países.

c) Donantes voluntarios, que constituyen una pequeña fracción del total

Fuente: García & Sáenz de Tejada (2003)

Lo que indica que no importa qué clase de donantes son, mientras sepa que hay que salvar vidas, a cambio de prolongación de la vida de la persona que se encuentra peligro. Y que gracias a su ayuda puede promover la salud y aportar al proceso de recuperación del enfermo.

2.4.2. Indicadores Psicológicos del Donante de Sangre

Los indicadores psicológicos corresponden a las condiciones que los donantes de sangre poseen y es de importancia mencionarlos en vista de que es un acto social que caracteriza a este seleccionado grupo. Está constituido por la motivación, actitud psicológica y voluntad social.

- a) La motivación es una de las emociones centrales en la práctica de donación de sangre. En lo que se explica que nace una fuerza intensa relacionada con el acto, en el que refleja la parte emocional, concatenando con el bien hacer o

no en su debido tiempo. Como Ryan y Deci (2002) mencionan “la motivación ha sido un asunto central y perenne en el campo de la psicología, dado que se encuentra en el corazón de la regulación biológica, cognitiva y social” (p. 3), es decir que la motivación forma parte del ser humano y es el que le impulsa a la realización de actos altruistas, que es este caso se destaca.

- b) La actitud psicológica refiere a la variable de medición entre las reacciones del donante y su exposición a estímulos sociales. La misma que está comprendida por la capacidad para vincularse y empatizar con las percepciones, pensamientos sentimientos y conductas. En la que Sánchez y otros (1998) establecen, que la noción de percepción de la salud tiene aproximaciones que se focalizan en la ilusión de invulnerabilidad y el optimismo ilusorio, en vista que las predicciones futuras son las que explican los comportamientos de riesgo, aún sabiendo de las consecuencias que trae dicho comportamiento. En definitiva el donante de sangre sabe determinar entre lo que realmente le pone en riesgo o consecuencias futuras y que no, en lo que el ser humano es capaz de percibir la causa para sí mismo como un efecto nocivo.

Sin embargo el entorno social, se encuentran un sin número de exigencias que son percibidas como obligatorias, desligadas de lo bueno y lo malo, lo que permite elegir ser partícipe de la práctica de donación de sangre. Sin embargo, las acciones son el reflejo de la visión del mundo y como las entienda, comprende un inicio para adaptarse y acoger reglas. Acorde a lo anterior, la Teoría de la Acción Razonada parte del nivel de procesamiento de la información de una conducta de salud, como consecuencia hay una actitud

y norma subjetiva de creencias (percepciones de referentes externos) (Fishbein & Ajzen, 1975). Es decir el donante tiene una percepción del mundo y sobre la conducta de salud de manera prioritaria razón por la que depende de la información obtenida.

Uno de los aspectos importantes para ser un donante de sangre, es el estar convencido de la probidad de su accionar como donante, como conducta social que beneficie a otros. Esto se confirma en lo que plantea Antonovsky (1979), respecto a variables de personalidad que se han relacionado con conductas saludables, desarrollando el concepto de Sentido de la coherencia *Sense of Coherence* en el que plantea la capacidad que tiene la persona para percibir el mundo circundante, así como para percibir de lo provocan las acciones y los efectos que genera en el en el entorno. Motivo para reconocer que el tema de la donación gira en torno a aspectos como las emociones y el sentido de las acciones, y formar parte de una casusa social.

- c) La voluntad social, es indicativo de la preocupación por promover la vida, salud al enfermo considerándolo como un acto de humanidad. Lo que justamente la hay instituciones como en este caso la Cruz Roja de Tungurahua se encargan de brindar de ayudar al otro en los tiempos más difíciles y que se necesita del apoyo. Mediante el cual la empatía en los momentos de dolor ante una pérdida de vida, que en realidad es una naturaleza común y que todo ser humano siente alguna vez en la vida se la entiende como un proceso en el que se necesita del sentir que se puede estar acompañando personal o con dar una parte de su propio cuerpo con la

posibilidad se salvaguardar la existencia. El camino del voluntario, se dirige hacia la persona que padece algún sufrimiento, por lo que Calo (1995) se pregunta: ¿Cuáles son los supuestos que fundamentan el quehacer del voluntario?, ¿Por qué ser solidario y no cruel?, ¿Por qué el lamento? Las respuestas a estas interrogantes, apuntan a que móvil básico de la acción voluntaria es, como se ha dicho antes, la solidaridad; como sociedad se brinda apoyo mutuo especialmente cuando la salud y la vida están en peligro, con el valor solidario y la predisposición de ayuda.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Problema de Investigación

Se estima que anualmente se requiere de más de cien mil unidades sanguíneas en el país. El Banco de Sangre de la Cruz Roja Junta Provincial Tungurahua cubre con 2500 productos sanguíneos al mes, que se distribuye a 5 provincias del Ecuador. En la actualidad existe una demanda continua de productos derivados de la sangre, por parte de los centros de atención médica y una cantidad de participantes que no logra satisfacer esta demanda. Con respecto al tema de la donación de sangre en el Ecuador, el problema surge cuando se requiere de personas voluntarias y que donen sangre. El abastecimiento de los productos sanguíneos en gran medida se da gracias a la colaboración de voluntarios que se encuentran en condiciones de buena salud y que les permite convertirse en donantes frecuentes de sangre.

Dada esta situación, cada vez se requiere una mayor cantidad de donantes de sangre para cubrir las necesidades actuales. Al momento existe una escasa participación de la población relativamente sana que desee convertirse en donante de sangre. Esta poca participación se puede deber a la falta de información con respecto a esta

situación, a los mitos en torno al contagio y problemas físicos consecuentes, entre otros y que perduran en el tiempo por falta de una educación adecuada al respecto.

Desde el punto de vista social se puede interpretar que este fenómeno mencionado nos ubica ante una sociedad que muestra falta de solidaridad, cooperación a más de indiferencia social. Se puede pensar que hay ciudadanos que solo velan por su bienestar individual y no por el de la comunidad, que no necesita de los otros, y muestra un grado de comodidad que lo inmoviliza frente a la posibilidad de brindar salud al enfermo.

Al parecer, de las observaciones realizadas, los donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja del Ecuador, núcleo de Tungurahua, muestran características psicológicas positivas en torno a la práctica de la donación y el voluntarismo. Estudios muestran que los elementos psíquicos positivos (fortalezas y emociones positivas) como el bienestar psicológico, se hallan asociadas con la longevidad, y la mejora de la salud física (Vásquez, Hervaz, Rahona, y Gómez, 2009). ¿Será que existe una presencia notoria de bienestar psicológico en ellas?, ¿Existirán diferencias del bienestar psicológico entre éstas las personas que participan del voluntarismo y de aquellas que no lo hacen?

Se debe considerar que el bienestar psicológico es un criterio psíquico subjetivo de la persona, que se debe a la interacción de las experiencias personales, a los afectos y las cogniciones que se refleja en el desarrollo personal, al grado de satisfacción y que está conectada a las emociones positivas o negativas, “entendiéndose desde una perspectiva hedónica” (Vásquez C. , 2009a). Esto puede tener sentido en las

personas que practican el voluntarismo de donación de sangre y de hecho el estudio e intervención de éstas áreas por parte de la psicología pueden ayudar a motivar a la población sana no donante a integrarse en esta práctica, siendo todo esto uno de los motivos para abordar la presente investigación.

3.2. Paradigma de Investigación

El paradigma de la presente investigación corresponde al paradigma descriptivo. Este paradigma según Sampieri (2014) “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de algún grupo o población” (p. 92) y en la presente investigación se pretende encontrar las características psicológicas relacionadas con el Bienestar psicológico en los grupos Donantes y No donantes.

3.3. Tipo de Estudio de Investigación

El presente estudio, comprende un trabajo investigativo de carácter descriptivo, exploratorio, comparado entre dos grupos equivalentes y de corte transversal. Es descriptivo por que “pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 92), lo que corresponde a un mejor manejo de variables, que indique autonomía extraer información por separado.

En el caso de la investigación exploratoria a propósito, lo que se busca es familiarizarse con un fenómeno en este caso el Bienestar Psicológico sea para adquirir nuevos conocimientos sobre el mismo o identificar su dinámica con el fin de formular un problema a futuro más preciso o desarrollar nuevas hipótesis, por tanto es necesario recalcar que: “Se emplean cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 91), en vista de que se intentó investigar cuestiones personales de carácter psicológico en base al comportamiento relacionado con la variable en estudio.

También es comparado ya que se pretende analizar tanto las similitudes como las diferencias existentes en los grupos de estudio, por lo que Hernández, Fernández y Baptista (2014) esclarece que se “asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (p. 93), en vista de que predice diferencias entre los grupos de Donantes y No donantes.

Finalmente es de corte transversal o transeccionales, porque recolecta datos de áreas nuevas de estudio, en consecuencia son: “investigaciones que recopilan datos en un momento único” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 154), con lo cual el propósito de la investigación no experimental cuantitativa es relatar el análisis de las variables e identificar la incidencia.

3.4. Hipótesis de Trabajo

3.4.1. Hipótesis de Trabajo 1

Los donantes de sangre tienen un mayor nivel de Bienestar Psicológico que los no donantes.

3.4.2. Hipótesis de Trabajo 2

Existen diferencias en los componentes del Bienestar Psicológico entre los donantes y no donantes

3.5. Objetivos

3.5.1. Objetivo General

Determinar las diferencias del Bienestar Psicológico entre el grupo de personas donantes y el grupo de personas no donantes de sangre, que acuden a la Cruz Roja Ecuatoriana núcleo de Tungurahua.

3.5.2. Objetivos Específicos

1. Diagnosticar las dimensiones del Bienestar Psicológico en los grupos de personas donantes y no donantes que acuden a la Cruz Roja Ecuatoriana, Núcleo Tungurahua.

2. Analizar los datos del Bienestar Psicológico del estudio comparado entre el grupo de donantes y no donantes a fin de determinar la presencia o no de diferencias entre los mismos.
3. Elaborar un perfil psicológico diagnóstico relacionado con el Bienestar Psicológico, tanto de los grupos de personas de donantes y no donantes.

3.6. Variables e indicadores del Bienestar Psicológico

3.6.1. Variables Sociodemográficas

Esta variable corresponde a las condiciones sociales derivadas de la densidad poblacional. Por lo tanto las variables que se utilizaron en la investigación fueron: edad, sexo, escolaridad, domicilio, estado civil y cargas familiares.

3.6.2. Variable de Características Laborales

Es una de las variables que permitieron conocer sobre las actividades laborales que realizaban los participantes. Datos que se resumen en días y horas de trabajo, situación económica, satisfacción y actividad laboral.

3.6.3. Variables de Salud Física y Mental

En esta sección se pretende elaborar un análisis de todos los aspectos que abarca 'calidad de vida' por lo que las características de esta variable son: estado de salud

física y psicológica, tratamiento médico y psiquiátrico, actividad física y antecedentes psicológicos personales y familiares.

3.6.4. Variables de Factores Psicosociales y de Ocio

La variable factores psicosociales corresponden a la interacción con el entorno a partir de los rasgos característicos de la persona. A continuación los factores psicosociales temperamento, expresión emocional, visión del mundo, límites, experiencias de vida, expectativas, clima familiar, subsistema parento-filial, vinculación temprana, subsistema conyugal, relaciones interpersonales, relaciones grupales y oportunidades de vida.

3.6.5. Variables de Conductas Riesgo

La conducta y hábitos de riesgo y protección, corresponden a una forma de desempeño en el entorno de acuerdo al nivel de cuidado o no. Sin embargo dentro de este análisis se encuentra: horario de alimentación, calidad de alimentación, sueño, conducir a velocidad, conducción bajo los efectos de alcohol, cruza la calle por el semáforo peatonal, camina por la calle, relaciones sexuales, uso de preservativos, medicación, cumplimiento con el tratamiento médico, autocontrol, puntualidad, actividad física y actividades de ocio.

3.6.6. Variables del Bienestar Psicológico

El Bienestar Psicológico corresponde a la perspectiva vinculada entre desarrollo óptimo, el estado de salud mental funcional y el proceso vital de las personas (Ryff C. , Happiness is everything, or is it? Explorations on meaning of psychological well-being, 1989) . Para lo cual esta autora propone 6 componentes: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

3.6.7. Instrumentos

- **Cuestionario Ad Hoc.** Se diseño para referirse a la información en el que arroje datos durante un determinado período de tiempo, de acuerdo con el propósito de la investigación que permita extraer resultados para la realización de análisis más profundo. Evaluación que consta de las siguientes variables: sociodemográficas, salud física y mental, factores psicosociales, conductas de riesgo/protección, y de ocio.
- **Cuestionario de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.** Es una versión de las escalas de Ryff, la que planteó Van Dierendonck (2004), en la que existió una modificación respecto al modelo original que la realizaron Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, en el 2006. Esta versión consta de 29 ítems, categorizada en seis sub-escalas que permanecen vigentes a como estaba planteada en un inicio por Ryff, y son: a) Autoaceptación, 4 ítems; b) Relaciones Positivas, 5 ítems; c) Autonomía, 6 ítems; d) Dominio del entorno,

5 ítems; e) Propósito en la vida, 5 ítems; f) Crecimiento Personal, 4 ítems. La respuesta estaba basado en la escala de liker, con valores de 1 a 6, y que cada uno tenía su respectiva interpretación, por tanto 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= parcialmente en desacuerdo, 4= parcialmente de acuerdo, 5=De acuerdo y 6= Totalmente de acuerdo.

3.7. Análisis de Población y Muestra

El tamaño de la población en calidad de donantes que acudieron al Banco de Sangre de la Cruz Roja del Ecuador, núcleo de Tungurahua contemplados entre el periodo Septiembre del 2013 hasta Agosto del 2014, fue de 700 donantes aproximadamente. Contando con un promedio de 64 donantes por mes entre hombres y mujeres, de 18 años a 65 años de edad.

Con respecto a la cantidad de participantes con la que se realizó este estudio (muestra), se evaluarán a los donantes que acudan entre los meses de enero y febrero de 2015, del que se obtuvo de la evaluación psicológica de aproximadamente 31 voluntarios, quienes formarán el grupo llamado de los ‘donantes’. Por otra parte, para la formación del grupo llamado de los ‘no donantes’, se invitó a participar en el presente estudio a los usuarios que acuden por otros servicios en la misma cantidad de participantes que el grupo de los ‘donantes’. Para la participación de los miembros del grupo de ‘no donantes’, éstos deberán cumplir exactamente con los mismos criterios de selección que se tiene para los ‘donantes’ con la excepción de la falta de interés en la donación voluntaria de sangre.

3.8. Procedimiento Metodológico

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo “Análisis comparativo del grado de Bienestar Psicológico entre personas donantes y no donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja Núcleo Tungurahua”, se inició con la selección de los participantes que formarán parte del grupo de donantes de sangre y a la vez el escogimiento de los participantes que formarán parte del grupo de los no donantes de sangre. Seguido por el proceso de evaluación psicológica del grupo de donantes y no donantes de sangre, en la que se incluyó información para promover la donación de sangre y pautas de bienestar psicológico. Finalmente con las evaluaciones se continuó con la depuración de la información, a través de la realización de la tabulación de análisis estadísticas, análisis de datos, obtención de resultados, comprobación de hipótesis, elaboración del perfil diagnóstico relacionado con el Bienestar Psicológico y como último paso la elaboración de informe final.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE DATOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis de Datos Sociodemográficos

En la presente investigación al ser un estudio comparado, los participantes fueron agrupados en dos grupos. El grupo 1 denominado de “Donantes” (n= 31) constituido por participantes de sexo masculino con un total de 19 y mujeres 12; la edad en la que se halla está entre los 18 y 62 años de edad, que en su mayoría viven en el sector urbano y culminaron sus estudios universitarios, cuyo estado civil es de soltero/a, casados/as, y unión libre; situación económica regular y buena; 15 personas que no tienen cargas familiares, y las 16 restantes se halla entre hijos/as, familiares cercanos y esposo/a; y el grupo 2 o “No donantes” (n= 31) constituido por participantes con edades entre 18 y 57 años , 16 mujeres y 15 hombres; en su mayoría viven en el sector urbano y con escolaridad superior; con estado civil entre casados/as, divorciados/as separados/as y solteros/as; situación económica regular y buena; y cargas familiares 17 participantes tienen hijos, 11 no tienen cargas familiares y 3 familiares cercanos.

Se recolectaron datos de carácter socio-demográfico para establecer las condiciones sociales derivadas de la densidad poblacional. Por lo tanto las variables que se utilizaron en la investigación fueron: edad, sexo, escolaridad, domicilio, estado civil y cargas familiares. Las variables de carácter cualitativo son representadas con la frecuencia (f) junto con su representación porcentual (%). En el caso de las variables cuantitativas se utilizó la (M) y la desviación estándar (Ds). Las pruebas de comprobación de hipótesis entre los grupos en comparación fueron la prueba T (t) y la prueba Ji cuadrado (X^2) (Ver cuadro 4.1).

Cuadro 4.1:

Análisis descriptivos de las características socio-demográficas

Variab les	Donantes		No donantes		Contraste
	Media	Desviación	Media	Desviación	t(38)
Edad	32,03	10,89	32,42	11,35	-1,37
	F	%	F	%	X²
Sexo					
Masculino	19	61,3%	15	48,4%	1,042
Femenino	12	38,7%	16	51,6%	
Escolaridad					
Primaria	8	25,8%	7	22,6%	1,873
Secundaria	10	32,3%	6	19,4%	
Superior	13	41,9%	18	58,1%	
Domicilio					
Urbano	24	77,4%	25	80,6%	,097
Rural	7	22,6%	6	19,4%	
Estado civil					
Soltero/a	14	45,2%	14	45,2%	4,133
Casado/a	16	51,6%	14	45,2%	
Divorciado/a	0	0,0%	2	6,5%	
Separado/a	0	0,0%	1	3,2%	
Unión Libre	1	3,2%	0	0,0%	
Cargas familiares					
Hijos	13	41,9%	17	54,8%	4,149
Esposo/a	2	6,5%	0	0,0%	
Familiares cerc.	1	3,2%	3	9,7%	
Ninguno	15	48,4%	11	35,5%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Con respecto a la edad se encontró que en el grupo de Donantes hubo $M=32,03$ años; $Ds= 10,89$ mientras que en el grupo de No donantes existió $M= 32,42$ años; $Ds= 11,35$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t= -1,37$; $p < ,05$ y se asume que los grupos fueron equivalentes.

En el caso de la variable 'sexo', en el grupo de Donantes el 61,3% fueron hombres, mientras que el 38,7% correspondieron a mujeres. Para el grupo de los No donantes la distribución por sexo fue del 48,4% para hombres y el 51,6% para mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 1,042$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.1).

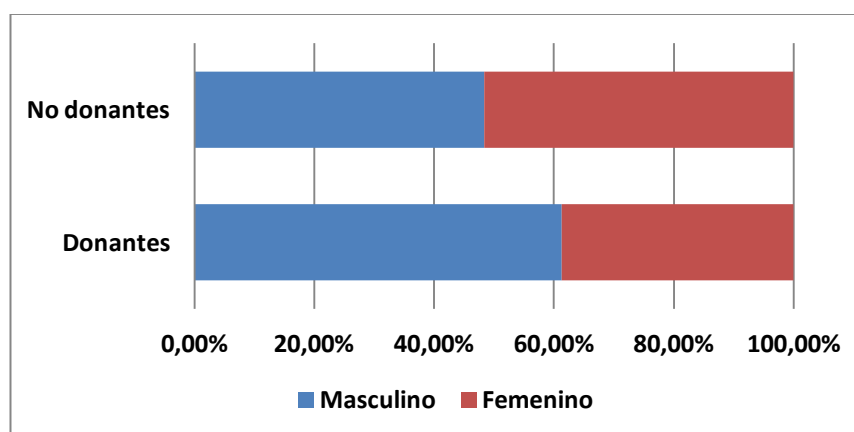


Gráfico 4.1: Distribución por sexo de los grupos de donantes y no donantes de sangre.

Hay una mayor presencia de hombres en el grupo donantes que en el de no donantes y una situación inversa en el caso de las mujeres.

En lo referente a la variable 'escolaridad', culminaron la primaria un 25,8% de los participantes, la secundaria en un 32,3%, y la enseñanza superior un 41,9% del Grupo de Donantes. Mientras que en el grupo de No donantes existió un 22,6% de participantes que terminaron la primaria, la secundaria en un 19,4% y la superior un

58,1%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 1,873$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.2).

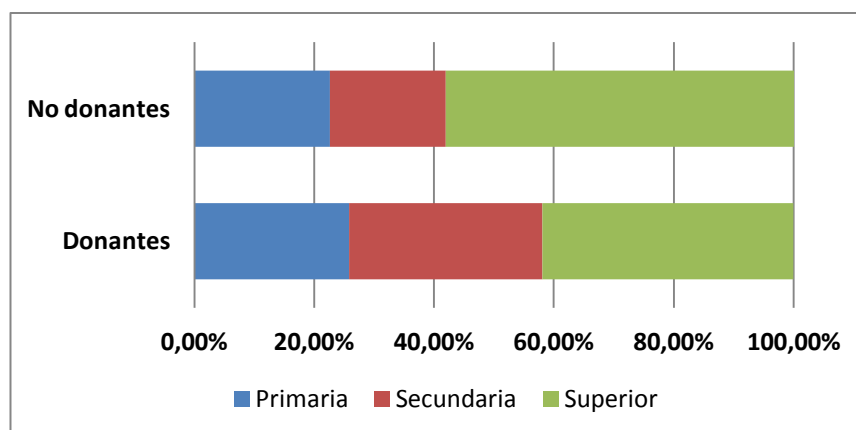


Gráfico 4.2: Distribución por escolaridad culminada de los grupos de donantes y no donantes de sangre.

En lo que concierne al nivel de escolaridad, en el grupo Donantes se observa un mayor porcentaje en estudios secundarios, mientras que en el grupo No donantes, hay más participantes que culminaron los estudios superiores.

Sobre Los resultados obtenidos en consideración de la ubicación domiciliaria, en el caso del grupo de donantes, en el sector urbano se encontró una presencia del 77,4%; mientras que en el sector rural fue de un 22,6%. En el caso del grupo de No donantes, en el sector urbano hubo una presencia del 80,6%; mientras en el sector rural este fue del 19,4%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= ,097$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.3).

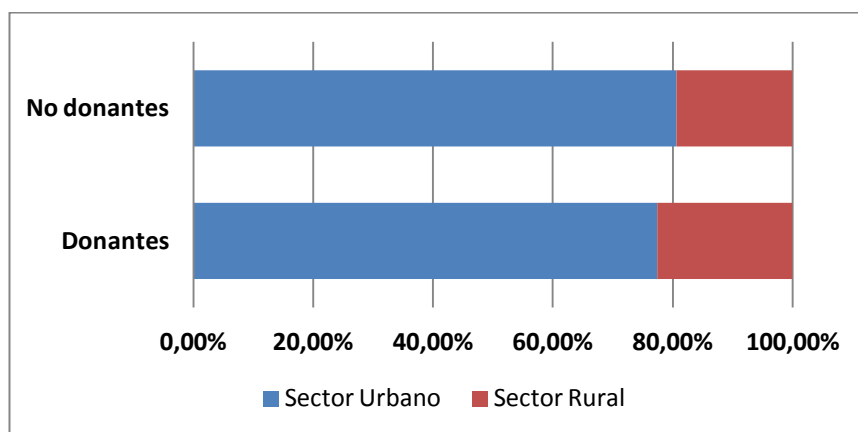


Gráfico 4.3: Distribución por sector domiciliario de los grupos de donantes y no donantes de sangre.

La representación gráfica, muestra que los participantes tanto del grupo Donantes como del grupo No donantes, en su mayoría viven en el sector urbano.

Con respecto a la variable ‘estado civil’, los resultados mostraron que en el grupo de Donantes y el grupo No donantes existe igual proporción de personas solteras con el 45,2%. Seguido por personas casadas en el grupo Donantes con el 51,6% y en grupo No donantes en un 45,2%. Un 6,5% de las personas del grupo No donantes son divorciadas, así como de las personas que se han separado fue del 3,2%. Por último un 3,2% de participantes del grupo Donantes se encuentran en unión libre. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 4,133$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.4).

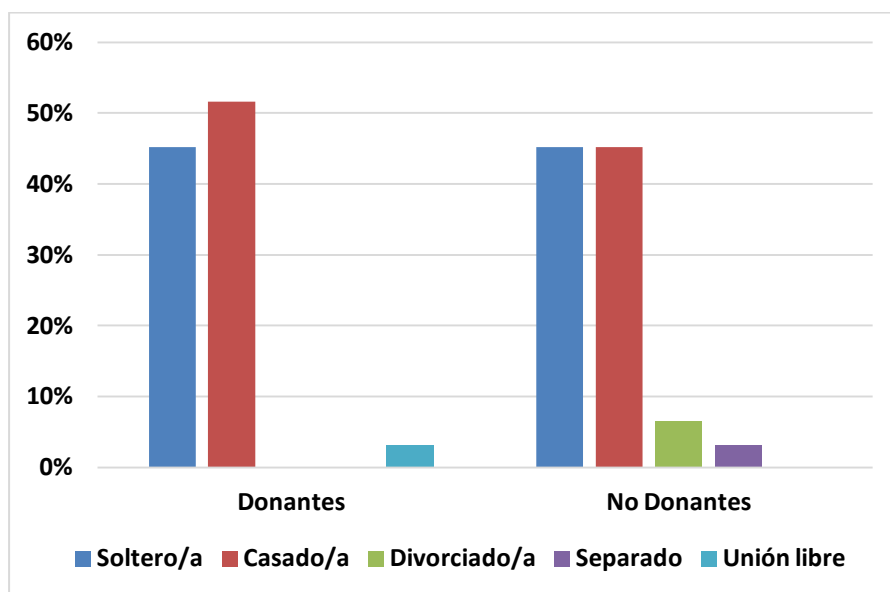


Gráfico 4.4: Representación gráfica de la distribución de participantes según el estado civil, tanto del grupo Donantes y del grupo No donantes de sangre.

En lo referente a la variable ‘estado civil’ se obtuvo que una igualdad porcentual entre las personas de estado civil solteras. Aunque hay mayor número de personas casadas en el grupo Donantes con escasa presencia de divorcios y separaciones y solamente una persona que mantiene un tipo de relación denominada unión libre.

Por otra parte, en consideración de la variable ‘cargas familiares’, en el grupo Donantes se encontró que, quienes tienen hijos a su cargo correspondió a un 77,4%; esposo/a en un 6,2%; familiares cercanos en un 3,2% y sin ninguna carga familiar en un 48,4%. El grupo de No donantes presento que tienen a cargo a hijos en un 54,8%; familiares cercanos en un 9,7% y ningún tipo de carga familiar en un 35,5%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 4,149$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.5).

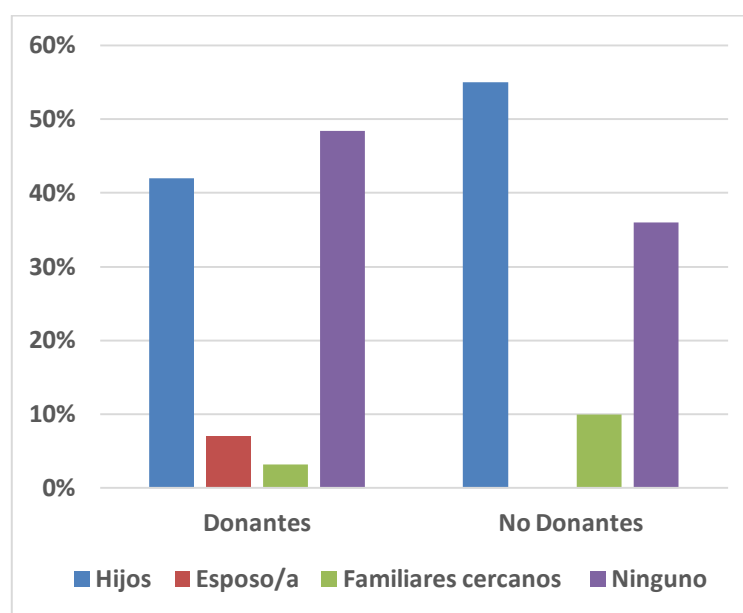


Gráfico 4.5: Distribución de los participantes en consideración de las cargas familiares, del grupo Donantes como del grupo No donantes de sangre.

En el grupo Donantes se encontró mayor número de personas que no tienen cargas familiares, mientras que en el grupo No donantes predomina el criterio de ‘hijos’ como cargas familiares. La menor presencia de porcentual tanto en el grupo Donantes como No donantes se halla en familiares cercanos.

4.2. Análisis Descriptivos de las Características Laborales

Es una de las variables que permitieron conocer sobre las actividades laborales que realizaban los participantes. Datos que se resumen en días y horas de trabajo, situación económica, satisfacción y actividad laboral (Ver cuadro 4.2)

Cuadro 4.2:

Análisis descriptivos de las características laborales

Variables	Donantes		No donantes		Contraste t(38)
	Media	Desviación	Media	Desviación	
Días de trabajo	4,19	2,07	3,16	2,5	1,768
Horas de trabajo	6,87	3,26	5,61	4,34	1,290
	F	%	F	%	X²
Situación económica					
Buena	14	45,2%	15	48,4%	,065
Regular	17	54,8%	16	51,6%	
Satisfacción laboral					
No contesta	0	0,0%	1	3,2%	2,576
Alta	8	25,8%	6	19,4%	
Moderada	17	54,8%	14	45,2%	
Baja	3	9,7%	5	16,1%	
Ninguna	3	9,7%	5	16,1%	
Actividad laboral					
Desempleado	2	6,5%	1	3,2%	11,804*
Trabajos event.	4	12,9%	5	16,1%	
Regular informal	4	12,9%	7	22,6%	
Regular registra.	14	45,2%	9	29,0%	
Apartado	5	16,1%	0	0,0%	
No trabaja	2	6,5%	9	29,0%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Con respecto a la variable ‘días de trabajo’ se encontró que en el grupo Donantes tuvo de resultados $M=4,19$ días por semana; $Ds=2,07$ mientras que en el grupo No donantes fue $M= 3,16$ días por semana; $Ds= 2,5$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t= -1,37$; $p > ,05$ y se asume que los grupos fueron equivalentes. En el caso de la variable ‘horas de trabajo’ se encontró que en el grupo de Donantes hubo $M=6,87$ horas por día; $Ds=3,26$; mientras que en el grupo No donantes existió una media de $M= 5,61$ horas por día; $Ds= 4,34$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t=-1,37$; $p > ,05$ y se asume que los grupos fueron equivalentes.

Con respecto a la variable ‘situación económica’ en el grupo Donantes el 45,2% se consideró que su situación económica es buena, mientras que en el grupo No donantes fue del 48,4%. Además existe un criterio de situación económica regular del 54,8% en el grupo Donantes y en el grupo de No donantes fue del 51,6%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= ,065$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.6).

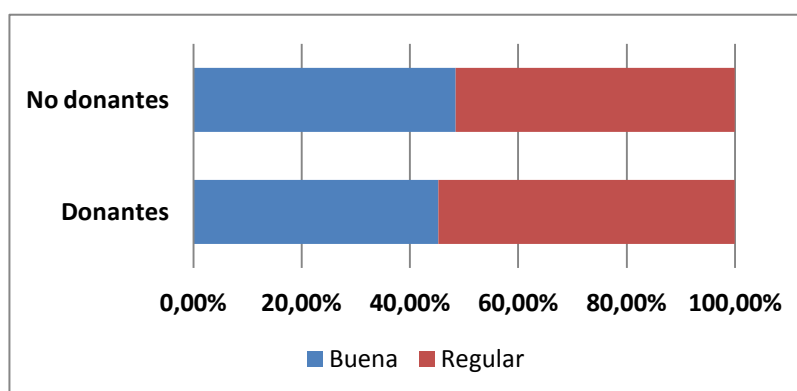


Gráfico 4.6: Representación gráfica de la distribución de los participantes en consideración de la situación económica de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

La representación gráfica muestra que la situación económica de los participantes en su mayoría la consideran como regular dentro del grupo Donantes. La relación del grupo No donantes por el contrario es inversa.

El nivel de ‘satisfacción laboral’ en el caso de grupo Donantes, fue alta satisfacción en el 25,8%; moderada en un 54,8%; baja en un 9,7%. No respondieron a la pregunta un 9,7%. Mientras que en el caso del grupo No donantes se encontró en el indicador como alta satisfacción en un 19,4%; moderada en un 45,2%; baja con un 16,1% y finalmente no respondieron un 16,1%. No se encontraron diferencias

significativas entre ambos grupos $X^2= 2,576$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.7).

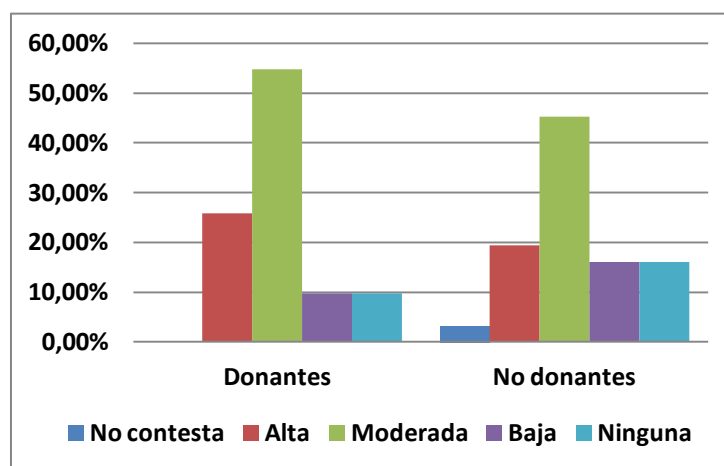


Gráfico 4.7: Representación gráfica de la distribución de los participantes por nivel de satisfacción laboral de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

En la gráfica se aprecia que presenta en su mayoría en ambos grupos un nivel moderado de satisfacción laboral seguida de una percepción alta de satisfacción laboral.

Finalmente en lo que se refiere a la variable actividad laboral, se encontró desempleados en un 6,5%; con trabajos eventuales el 12,9%; trabajo regular informal el 12,9%; trabajo regular registrado en un 45,2%, apartados laborales en un 16,1% y sin trabajo debido a estudios en un 6,5%, todos pertenecientes al grupo Donantes. En el grupo No donantes se verificó que desempleados fueron el 3,2%; con trabajos eventuales en un 16,1%, trabajo regular informal en 22,6%; trabajo regular registrado en un 29,0% y no trabajan por estudios en un 29,0%. En este caso

se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 11,804$; $p < ,05$ por lo tanto se asume que los grupos no son iguales (Ver gráfico 4.8).

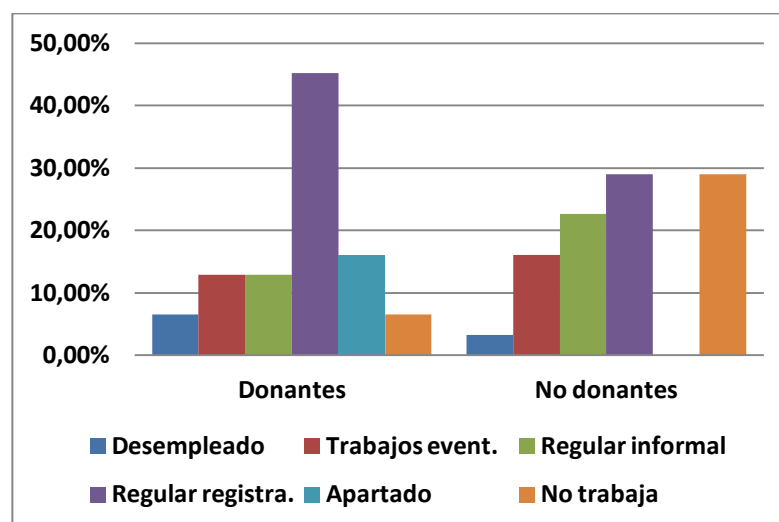


Gráfico 4.8: Representación gráfica de la distribución de los participantes por tipo de actividad laboral de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

En el grupo Donantes se presenta un mayor porcentaje en la de trabajo regular registrado que es superior al grupo de No donantes. En el grupo de No donantes hay una igualdad de participantes entre las condiciones de trabajo regular registrado y no trabaja por estudios.

4.2.1. Análisis Descriptivo de las Características de Calidad de Vida

En esta sección se pretende elaborar un análisis de todos los aspectos que abarca ‘calidad de vida’ en el grupo de Donantes y No donantes. Las características de esta variable son: estado de salud física y psicológica, tratamiento médico y psiquiátrico,

actividad física y antecedentes psicológicos personales y familiares. Las que se hallan relacionadas con el bienestar (Ver cuadro 4.3).

Cuadro 4.3:

Análisis descriptivos de las características de calidad de vida

<i>Variables</i>	<i>Donantes</i>		<i>No donantes</i>		<i>Contraste X²</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
<i>Estado de salud física</i>					
Buena	23	74,2%	17	54,8%	
Regular	7	22,6%	13	41,9%	2,700
Mala	1	3,2%	1	3,2%	
<i>Bajo tratamiento medico</i>					
Si	2	6,5%	9	29,0%	
No	29	93,5%	22	71,0%	5,415*
<i>Estado de salud psicológica</i>					
Buena	30	96,8%	29	93,5%	
Regular	1	3,2%	2	6,5%	,350
<i>Bajo tratamiento psiquiátrico</i>					
No	31	100%	31	100%	-
<i>Actividad Física</i>					
Regularmente	15	48,4%	12	38,7%	
Ocasionalmente	15	48,4%	16	51,6%	1,366
Nunca	1	3,2%	3	9,7%	
<i>Antecedentes psicológicos individuales</i>					
Si	6	19,4%	6	19,4%	,0
No	25	80,6%	25	80,6%	
<i>Antecedentes psicológicos familiares</i>					
Si	5	16,1%	5	16,1%	,0
No	26	83,9%	26	83,9%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El nivel de 'estado de salud física' en el caso del grupo Donantes, el estado de salud buena correspondió a un 74,2%, regular en un 22,6% y mala en un 3,2 %. Mientras que en el grupo No donantes, se presentó un nivel bueno de salud en un 54,8%, regular en un 41,9% y malo en un 3,2%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = 2,576$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.9)

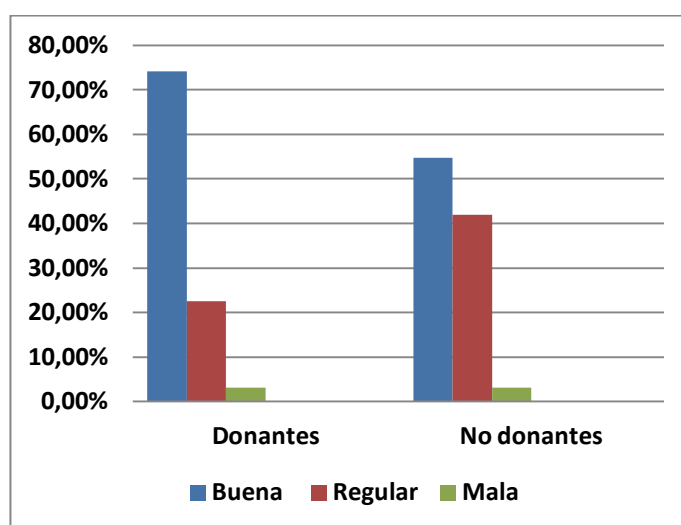


Gráfico 4.9: Representación gráfica de la distribución de los participantes por nivel de estado de salud física de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se observa que en el grupo de Donantes, existe un mayor porcentaje de participantes que indican tener un buen estado de salud física que en los No donantes de sangre. Quizás se deba a que: “Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, existiendo ya muchas evidencias de que los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas” (Kiecolt-Glaser et al., 2002, p. 83). Se concluye que es importante la percepción y el pensamiento, al momento de determinar si está la persona en buenas o en malas condiciones físicas razón por la cual las emociones quedan inmersas al evaluar dicho aspecto; recalando que la parte emocional positiva es primordial para que una persona afirme que se siente bien, libre de enfermedades, mientras que las emociones negativas están ligadas a interpretar los síntomas físicos como una alternativa de que su salud decaiga.

En lo que respecta la variable ‘tratamiento médico’, en el grupo de Donantes reciben tratamiento médico en un 6,5%, mientras que en un 93,5% no reciben. En el grupo

No Donantes en un 29,0% reciben procesos médicos a comparación del 71,0% no presentan se encuentran en una fase de medicación. %. En este caso se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 11,804$; $p < ,05$ por lo tanto se asume que los grupos no son iguales (Ver gráfico 4.10).

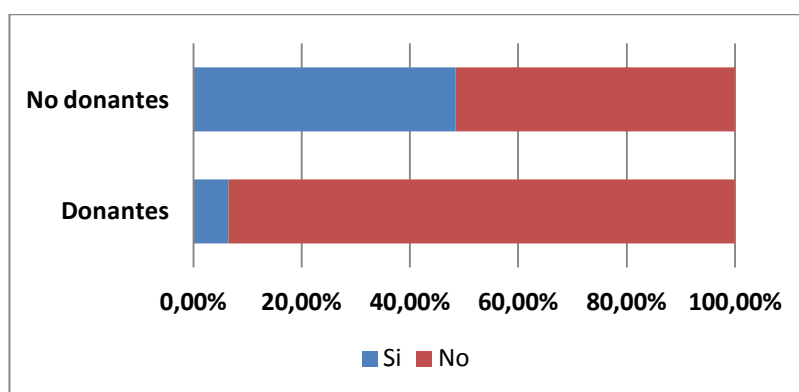


Gráfico 4.10: Representación gráfica de la distribución de los participantes en tratamiento médico de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Existe una diferencia significativa, al observar que los participantes del grupo de Donantes no se encuentran en su mayoría bajo ningún tipo de tratamiento médico. La percepción de síntomas físicos es considerada como una ‘señal’ para los individuales de que deben acudir al médico, que en grupo de No donantes existe. Por tanto es necesario recalcar lo que sostiene Fernández, y Hernández que “el efecto de una enfermedad medida en parámetros de capacidad funcional, la necesidad de tratamientos crónicos, los efectos del tratamiento y la necesidad de hospitalización y otras intervenciones influye fuertemente en el bienestar del paciente” (pág. 577), lo que indica que no hay preocupación por síntomas físicos en el grupo Donantes como para que deba ser atendida, siendo un indicador de estabilidad, razón por la que contribuyen con el acto de dar vida a los que necesitan en base a su bienestar,

justamente por sus condiciones físicas que son comprobadas durante el proceso de donación de sangre.

En la variable 'estado de salud psicológica', en el grupo de Donantes respondieron en un 96,8% que tienen buena salud mental, y regular en un 3,2%. En el grupo No donantes indica que en un 93,5% tienen buena salud psicológica y en un 6,5% es regular. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 2,576$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.11).

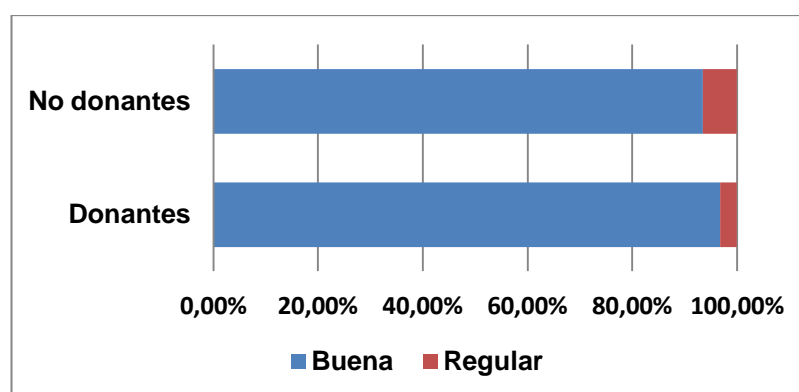


Gráfico 4.11: Representación gráfica de la distribución de los participantes en estado de salud mental de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se estimó una presencia mayoritaria de salud mental buena tanto en los grupos de Donantes y No donantes de sangre. Se asume que respondieron en base a la ausencia de trastornos mentales, en la cual hay capacidades de afrontamiento frente a las tensiones diarias en las distintas áreas en las que se desempeñan.

Dentro de la variable 'tratamiento psiquiátrico', en los grupos de Donantes y No donantes no existe ningún tipo de tratamiento psiquiátrico, que corresponde al 100%

de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2=$,000; $p>$,05 por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.12).

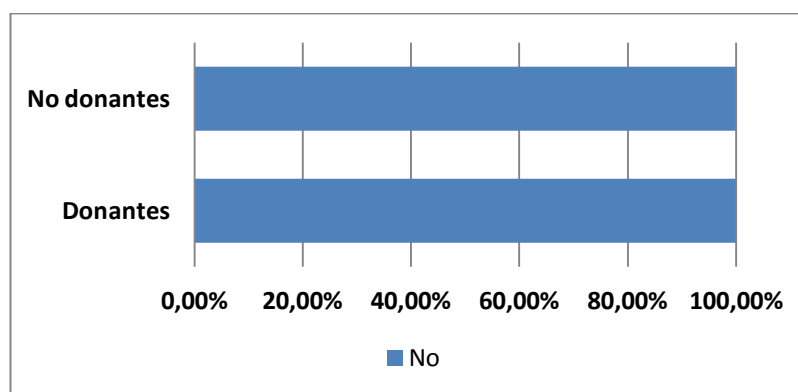


Gráfico 4.12: Representación gráfica de la distribución de los participantes en tratamiento psiquiátrico de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

En ambos grupos se nota la ausencia de tratamiento psiquiátrico, lo que se interpreta que nunca han consumido medicamentos que tengan que regular su estado anímico. Lo que permite asociar entre salud mental y salud física, que presentan un equivalente, sin olvidar que la percepción del mundo influye al momento de evaluar su verdadero estado de salud, relacionado lógicamente con situaciones que a diario se presentan y unos tienden a sobrellevar más rápido que otros en el aspecto emocional, dado que es más importante la salud mental o emocional.

La actividad física en el grupo de Donantes, indica que en un 48,4% lo realizan de forma regular, mientras que en un 48,4% ocasionalmente y nunca en un 3,2%. En el grupo de No donantes hacen ejercicio regularmente en un 38,7%, ocasionalmente en un 51,6% y nunca en un 9,7%. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 2,576$; $p>$,05 por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.13).

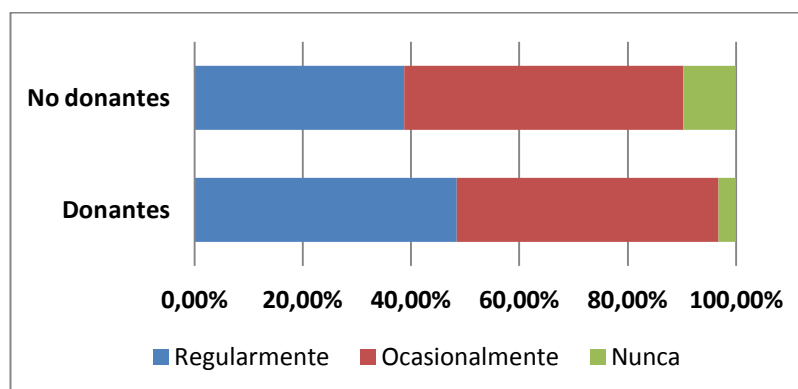


Gráfico 4.13: Representación gráfica de la distribución de los participantes en actividad física de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se observa que en el grupo Donantes hay mayor actividad física entre regularmente y ocasionalmente, mientras que en grupo No donantes hay un 51,60% de participantes que realizan ejercicio físico. El requerimiento que se solicita al momento de donar sangre es la condición física, lo indica que los donantes están más atentos con la realización de la actividad física, de aquellos que no lo hacen.

Dentro de la variable ‘antecedentes psicológicos individuales’, en el grupo Donantes y No donantes hay valores porcentuales iguales, indicando que un 19,4% tienen historiales psicológicos, y en un 80,6% no existe. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 2,576$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.14).

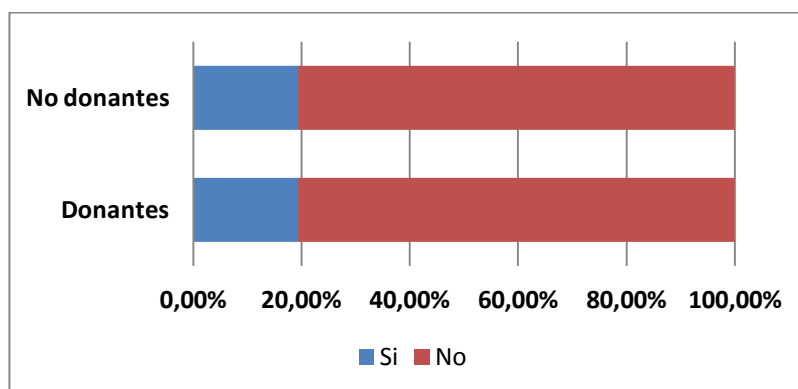


Gráfico 4.14: Representación gráfica de la distribución de los participantes en antecedentes psicológicos individuales de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se presenta porcentajes similares en ambos grupos de comparación, la que muestra que hay una mayoría de participantes que no tienen antecedentes psicológicos individuales. Lo que significa que en los dos grupos de participantes en algún momento de su vida tuvieron que acudir a consulta psicológica, en vista de que les costó trabajo sobrellevar cierto tipo de problemática a nivel emocional.

Dentro de la variable ‘antecedentes psicológicos familiares’, en el grupo Donantes y No donantes hay valores porcentuales iguales, indicando que un 16,1% tienen historiales psicológicos, y en un 83,9% no existe. %. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 2,576$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.15).

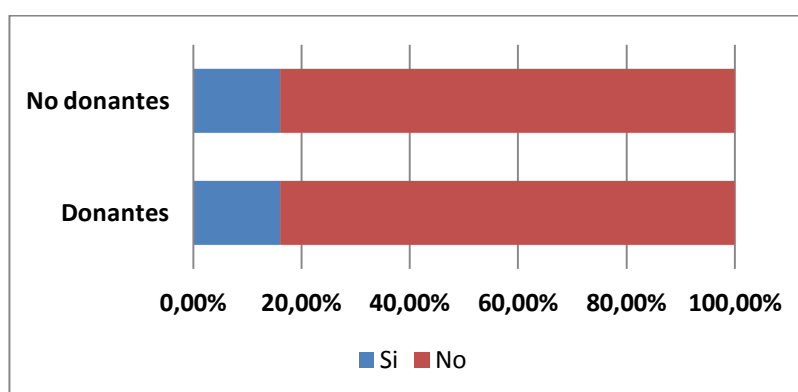


Gráfico 4.15: Representación gráfica de la distribución de los participantes en antecedentes psicológicos familiares de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se presenta porcentajes similares en ambos grupos de comparación, la que muestra que hay una mayoría de participantes que no tienen antecedentes psicológicos familiares. Lo que se entiende que en las familias de los dos grupos existieron conflictos personales en alguno de los miembros del hogar y que ciertas características pueden ser desencadenantes para el desarrollo de problemas psicológicos, tomando en cuenta que uno de los indicadores es la predisposición genética que puede influir en alguno de los participantes y desarrolle sintomatología patógena.

4.3. Análisis de los Factores Psicosociales entre los Grupos de Estudio

La variable factores psicosociales corresponden a la interacción con el entorno a partir de los rasgos característicos de la persona. A continuación los factores psicosociales temperamento, expresión emocional, visión del mundo, límites, experiencias de vida, expectativas, clima familiar, subsistema parento-filial,

vinculación temprana, subsistema conyugal, relaciones interpersonales, relaciones grupales y oportunidades de vida. Se presentan los datos de evaluación referente al elemento del temperamento como un factor psicosocial que se refiere a la capacidad o no que tiene la persona para poderse desenvolver dentro del ambiente, la misma que corresponde a una forma específica de reacción ante estímulos (Ver cuadro 4.4).

Cuadro 4.4:

Comparación del temperamento entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Fácil adaptación	30	96,8%	23	74,2%	6,369*
Difícil adaptación	1	3,2%	8	25,8%	6,369*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En cuanto a la comparación del temperamento, en el grupo Donantes se encontró que el 96,8% de los participantes tienen una fácil adaptación, mientras que un 3,2% presentaron dificultades. Siguiendo con los resultados en el grupo No donantes el 74,2% establecieron una relación de armonía, mientras que en un 25,8% se presentaron dificultades con el mundo externo. En este caso se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = 6,369$; $p < ,05$ por lo tanto se asume que los grupos no son iguales (Ver gráfico 4.16).

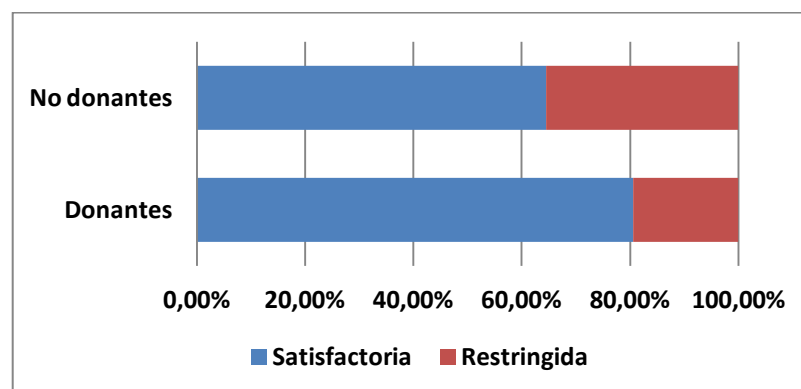


Gráfico 4.16: Representación gráfica de la comparación del temperamento de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se estima que los valores en proporción en ambos grupos corresponden a la fácil adaptabilidad, indicando que hay modificación de constante en su comportamiento a medida que interactúa de manera dinámica, evitando conflictos y generando estabilidad en los participantes. Al parecer aquellos que son donantes presentan mayores niveles de adaptabilidad con su temperamento que aquellos que no lo hacen. Otro de los elementos a evaluar es la expresión de las emociones, la que es representada a nivel corporal y verbal, siendo una reacción rápida frente a estímulos agradables o desagradables. La que se considera como una emisión de sentimientos que son susceptibles al ambiente y que tienden a ser interpretados según la ocasión, estas emociones se muestran de una manera asertiva o no, razón por la cual elige la persona escenificar la parte emocional con el entorno, incluyéndola en una comunicación abierta y dinámica o restringida y callada (Ver cuadro 4.5).

Cuadro 4.5:

Comparación de la expresión emocional entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste χ^2
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Satisfactoria	25	80,6%	20	64,5%	2,026
Restringida	6	19,4%	11	35,5%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Respecto a la expresión emocional, se encontraron porcentajes de 80% de los participantes del grupo Donantes con un indicador de satisfacción, por lo que se encontraron valores de 19,4% de participantes que es restringida al momento de hablar de sus emociones. En el grupo de No donantes, se hallan porcentajes de 64,5% que cumplen con reacciones afectivas positivas, sin embargo el 35,5% que corresponde a los participantes que no cumplen con la función comunicativa emocional. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2=2,026$; $p>,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

La visión del mundo, es una forma de percepción de todo aquello que lo rodea. De una manera optimista o pesimista, se diferencia, porque la primera es un tipo de actitud emprendedora y activa de forma continua y la segunda tiende a ser una actitud más negativa frente lo que espera que pase. Ambas perspectivas se pueden considerar como un vistazo de lo que aspira y quiere el sujeto de las situaciones que se encuentra inmerso (Ver cuadro 4.6).

Cuadro 4.6:

Comparación de la visión del mundo entre los grupos Donantes y No donantes

<i>Indicadores</i>	<i>Donantes</i>		<i>No donantes</i>		<i>Contraste X²</i>
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Optimista	31	100,0%	28	90,3%	3,153
Pesimista	0	0%	3	9,7%	

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

La variable ‘visión del mundo’, corresponde a los valores de 100% en el grupo Donantes que son optimistas, a diferencia del grupo de No donantes que el 90,3% de los participantes tuvieron actitudes de confianza para conseguir logros, en cambio el 9,7% tienen actitudes con pocas probabilidades de que todo salga bien. No se

encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 3,153$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Otro de los elementos en estudio fueron los límites, que son restricciones personales que no sobrepasen sus propias condiciones. Razón por la cual es importante mencionar, que las prohibiciones son de carácter subjetivo y que de eso depende sobre exigir aquellas limitaciones o no (Ver cuadro 4.7).

Cuadro 4.7:

Comparación de límites entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Definidos	22	71,0%	26	83,9%	1,467
Indefinidos	9	29,0%	5	16,1%	

Nota: * $p< 0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

En cuanto a los ‘límites’, en el grupo Donantes se encontró valores de 71% de participantes que tuvieron límites definidos, seguido por un 29,0% que no conservaron una moderación en su comportamiento. En el grupo No donantes, la condición de extremismo que no sobrepasan acciones de peligrosidad en un 83,9%, mientras que en un 16,1% exceden situaciones que desgastan energía a nivel físico y psicológico. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= 1,467$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

El siguiente elemento es de experiencias de vida, que constituye al bagaje de vivencias que atravesó una persona y es autor de su propia vida. Experiencias que forman parte del recuerdo y que son evocadas al re-ecenficiar momentos gratificantes, satisfactorios y otras con una sensación displacentera (Ver cuadro 4.8).

Cuadro 4.8:**Comparación de experiencias de vida entre los grupos Donantes y No donantes**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X^2
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Normativos	30	96,8%	27	87,1%	1,958
Traumáticos	1	3,2%	4	12,9%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

La variable ‘experiencias de vida’, el grupo Donantes en un 96% de los participantes tuvieron una trayectoria de su vida fue normativa, mientras que en un 3,2% existió una variedad de sucesos poco comunes. De igual manera en el grupo No donantes, en un 87,1% de los participantes pasaron por vivencias aceptables, a pesar de que en un 12,9% sobrepasaron hechos fuera de lo normal. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = 1,958$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.17).

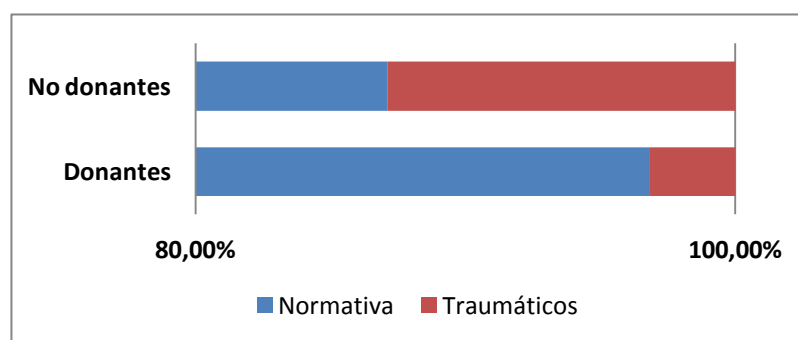


Gráfico 4.17: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se estima que el grupo No donantes existieron más experiencias traumáticas mientras que en el grupo Donantes rige una normativa dentro de los que son experiencias de vida. Lo que se considera en el grupo No donantes hay experiencias caóticas y fuera de normal atribuyendo que conocen del dolor de los demás y forman

parte de los valores sociales evidentes como es de la solidaridad en momentos difíciles, al donar sangre para salvaguardar vidas.

Uno de los elementos que se tomó en cuenta son las expectativas, en referente a los anhelos personales y tienden a ser hechos palpables y realizables, partiendo de conductas y actitudes que sean coherentes para que la idea inicial se cumpla a cabalidad con un propósito en beneficio de la persona que la realiza, de que aquellos que tienen una imaginación amplia que no es congruente con lo que se hacen (Ver cuadro 4.9).

Cuadro 4.9:

Comparación de expectativas entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Realistas	30	96,8%	29	93,5%	,350
Utópicas	1	3,2%	2	6,5%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El siguiente punto trata de las ‘expectativas’, en el grupo de Donantes con porcentajes de 96,8% que mantuvieron relaciones de acciones y consecuencias reales, en vista de que el 3,2% no hay resultados asociados con su comportamiento. Igualmente en el caso de los No donantes hay valores de 93,5% de participantes que mantienen estados conscientes de actuación, continuando con porcentajes de 6,5% que presentaron actitudes que no tienen relación con algún resultado en particular. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = ,350$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

El clima familiar es otro elemento de estudio, que corresponde al entorno en base a la calidad de relación entre los miembros de la familia. El ambiente que lo rodea tiende

a ser cálido u hostil, la primera se refiere a una interpretación que perciben los integrantes de la familia basados en la comunicación, confianza, afecto y apoyo; y la segunda es lo contrario a lo antes mencionado, justamente por la usencia de habilidades sociales y cohesión (Ver cuadro 4.10).

Cuadro 4.10:

Comparación del clima familiar entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cálido	29	93,5%	30	96,8%	,350
Hostil	2	6,5%	1	3,2%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

A cerca del ‘clima familiar’, los Donantes en un 93,5% señalaron que el grado de relación proporcionaron emociones gratificantes, en cuanto a los valores de 6,5% reflejaron que la no hubo buena comunicación e interacción entre los miembros del hogar. Algo semejante ocurre con el grupo de No donantes, debido a que existieron porcentajes de 96,8% en el que la relación familiar es funcional y en un 3,2% existe disfuncionalidad en el hogar. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = ,350$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

En cuanto al subsistema parento-filial, se fundamenta en la relación vertical entre padre e hijos, con reglas, límites y unión. A partir de un lazo afectivo y de confianza, siempre con la intensidad de comunicar y una necesidad de compartir entre todos (Ver cuadro 4.11).

Cuadro 4.11:**Comparación del subsistema parento-filial entre los grupos Donantes y No donantes**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Satisfactorio	28	90,3%	28	90,3%	,000
Conflictivo	3	9,7%	3	9,7%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El ‘subsistema parento-filial’, en el grupo Donantes y No donantes se encontraron valores de 90,3% que tuvieron buena relación entre padre e hijos, y el 9,7% es conflictivo con la ausencia de principios de mando, jerarquía y diferenciación de sus miembros, basado en la falta de sentimientos de cohesión y apoyo entre los miembros de la familia. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = ,000$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Otro de los elementos es la vinculación temprana, se refiere al grado de afectividad que existió en un inicio de la vida de una persona, con un referente paterno ligado a los afectos, sentimientos y emociones (Ver cuadro 4.12).

Cuadro 4.12:**Comparación de vinculación temprana entre los grupos Donantes y No donantes**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Estable	25	80,6%	29	93,5%	2,296
Inestable	6	19,4%	2	6,5%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Como resultado de la variable ‘vinculación temprana’, en el grupo Donantes se hallaron valores de 80,6% que mantuvieron relaciones de un fuerte vínculo afectivo

y cognitivo con una figura referente de proximidad, mientras que el grupo de no donantes en un 19,4% existieron vínculos poco comunes. En el grupo No donantes los porcentajes de 93,5% indicaron que existieron lazos de regulación emocional con el cuidador, a comparación de 6,5% de participantes que vivieron en un ambiente con falta de apego. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2=2,296$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.18).

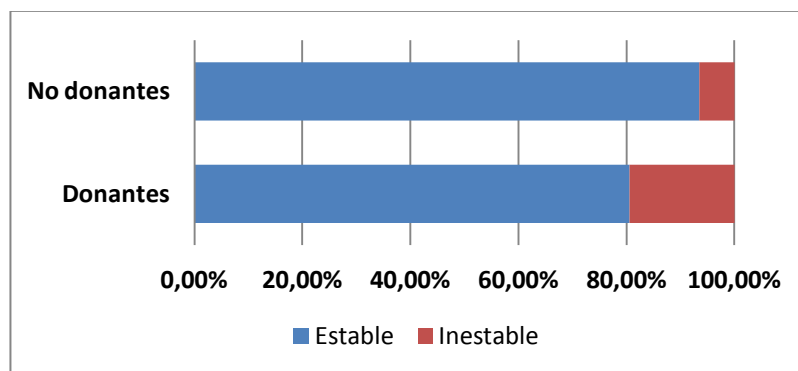


Gráfico 4.18: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Se concluye que en el grupo No donantes es más estable que el que de No donantes. Lo que indica una vez más que la inestabilidad si forma parte del grupo No donantes, aunque no considerablemente, evidenciando que en los inicios de vida fue conflictivo en la relación con la figura de referente a nivel emocional como cognitivo.

El elemento subsistema conyugal, está conformado por la pareja en vista de una relación hay funciones específica, como la capacidad de solución de problemas, afecto mutuo y el respeto al dirigirse entre ambos (Ver cuadro 4.13).

Cuadro 4.13:**Comparación del subsistema conyugal entre los grupos Donantes y No donantes**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Estabilidad	17	54,8%	14	45, 2%	1,100
Conflictividad	4	12,9%	3	9,7%	
Ninguno	10	32,3%	14	45, 2%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El ‘subsistema conyugal’, en el grupo de Donantes corresponde al 54,8% que tuvieron buena relación de pareja, el 12,9% se manejaron del lado de la conflictividad en la interacción, y el 32,3% indicaron que no mantienen ningún tipo de relación conyugal debido al estado civil. El grupo No donantes, el 45,2% gozaron de estabilidad en esta variable, el 9,7% es diferente, y el 45,2% no respondieron por la situación sentimental actual. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2=1,100$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Las relaciones interpersonales, involucra aspectos dentro un normativa social al momento de interactuar con respecto, amabilidad y cordialidad. Elementos que forman parte de una comunicación sana con ausencia de la agresividad y autoritarismo (Ver cuadro 4.14).

Cuadro 4.14:**Comparación de relaciones interpersonales entre los grupos Donantes y No donantes**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Respeto recíproco	28	90,3%	27	87,1%	,161
Autoritario	3	9,7%	4	12,9%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

La variable ‘relaciones interpersonales’, en el grupo Donantes los valores de 90,3% conservaron respeto recíproco al momento de interactuar con el otro, y en un 9,7% tienden a comportarse autoritarios y sometedores. Mientras que el grupo de No donantes tuvieron una capacidad de calidad y congruencia en la relación social, mientras que el 12,9% no tuvieron habilidades sociales. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2 = ,161$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Las relaciones grupales, se trata de la integración, del compartir entre los que forman parte, a través de intereses sociales, valores ligados a cada persona y la forma de ser de los mismos, razón por la cual dependiendo de los rasgos individuales y la percepción que tiene de los otros sea partícipes dentro de un diálogo grupal (Ver cuadro 4.15).

Cuadro 4.15:

Comparación de relaciones grupales entre los grupos Donantes y No donantes

<i>Indicadores</i>	<i>Donantes</i>		<i>No donantes</i>		<i>Contraste X²</i>
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Integrado	29	93,5%	29	93,5%	,000
Excluido	2	6,5%	2	6,5%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Se explica que en las ‘relaciones grupales’, en el grupo Donantes y No donantes mantuvieron interacciones entre individuos adecuadas, de unión e integración en un 93,5%; mientras que en ambos grupos hay valores de un 6,5% que representa que tuvieron comportamientos antisociales, evitando la proximidad al interactuar a nivel

social. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= ,000$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Y por último, un elemento que no podía faltar son las oportunidades de vida que concierne a las alternativas o decisiones que se presentaron en su momento y no supieron aprovechar, lo que indica que la falta de planificación hace que hayan desperdiciado grandes cosas que ahora son irrecuperables, a comparación de aquellos que no tuvieron oportunidad y que les hubiese gustado tener para mejor a nivel personal. (Ver cuadro 4.16).

Cuadro 4.16:

Comparación de oportunidades de vida entre los grupos Donantes y No donantes

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X^2
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Diversas	28	90,3%	29	93,5%	,218
Ausentes	3	9,7%	2	6,5%	

Nota: * $p< 0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Y finalmente dentro del grupo de factores psicosociales, se encuentra a la variable ‘oportunidades de vida’. En el grupo Donantes los valores son de 90,3% que reportó que las oportunidades han sido diversas durante su vida, y el 9,7% fueron exceptuados de circunstancias que mejoren su condición. Dentro del grupo de Donantes el 93,5% de los participantes informaron que durante su existencia han sido diversos escenarios que ayudaron al desarrollo personal, mientras que el 6,5% pasaron por dificultades que no incluyeron una mejora para su vida. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $X^2= ,218$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales (Ver gráfico 4.19).

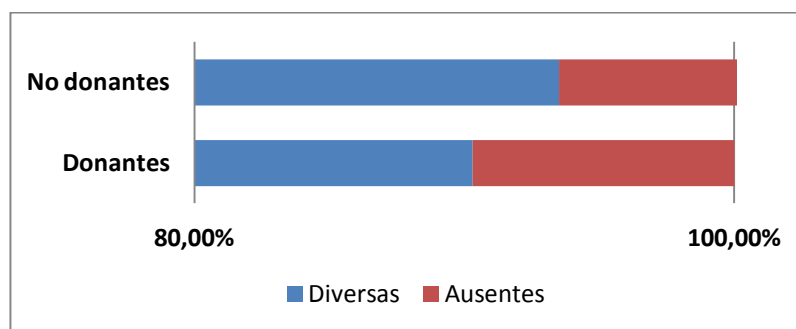


Gráfico 4.19: Representación gráfica de experiencias de vida de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Este resultado indica que hay mayores oportunidades de vida en el grupo No donantes, a comparación de los Donantes. En vista de la ausencia de oportunidades en los donantes, se interpreta que la vida que llevaron fue difícil y que existe un grado de resiliencia frente a las adversidades para que las condiciones de vida sean satisfactorias y aún continúen buscando formas de desarrollar a nivel personal.

4.4. Análisis de las Conductas y Hábitos de Riesgo y Protección

La conducta y hábitos de riesgo y protección, corresponden a una forma de desempeño en el entorno de acuerdo al nivel de cuidado o no. Sin embargo dentro de este análisis se encuentra: horario de alimentación, calidad de alimentación, sueño, conducir a velocidad, conducción bajo los efectos de alcohol, cruza la calle por el semáforo peatonal, camina por la calle, relaciones sexuales, uso de preservativos, medicación, cumplimiento con el tratamiento médico, autocontrol, puntualidad, actividad física y actividades de ocio.

A continuación muestra la tabla del horario de alimentación, la misma que está relacionada con los hábitos de salud (Ver cuadro 4.17).

Cuadro 4.17:**Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al horario de alimentación**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	13 _a	41,9%	13 _a	41,9%	,000
Protección	18 _a	58,1%	18 _a	58,1%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Se indica que el horario de alimentación en el grupo de Donantes y No donantes existió riesgo en un 41,9% mientras que en un 58,1% procuraron tener hábitos saludables. Lo que se interpreta que la alimentación que llevan ambos grupos es equivalente, pero prevalece el cuidado en el horario de consumo de alimentos.

Los datos en cuestión, se refiere a la calidad de alimentación es decir el equilibrio de la dieta que tienen los participantes (Ver cuadro 4.18).

Cuadro 4.18:**Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la calidad de alimentación**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	9 _a	29,0%	13 _a	41,9%	1,127
Protección	22 _a	71,0%	18 _a	58,1%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En el factor, respecto a la calidad de la alimentación, en el grupo Donantes en un 29,0% tuvieron riesgo y en un 71,0% cuidaron del consumo en porciones de alimentos. Mientras que en el grupo No donantes en un 41,9% se incluyeron en conductas que ponen en riesgo la salud, que en aquellos en un 58,1% si lo hicieron. Estos datos demostraron que los donantes se cuidan en la ingesta de alimentos a

comparación de los No donantes, sin embargo hay más riesgo en los No donantes por que tienen una dieta no balanceada y tienden a desencadenar enfermedades como el sobrepeso.

El cuadro es del horario de sueño, el que representa que duermen a altas horas o a su vez duermen temprano (Ver cuadro 4.19)

Cuadro 4.19:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al sueño

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	20 _a	64,5%	21 _a	67,7%	,072
Protección	11 _a	35,5%	10 _a	32,3%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Este factor corresponde al sueño, es decir que tienen horarios en los que se respeta las horas de sueño. En el grupo Donantes en un 64,5% que duermen a altas horas de la noche y en 35,5% no lo hacen. Mientras que el grupo de No donantes en un 67,7% indicaron que no cumplen con un horario saludable a comparación de que el 32,3% no lo tiene. Esto representa que el horario de sueño que mantienen en los Donantes y No donantes tiene mayor riesgo, y que incluso por la falta de descanso pueda existir alguna alteración o baja productividad en el trabajo.

Otra de los datos analizados es la velocidad con la que conducen los participantes y que es una forma de poner en riesgo la vida (Ver cuadro 4.20).

Cuadro 4.20:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la velocidad de conducción

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	5 _a	16,1%	6 _a	19,4%	
Protección	11 _a	35,5%	13 _a	41,9%	,591
No conduce	15 _a	48,4%	12 _a	38,7%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Otro de los aspectos de estudio es la velocidad con la que conducen, determinando que en el grupo Donantes en un 16,1% condujeron a alta velocidad y en un 35,5% no, sin embargo en un 48,4% no conduce. En cambio en el grupo No donantes en un 19,4% manifestaron que si corren riesgo, mientras que en un 41,9% majaron de manera prudente, pero en un 38,7% de participantes que respondieron que no conducen. En ambos grupos el cuidado que tienen al conducir, sin embargo los Donantes prefieren no conducir en algunos de los casos.

El cuadro indica otro de los riesgos que se produce el conducir bajo los efectos del alcohol y aquellos que no lo hacen (Ver cuadro 4.21).

Cuadro 4.21:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al conducir bajo los efectos de alcohol

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	3 _a	9,7%	4 _a	12,9%	
Protección	13 _a	41,9%	15 _a	48,4%	,619
No conduce	15 _a	48,4%	12 _a	38,7%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Otro de los puntos es el conducir bajo los efectos del alcohol, en el grupo Donantes se muestran valores de 9,7% que condujeron bajo los efectos de alcohol, mientras que en un 41,9% no, y en un 48,4% no conducen. En el grupo No donantes existieron porcentajes de 12,9% de participantes que tienen conductas de consumo cuando conducen, en caso del 48,4% son cuidadosos, y el 38,7% no conducen. En los grupos se mantiene mayor protección ya sea no conduciendo o tomar medidas preventivas en la que eviten accidentes de tránsito, muerte o enfermedad.

Seguidamente el criterio que es el cruzar la calle por el paso peatonal, en el que se considera que algunos participantes cumplen con señales de tránsito y otro no (Ver cuadro 4.22).

Cuadro 4.22:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al cruzar la calles por el paso peatonal

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	17 _a	54,8%	17 _a	54,8%	,000
Protección	14 _a	45,2%	14 _a	45,2%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El criterio cruzar la calle por el paso peatonal, en el caso de Donantes el 54,8% lo hacen mientras que en un 45,2% no cruzan la calle por el paso peatonal. Mientras que los participantes No donantes en un 54,8% se mantuvieron en peligro en la calle por la imprudencia y el 45,2% cumplieron con normativas de protección. Los datos mostraron que los dos grupos se encuentran en la misma condición de riesgo, por lo que es un indicador de que corren peligro por no seguir con las normativas de

tránsito y que son un problema, porque pueden ser atropellados o tener algún accidente que dañe su integridad física.

Una de las maneras de notar los riesgos que cumplen los participantes es el caminar distraído o no por la calle, en que no se dan cuenta de la gravedad del peligro al que se exponen (Ver cuadro 4.23)

Cuadro 4.23:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al caminar por la calle

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	11 _a	35,5%	9 _a	29,0%	,295
Protección	20 _a	64,5%	22 _a	71,0%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En cuanto al criterio caminar por la calle, en el grupo Donantes en un 35,5% se encontraron en riesgo y el 64,5% mantuvieron conductas de protección. En el grupo No donantes se hallaron valores de 29,0% de los participantes indican conductas no protectoras que de aquellos que sí, en un 71,0%. Esto indica que los donantes mantengan mayor protección o tengan precauciones que ayuden a no distraerse fácilmente ya sea por el uso de teléfono celular u otra distracción. Lo que es importante destacar que los Donantes si corren riesgo y pueda provocar un desequilibrio psíquico o físico, debido al uso de la tecnología y se convierta en adicción o estar expuesto algún tipo de accidente.

Un aspecto muy interesante es que si tienen actividad sexual con una pareja fija o varias, en el que se muestran valores de riesgo o protección al cuidar su salud (Ver cuadro 4.24).

Cuadro 4.24:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto de relaciones sexuales

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	3 _a	9,7%	6 _a	19,4%	
Protección	26 _a	83,9%	21 _a	67,7%	2,199
No vida sexual	2	6,5%	4	12,9%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Con respecto a las relaciones sexuales, en el grupo Donantes los valores de 9,7% no cumplen con las reglas de protección al tener relaciones sexuales, mientras que en un 83,9% realizaron comportamientos adecuados de salud sexual, y el 6,5% no tienen vida sexual. En el grupo No donantes en un 19,4% mantuvieron cierto tipo de riesgo al mantener relaciones sexuales, otro de los valores en un 67,7% indicaron que se cuidan y el 12,9% no mantuvieron vida sexual. Lo que se considera que hay más cuidado en el grupo de Donantes, justamente por la condición de salud que deben tener para ser un participante activo de la práctica de donación de sangre.

La precaución que tienen en el momento de cuidar su salud sexual, se muestra con el uso o no de preservativos u otros métodos, que evitan el contagio de enfermedades de transmisión sexual o el embarazo (Ver cuadro 4.25)

Cuadro 4.25:**Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al uso de preservativos**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	8 _a	25,8%	9 _a	29,0%	,956
Protección	21 _a	67,7%	18 _a	58,1%	
No vida sexual	2	6,5%	4	12,9%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Otro de los criterios es el uso de preservativos, en el grupo Donantes en un 25,8 no usaron métodos anticonceptivos, el 67,7% mantuvieron precauciones pertinentes y el 6,5% no tienen vida sexual activa. En el grupo Donantes el 29,0% consideraron que no tienen cuidado con el uso de preservativos u otros métodos, mientras que en un 58,1% si se cuidan y el 12,9% existe ausencia de vida sexual. Se reafirma con el cuadro anterior que los Donantes mantienen relaciones sexuales con métodos anticonceptivos, tanto para mantener su salud como la planificación familiar.

Muchas de las personas creen que con tomar algún fármaco, eliminan los síntomas, sin considerar la gravedad del acto. Lo que indica que muchos de los participantes lo hacen, toman riesgos con su salud. No obstante preguntan a personas que dicen saber o acuden al internet para obtener información de lo que puedan consumir reduciendo el malestar (Ver cuadro 4.26).

Cuadro 4.26:**Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al uso de medicamentos**

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	10 _a	32,3%	12 _a	38,7%	,282
Protección	21 _a	67,7%	19 _a	61,3%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En lo que refiere al uso de medicamentos, en el grupo de Donantes en un 32,3% no usan medicamentos recomendados por el médico y en un 67,7% manifestaron que reciben medicación por el profesional de la salud. Por otro lado en el grupo de No donantes los valores de 38,7% hubo automedicación y en un 61,3% manifestaron que usan medicación solo con prescripción médica. El grupo de donantes y No donantes en su mayoría cuidan su estado de salud por lo que evitan auto-med icarse. Lo que indica que priorizan el bienestar físico.

En lo que respecta al tratamiento médico, es si cumplen con todo el tratamiento o no (Ver cuadro 4.27).

Cuadro 4.27:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al tratamiento médico

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	15 _a	48,4%	9 _a	29,0%	2,447
Protección	16 _a	51,6%	22 _a	71,0%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

El tratamiento médico, en el grupo Donantes en un 51,6% cumple tratamiento médico completo y en un 48,4% tuvieron tratamiento incompleto. En el grupo de No donantes los valores de 29,0% dejaron tratamiento médico, mientras que en un 71,0% existió continuidad con la medicación (Ver cuadro 4.28). Lo que indica que los No donantes de sangre reciben en su mayoría tratamiento médico, razón importante para decir que no forman parte del grupo de donantes

El autocontrol en las relaciones interpersonales, se basa en el pensar antes de actuar o el ser muy impulsivo al momento de reaccionar, razones por las que se consideran formas de vivir y que tanto son beneficiosas (Ver cuadro 4.28).

Cuadro 4.28:
Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto al autocontrol en relaciones interpersonales

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	11 _a	35,5%	6 _a	19,4%	2,026
Protección	20 _a	64,5%	25 _a	80,6%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Un criterio estudiado es el autocontrol, en grupo Donantes en un 35,5% no supieron controlarse al reaccionar frente las circunstancias y en un 64,5% pensaron antes de actuar. Con el grupo de No donantes con los valores de 19,4% que respondieron sin pensar, y en un 80,6% actúan impulsivamente. Por lo que los No donantes tienden a mantener mayor control de reacciones, sin embargo los donantes en su mayoría tienden a reaccionar impulsivamente.

El cumplimiento de actividades o eventos en un tiempo determinado, indica el grado de responsabilidad que poseen los participantes y permita que sea productivo para sí mismo o no (Ver cuadro 4.29).

Cuadro 4.29:
Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la puntualidad en eventos y actividades

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	4 _a	12,9%	6 _a	19,4%	,477
Protección	27 _a	87,1%	25 _a	80,6%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Otro criterio es la puntualidad en eventos u actividades, en el grupo Donantes los porcentajes es de 12,9% que incumplen actividades en la hora adecuada, mientras

que en un 87,1% mantuvieron el valor de la puntualidad. En el caso de los No donantes en un 19,4% fueron impuntuales y en un 80,6% siempre llegan a tiempo a todos los eventos. Los donantes son más puntuales a eventos sociales y se podría hablar del compromiso, siendo uno de los componentes que según Ryff está dentro las relaciones positivas, que en definitiva ayuda a mantener relaciones sociales positivas.

Y por último la actividad física, lo que muestra en el cuadro es que si realizan esfuerzo físico o no, y que tanto son consecuentes con su ritmo de vida (Ver cuadro 4.30).

Cuadro 4.30:

Comparación de criterio de riesgo/protección con respecto a la actividad física

Indicadores	Donantes		No donantes		Contraste X²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Riesgo	14 _a	45,2%	12 _a	38,7%	,265
Protección	17 _a	54,8%	19 _a	61,3%	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Y finalmente el criterio de la actividad física, en el grupo de Donantes en un 45,2% hubo falta de ejercicio, y en un 54,8% no realizaron. En el grupo de No donantes en un 38,7% mantienen una vida sedentaria, mientras que el 61,3% mantienen rutinas diarias de hábitos saludables. Estos datos representan que ambos grupos en su mayoría se preocupan de su actividad física, lo que corresponde a que existe cuidado en la percepción de su propio cuerpo.

4.5. Análisis Descriptivo del Bienestar Psicológico

Dentro de los puntos del Bienestar Psicológico que propuso Ryff (1989a; 1989b), fue el modelo multidimensional de bienestar psicológico que está compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Dimensiones que a continuación se analizan (Ver cuadro 4.31).

Cuadro 4.31:
Análisis estadístico descriptivo de los componentes del BP

Componentes	Media	Desv. típ.	Punto de corte
Autoaceptación	5,12	,62	3,00
Relaciones positivas	4,33	,88	3,00
Autonomía	4,56	,76	3,00
Dominio del entorno	4,95	,59	3,00
Crecimiento personal	5	,69	3,00
Propósito de la vida	5,17	,7	3,00
Total BP	29,12	2,72	3,00

Nota: 62 observaciones.

En el componente Auto-aceptación se encontró puntajes de $M= 5,12$; $Ds= ,62$. Para el componente relaciones positivas se hallaron valores de $M= 4,33$; $Ds= ,88$. En cuanto a la autonomía se mostró una media de $M= 4,56$; $Ds= ,76$. Con respecto al dominio del entorno los valores fueron de $M= 4,95$; $Ds= ,59$. Mientras que en el crecimiento personal hubo una media de $M= 5$; $Ds= ,69$. Y por último el propósito de la vida los puntajes son de $M= 5,17$; $Ds= ,7$. En todos los componentes del BP se

encontró que las puntuaciones se encuentran por encima del punto del corte, es decir que presentaron buenos niveles de presencia en cada uno de ellos (Ver gráfico 4.20).

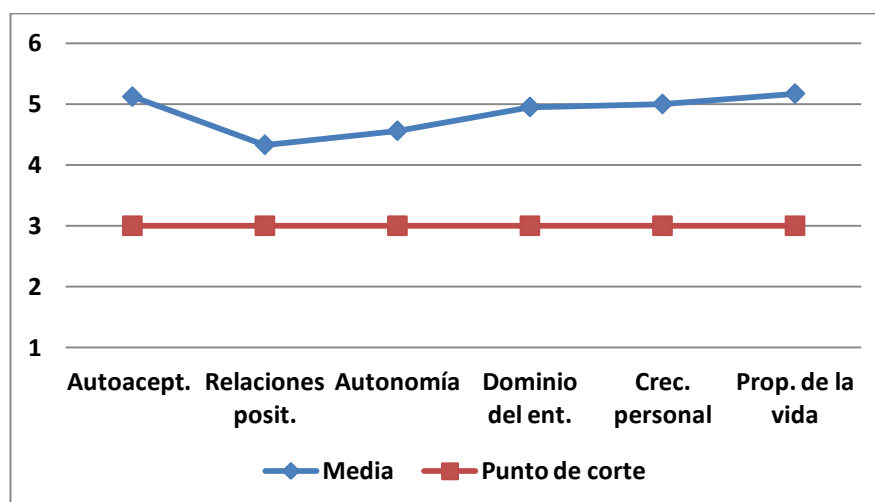


Gráfico 4.20: Representación gráfica de las sub-dimensiones de los grupos Donantes y No donantes

En todas las sub-dimensiones observadas, se encontraron por encima del punto de corte. Lo que se interpreta que las sub-dimensiones formaran parte de las fortalezas de los participantes. Se puede mencionar que las sub-dimensiones observadas que poseen predominancia sobre el punto de corte son: autoaceptación, crecimiento personal y propósito de la vida, es decir que tienen la capacidad de autoevaluarse para el desarrollo en el que determinan sus propias metas y sentido a su vida. A la vez, la sub-dimensión que se hallan con una leve proximidad al punto de corte son: relaciones positivas, autodominio y dominio del entorno, lo que se interpreta que los participantes sienten preocupación por los demás, a través del uso de recursos externos para actuar con determinación a partir de la empatía que tienen con los otros.

4.6. Análisis de Diferencias entre los Grupos de Donantes y No Donantes con respecto al BP

Con respecto a los participantes, hay dos grupos el primero denominado ‘donantes’ y el segundo grupo llamado ‘no donantes’. En la que se tomó en cuenta la condición principal de que si dona sangre o no. Diferencias características para el análisis comparativo. A continuación se muestran los componentes de Bienestar Psicológico que determinan la vida de los participantes (Ver cuadro 4.32).

Cuadro 4.32:

Análisis de diferencias entre el grupo de Donantes y el grupo de No donantes

Componentes	Donantes		No donantes		Contraste	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	t(60)	
Autoaceptación	5,31	,499	4,94	,677	2,45*	D>ND
Relaciones positivas	4,22	,814	4,44	,944	-,980	
Autonomía	4,66	,7	4,47	,82	,944	
Dominio del entorno	5,01	,549	4,88	,625	,907	
Crecimiento personal	5,03	,612	4,96	,778	,409	
Propósito de la vida	5,36	,557	4,97	,772	,580*	D>ND
Total BP	29,59	2,308	28,65	3,044	1,355	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En el componente Autoaceptación se encontró una media de $M = 5,31$ puntos; $Ds = ,499$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M = 4,94$; $Ds = ,677$. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas

entre los grupos $t= 2,456$; $p < ,05$ en el que el grupo de Donantes presentó mayor presencia de autoaceptación que el otro grupo.

En el cuanto a las Relaciones Positivas se encontró una media de $M= 4,22$ puntos; $Ds= ,814$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M= 4,44$; $Ds= ,944$. Resultados, en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t= -,980$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

En respecto a la Autonomía se hallaron valores de $M= 4,66$ puntos; $Ds= ,7$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M= 4,47$; $Ds= ,82$. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $t= ,944$ $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Otro de los componentes es el Dominio del entorno en el que se encontró una media de $M= 5,01$ puntos; $Ds= ,549$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M= 4,88$; $Ds= ,625$. Resultados, en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t= ,907$; $p > ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Además se incluye el Crecimiento personal como un componente más, en el que los valores fueron de $M= 5,03$ puntos; $Ds= ,612$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M= 4,96$; $Ds= ,778$. Resultados, en los que no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t= ,409$; $p> ,05$ por lo tanto se asume que los grupos son iguales.

Y finalmente el Propósito de la vida en el que se encontró una media de $M= 5,36$ puntos; $Ds= ,557$ en el grupo de donantes, mientras que en el grupo No donantes se obtuvo $M= 4,97$; $Ds= ,772$. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t= 2,456$; $p< ,05$ en el que el grupo de Donantes presentó mayor presencia de autoaceptación que el otro grupo.

En el Bienestar Psicológico, se encontraron mayores puntuaciones en: autoaceptación y propósito en la vida. Que en definitiva Ryff (1989) en estas dos escalas menciona que se encuentra asociada con la capacidad de resistir ante la presión social y al autocontrol de conducta, mientras que el segundo corresponde a formar un sentido de dirección a la propia vida (Gráfica 4.21)

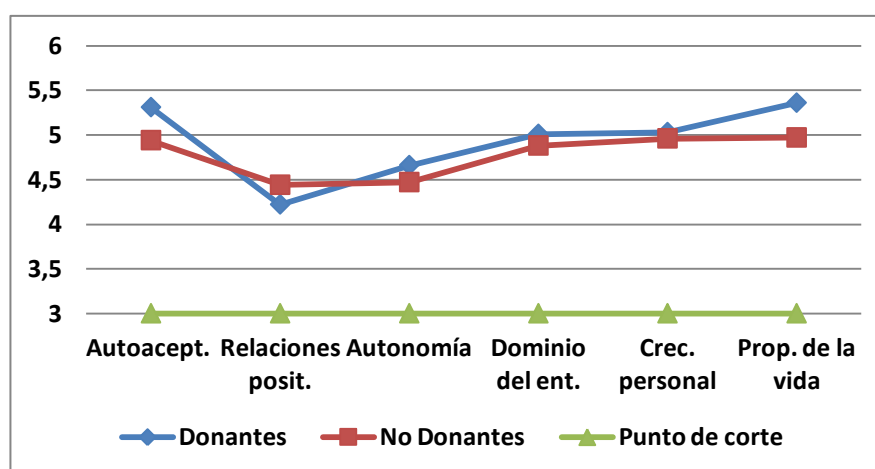


Gráfico 4.21: Representación gráfica de las diferencias de los componentes del Bienestar Psicológico de los grupos Donantes y No donantes de sangre.

Lo que indica que el componente Autoaceptación es una de las dimensiones fundamentales y con mayor significancia a niveles estadístico debido a que existen diferencias en cuanto al Bienestar Psicológico. Al momento de sentirse bien a nivel personal, orientado a una sensación de complacencia y comodidad. En la que se considera una como uno de los indicadores de salud mental, según Ryff (1989). Por lo que en el Grupo Donantes mantuvieron un correcto funcionamiento a nivel de actitud positiva consigo mismo, en el que reconocieron todas las características buenas y malas, a partir de su pasado. Aspecto a considerar como indicador de buena salud mental.

A su vez otro de los componentes en los que hay diferencia es el Propósito de la Vida. Lo que corresponde al cumplimiento de metas, expectativas, que permiten darle una significación con cada acto que se realice, contrastando con una motivación, esperanza y el deseo de crecer. Es darle un sentido a la vida, la que implica, tener un propósito y luchar por alcanzarlo. En este aspecto se dice que: “Este sentido de vida es considerado como un indicador de salud mental” (Oramas Viera, Santana López, & Vergara Barrenechea, 2006, p. 39), que en definitiva en el grupo Donantes prevalece dicho componente del B.P.

4.7. Perfiles Psicológicos

Los datos que arrojó la investigación, se procedió a establecer el perfil del donante de sangre. Para lo cual se mencionan las características socio-demográficas, laborales, de calidad de vida, factores psicosociales, conductas de riesgo y protección, y

finalmente la descripción del bienestar psicológico. Lo que corresponde a condiciones peculiares en las que se notó en el grupo de Donantes de sangre, y por lo tanto se describen a continuación.

La persona donante de sangre es generalmente hombre, con nivel de escolaridad secundaria y superior, que vive en el sector urbano, su estado civil predominante está entre los solteros y unión libre, y tiene cargas familiares relacionadas con los hijos o ninguna carga familiar.

En cuanto a las características laborales el donante tiene un horario de trabajo entre horas de trabajo que son cuatro horas diarias y con seis días de trabajo a la semana aproximadamente, su situación económica es regular, además la satisfacción laboral por su trabajo tiende a ser moderada y con actividad laboral regular registrada.

Con respecto a la calidad de vida del donante, este presenta un estado de salud física buena, en su mayoría no reciben tratamiento médico, el estado de salud psicológica es buena, no reciben tratamiento psiquiátrico. La actividad física que realiza se halla dentro de lo regular y ocasionalmente, y sin presencia de antecedentes psicológicos familiares. Lo que indica que el donante debe gozar y percibir una buena salud física para la práctica de la donación de sangre.

Lo que caracteriza al donante propiamente dicho, es que al hablar de factores psicosociales se encontró que existe fácil adaptación, lo que indica que tiende a ser un sujeto flexible al momento de experimentar vivencias. Sin embargo dentro de esta

categoría se halla la expresión emocional que es satisfactoria por lo que son optimistas, tienen límites definidos, las experiencias de vida dentro de lo normal, expectativas realistas, clima familiar cálido, su subsistema parentofilial es satisfactorio, con vinculación temprana estable, subsistema conyugal estable, mantienen respeto recíproco al momento de relacionarse e integrarse al grupo y oportunidades de vida diversas.

Las conductas y hábitos de riesgo y protección de la persona altruista, se alimenta a la hora adecuada y con alimentos de calidad, conducen con prudencia y evitan estar bajo el efecto de alcohol o su vez no conducen, tienen una pareja fija para la actividad sexual y utilizan métodos anticonceptivos, ingieren medicamentos bajo prescripción médica y cumplen con el tratamiento, evitan ser impulsivos ante los otros, son puntuales en actividades o eventos sociales y realizan actividad física, sin embargo duermen a altas horas de la noche, cruzan la calle por el paso peatonal aunque se distraen fácilmente al caminar por la calle.

Una vez hallados los resultados se puede decir que las diferencias en el Bienestar Psicológico existieron puntajes significativos a nivel estadístico en el grupo de Donantes a comparación del grupo No donantes. Por lo tanto este grupo tiene un buen nivel de Bienestar Psicológico pero presentaron mayor puntaje en dos dimensiones que son: Autoaceptación y Propósito en la vida (Ver gráfico 4.22)

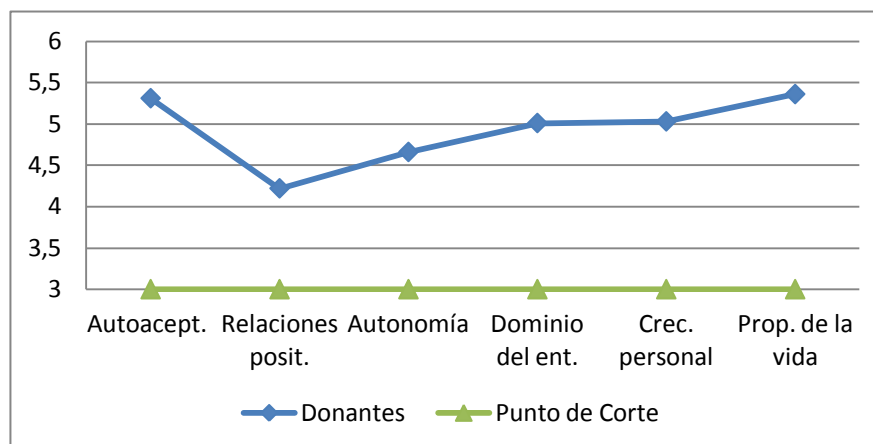


Gráfico 4.22: Representación gráfica del perfil del Bienestar Psicológico del grupo de Donantes de sangre

Se explica que en la autoaceptación existió un puntaje de 5.31; relaciones positivas con un valor de 4.22; autonomía el valor es de 4.66; dominio del entorno indica un 5.01; crecimiento personal con un puntaje de 5.03; y propósito de la vida está representado por un 5.36. Lo que indica que tienen buena predisposición independientemente del resultado, por lo que aprenden a vivir con ello, adoptando una comodidad y una sensación de bienestar. Además la persona donante de sangre cumple metas, expectativas, alcances, y sabe direccionar su vida en la medida en que pueda existir un proceso de maduración así como el proceso de adaptación. En cuanto a los otros cuatro componentes que son: las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno y el crecimiento personal no se hallaron diferencias y por lo tanto se asumió que los grupos son iguales.

Por otra parte los resultados del Bienestar Psicológico en el grupo de No Donantes existieron puntajes sobre el punto de corte. Por lo que este grupo tiene un buen nivel

de Bienestar Psicológico pero presentaron mayor puntaje en dos dimensiones que son: Crecimiento Personal y Propósito en la vida (Ver gráfico 4.23)

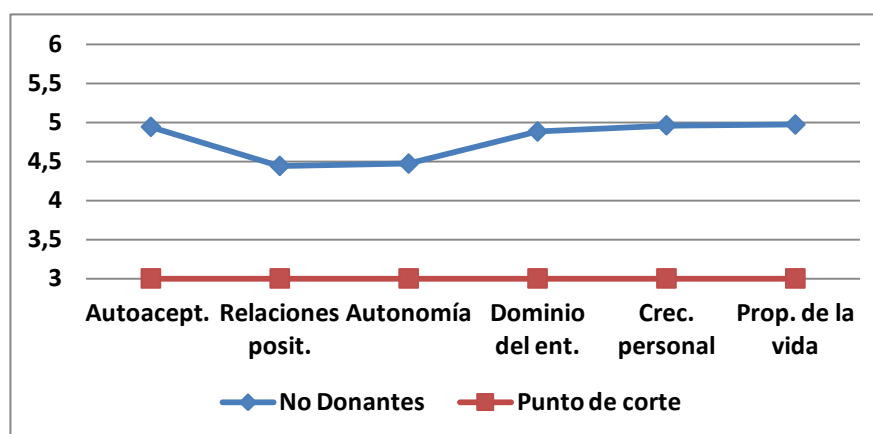


Gráfico 4.23: Representación gráfica del perfil del No donante de sangre.

Se explica que en la autoaceptación existió un puntaje de 4.94; relaciones positivas con un valor de 4.44; autonomía el valor es de 4.47; dominio del entorno indica un 4.88 crecimiento personal con un puntaje 4.96; y propósito de la vida está representado por un 4.97. Lo que indica que hay una búsqueda constante de destrezas y habilidades, y son una fuente de oportunidades y evolución personal. A través del alcances de logros y direccionando su propia vida en la que implica luchar por alcanzarlo.

CAPÍTULO V

5. DISCUSION, ANALISIS Y VALIDACION DE RESULTADOS

5.1. Comprobación de Hipótesis

5.1.1. Introducción

En esta sección se realizó el análisis comparativo de las sub-dimensiones del Bienestar Psicológico (BP) y si los resultados varían de acuerdo a los grupos de participantes. Razón por la cual se procedió a identificar si existen diferencias significativas en base a la estadística, a través de la utilización de la Prueba t (*t de student*).

5.1.2. Hipótesis de trabajo 1

- Hipótesis nula (H₀): Los donantes de sangre no tienen un mayor nivel de Bienestar Psicológico que los no donantes.
- Hipótesis alternativa (H₁): Los donantes de sangre tienen un mayor nivel de Bienestar Psicológico que los no donantes.

5.1.3. Hipótesis de trabajo 2

- Hipótesis nula (H_0): Existen diferencias en los componentes del BP entre los donantes y no donantes
- Hipótesis alternativa (H_1): No existen diferencias en los componentes del BP entre los donantes y no donantes

5.2. Variables para Comprobar la Hipótesis

Bienestar Psicológico

5.3. Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis

Una vez que se recopilaron datos, pasó al proceso de validación en el que se utilizó la prueba la prueba t (de student), para determinar la probabilidad de contraste ante la hipótesis nula (H_0).

5.4. Resultados

Para la comprobación de la hipótesis uno de trabajo, se realizó una evaluación general del componente de bienestar psicológico entre los participantes del estudio,

para posterior a ello considerar las puntuaciones alcanzadas en los diferentes indicadores (Ver cuadro 5.1).

Cuadro 5.1:

Análisis estadístico descriptivo de los componentes del BP

<i>Componentes</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>Punto de corte</i>
Autoaceptación	5,12	,62	3,00
Relaciones positivas	4,33	,88	3,00
Autonomía	4,56	,76	3,00
Dominio del entorno	4,95	,59	3,00
Crecimiento personal	5	,69	3,00
Propósito de la vida	5,17	,7	3,00
Total BP	29,12	2,72	18,00

Nota: 62 observaciones.

Los resultados de la evaluación mostraron que de manera general todos los participantes del estudio presentaron niveles de BP superiores al punto de corte (nivel bueno) lo que evidencia la existencia de niveles elevados de BP.

Como proceso confirmatorio se desarrolló el mismo análisis descriptivo aunque en esta ocasión el análisis se presenta separado por grupos de trabajo (Donantes y No donantes) (Ver cuadro 5.2).

Cuadro 5.2:**Análisis de diferencias entre el grupo de Donantes y el grupo de No donantes**

Componentes	Donantes		No donantes		Contraste	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	t(60)	
Autoaceptación	5,31	,499	4,94	,677	2,456*	D>ND
Relaciones positivas	4,22	,814	4,44	,944	-,980	
Autonomía	4,66	,7	4,47	,82	,944	
Dominio del entorno	5,01	,549	4,88	,625	,907	
Crecimiento personal	5,03	,612	4,96	,778	,409	
Propósito de la vida	5,36	,557	4,97	,772	,580*	D>ND
Total BP	29,59	2,308	28,65	3,044	1,355	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Con respecto a este cuadro se determinó que en los componentes del Bienestar Psicológico hay diferencias, debido a que hay puntajes elevados en autoaceptación y propósito en la vida y puntajes bajos que son similares con respecto a relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal.

También que los puntajes a nivel global en ambos grupos muestran un buen estado de Bienestar Psicológico (lo que no permite rechazar la hipótesis nula), que se interpreta que en los grupos de Donantes y No donantes existen valores superiores al punto de corte y que se presume que a nivel estadístico son iguales.

5.5. Comprobación de Hipótesis

Se puede concluir que el grupo de personas Donantes no presentan un alto nivel de Bienestar Psicológico, por lo que la hipótesis nula uno (H_0) no se rechaza y la hipótesis alternativa uno (H_1) no se acepta.

Por otra parte existen diferencias en los componentes del BP entre los donantes y no donantes, por lo que la hipótesis nula dos (H_0) se rechaza y se considera la hipótesis alternativa dos (H_1).

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Se concluye que en el grupo de Donantes (Ver cuadro 4.01), se encontró que hay más hombres que mujeres, el nivel de escolaridad es superior, viven en el sector urbano, el estado civil predominante está entre los solteros y bajo unión libre, y quienes tienen cargas familiares relacionadas con los hijos o ninguna carga familiar. Mientras que el grupo de No Donantes está constituido por mujeres, que viven en el sector urbano y de escolaridad superior; con estado civil entre casados/as, divorciados/as, separados/as y solteros/as, y tienen cargas familiares relacionada con hijos, familiares cercanos o ninguna carga familiar.
- En cuanto al grupo de Donantes de sangre este presenta un estado de salud física buena, en su mayoría no reciben tratamiento médico, el estado de salud psicológica es bueno, no reciben tratamiento psiquiátrico. La actividad física que realizan se halla dentro de lo regular y ocasional, y sin presencia de antecedentes psicológicos familiares. Lo que indica que el donante debe gozar y percibir una buena salud física para la práctica de la donación de sangre. El grupo de No

Donantes, poseen características similares al anterior, con la única diferencia de que no reciben tratamiento médico, mientras los No Donantes si lo hacen.

- En el grupo de Donantes con respecto a los factores psicosociales presenta una fácil adaptación, expresión emocional satisfactoria, además son optimistas, tienen límites definidos, las experiencias de vida se encuentran dentro de lo normal, las expectativas son realistas, poseen un clima familiar cálido y un subsistema parentofilial satisfactorio, vinculación temprana estable, subsistema conyugal equilibrado, mantienen respeto recíproco al momento de relacionarse e integrarse al grupo y oportunidades de vida diversas. El grupo de No Donantes comparten los mismos aspectos mencionado anteriormente, con la diferencia de que les cuesta mucho adaptarse.
- Se concluye que los grupos de estudio presentaron un buen nivel de Bienestar Psicológico sin embargo en los componentes hubo variaciones. En lo que respecta la autoaceptación existió un puntaje de 5.31 en los Donantes, en relación a los No Donantes que tienen un puntaje de 4.94; relaciones positivas en los Donantes con un valor de 4.22 mientras que los No Donantes 4.44; autonomía el valor es de 4.66 en los Donantes a comparación de los No Donantes que tienen un valor de 4.47; dominio del entorno en el grupo de Donantes indica un 5.0, pero en los No donantes tuvieron 4.88; crecimiento personal con un puntaje de 5.03 en el grupo de Donantes, mientras que los No Donantes 4.96; y propósito de la vida está representado por un 5.36 en los Donantes a diferencia de los No Donantes que presentaron puntajes de 4.97. Las puntuaciones globales de los indicadores del BP en ambos grupos se encontraron por encima del punto de corte (Ver gráfico 4.20). Lo que indica que los

participantes de manera global presentaron niveles altos de Bienestar Psicológico. Con respecto a lo señalado Castro (2010) sostiene que “una persona que tiene alto bienestar si experimenta satisfacción con su vida, si frecuentemente su estado de ánimo es bueno y ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras, como tristeza o rabia” (pág. 46), con lo cual se involucra una revaloración con la vida y entender su propia felicidad y en apariencia coincidiría con los puntajes mostrados. Por lo tanto no se pudo aceptar la hipótesis de trabajo 1.

- El perfil del donante de sangre presenta características específicas, justamente por la condición de: la práctica de donación de sangre que determina esta investigación. Para lo cual, existen diferentes rasgos del individuo su grado de adaptación en un 96,8% de la muestra de Donantes, lo que determina lo impresionable que puede ser ante las situaciones; también se trata de un grupo que en un 93,5% cuida su salud física y no está sometida a tratamiento médico. En cuanto al Bienestar Psicológico presentan puntuaciones significativas en: propósito en la vida y autoaceptación; la primera cuenta con una *media de 5,36*, lo que indica que este grupo tiene voluntad en cuanto a la realización de sus propios alcances y el segundo consta de una *media de 5,31*, lo que significa que se siente feliz de lo que es. Por lo que un donante de sangre es arriesgado, objetivo, cuidadoso en su salud y busca su bienestar.
- Existieron diferencias en el BP con puntajes significativos a nivel estadístico en el grupo de Donantes a comparación del grupo No donantes que presentaron puntajes más altos. Las dimensiones del BP que destacaron en diferencias

fueron: Autoaceptación y Propósito en la vida. En los otros cuatro componentes que son: las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno y el crecimiento personal no se hallaron diferencias y por lo tanto se asumió que los grupos son iguales. Esto ayudó a confirmar la hipótesis de trabajo dos. Sin embargo en el grupo de No Donantes presenta puntuaciones elevadas en crecimiento personal y propósito en la vida.

6.2. Recomendaciones

- En cuanto al estudio del Bienestar Psicológico, arrojó similares resultados en los dos grupos (Donantes y No Donantes de sangre), se recomienda volver a estudiarse el tema, trabajar con otro tipo de variables, mismas que permitan encontrar contraste en futuros estudios comparativos.
- En cuanto a Factores Psicosociales, se recomienda investigar con mayor detenimiento el componente de “relaciones positivas”, debido a que presenta una diferencia muy marcada en el grupo “No donantes” con respecto al grupo “Donantes”.
- Otro elemento a tomarse en cuenta se refiere a los Factores Psicosociales en investigaciones futuras, son los factores intervinientes en el bajo nivel de adaptabilidad que el grupo de No Donantes presenta, el cual resultó ser estadísticamente significativo, contrariamente a lo que ocurre con los Donantes (quienes si se adaptan).

- Se recomienda proponer como hábito integral de la salud mental, la práctica de donación de sangre, destacando el vínculo hacia la mejora del bienestar a nivel psicosocial a través de la sensibilización, solidaridad, altruismo y el aporte que puede brindar a la comunidad, como parte indispensable del equilibrio y bienestar psicológico y social.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2 de Febrero de 2002). *El Estrés relacionado con el trabajo*. Obtenido de <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/22>
- Agencia para el voluntariado y las asociaciones. (Julio de 2006). *Bolunta*. Obtenido de Bolunta: <http://www.bolunta.org/>
- Aguilar, R. (2002). Factores psicosociales. Estrés laboral y enfermería. *Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com*.
- Aibar, S., Celano, C., Estrada, S., Gandur, N., González, C., & Gange, P. (2002). Cuidados Paliativos. *Manual de Enfermería Oncológica*, 51.
- Alabaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Andrews, F., & Withey, S. (1976). Social Indicators of Well-Being: Americas' Perceptions of Life Quality.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. (S. F. Jossey-Bass., Ed.)
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. 13.
- Antonovsky, A. (1990). Pathways Leading to Successful Coping and Health. *Learned Resourcefulness*, 33.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*(35(2)), 161-164.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (27 de Febrero de 2014). *Cuidados paliativos*. Obtenido de Asociación Española Contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Cuidadospaliativos.aspx>
- Asociación Española contra el Cáncer. (27 de Febrero de 2014). *Definición de Cuidado Paliativo*. Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>

- Astudillo, W., Díaz-Albo, E., & Mendinueta, C. (2005). Los cuidados paliativos una nueva forma de solidaridad internacional. En W. Astudillo, A. Casado, & C. Mendinueta, *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimientos en la terminalidad* (pág. 433). España: Sovpal.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 314-319.
- Báez, C. (2010). Factores y Riesgos Psicosociales. En *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas* (pág. 4). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Báez, C., & Moreno, B. (2010). Riesgos psicosociales. En B. Carmen, *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. (págs. 17-18). Madrid: UAM.
- Ballesteros, B. P., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239-258.
- Biblioteca en Línea Watchtower. (8 de Noviembre de 2000). *La importante labor del personale de Enfermería*. Obtenido de <http://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102000802>
- Bierhoff, H. W., & Klein, R. (1990). Conducta prosocial. (H. M. al, Ed.) *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea*.
- Bilbao, M. (2008). *Creencias sociales y bienestar: Valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. España: Tesis Doctoral no publicada, Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad Del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Bilbao, M. (2008). Creencias sociales y bienestar: Valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico. *Tesis Doctoral no publicada, Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Univer.*
- Blogspot. (14 de Agosto de 2009). *Enfermedad Mortal*. Obtenido de <http://faaatima.blogspot.com/2009/08/que-es-una-enfermedad-mortal.html>
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*(31), 561.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

- Bryant, R., & Harvey, A. (2000). *Acute Stress Disorder*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- California Occupational Safety and Health Administration. (1995). *Guidelines for workplace security*. Sacramento, CA: COSHA.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Casas, F. (1996). Bienestar social. Una introducción psicosociológica.
- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En *Fundamentos de Psicología Positiva* (págs. 19-20). Buenos Aires: Paidós.
- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En *Fundamentos de Psicología Positiva* (págs. 19-20-55). Buenos Aires: Paidós.
- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En *Fundamentos de Psicología Positiva* (págs. 19-20). Buenos Aires: Paidós.
- CASTRO, R. (2002). Voluntariado, altruismo y participación activa en la conservación del medio ambiente. *Intervención Psicosocial*, 11(3), 321-322.
- Chacón, M., & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*, 118-125.
- Chacón, M., Grau, J., Martín, M., Lence, J., Abascal, M., Cáceres, C., & Graupera, M. (1993). Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncólogos. *Ponencia al XXIV Congreso Interamericano de Psicología*. Chile: Memorias del congreso: editora de la Universidad de Chile.
- Chapell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. Geneva: ILO.
- Chapell, N., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. Geneva: ILO.
- Chaplin, P. J. (1975). *Dictionary Of Psychology*. (Laurel, Ed.) Dell Publishing Co.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: job stress in human services*. Beverly CA: Sage.
- Cherniss, C. (1985). *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists, and law recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge.

- Cruz Roja Ecuatoriana, T. J. (2002). *Cruz Roja Tungurahua*. Obtenido de Cruz Roja Tungurahua: <http://cruzrojatungurahua.org/>
- Cubas, M. (2003). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Lima : PUCP.
- Daza, M., & Pérez, J. (2002). Factores Psicosociales: Metodología de evaluación. *Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com*.
- Demeuroti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs* , 454.
- Dewe, P. (1983). Identifying the causes of nurses stress: a survey of New Zeland nurses. *Work and Stress*, 15-24.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 573.
- Díaz, J., & Sánchez, M. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 100-105.
- Diccionario de sociología. (1997). *Diccionario de sociología*. (H. Fairchild, Ed.) Madrid, Spain: Fondo de Cultura Económica.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*(31), 103-157.
- Diener, E., & Biswas-Diner, R. (2008a). Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-esteem. . *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(69), 120-129.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjetive well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Diener, Suh, Lucas, & Smith. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 227.
- Duarte, L. (6 de Abril de 2010). *Importancia del ser enfermera*. Obtenido de <http://luzeurinconduarte.blogspot.com/>
- Duckworth, A. L. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*(1), 629-651.
- Duckworth, A. L. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(629-651).

- El Comercio. (3 de Febrero de 2014). OMS advierte alarmante estadística del cáncer a nivel mundial. *Tendencias*, pág. 1.
- Escuela Superior de Informática. (2013). Regresión Lineal con SPSS. 1-5.
- FEAPS. (Octubre de 1999). "Política de Voluntariado. Obtenido de <http://www.redvoluntariosocial.org/voluntariado/%C2%BFque-es-el-voluntariado/>
- Fernandez, J., & Hernandez, R. (1993). Calida de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Medicina Clínica*, 577.
- Ferris, A. (Ocubre de 2001). The domains of the quality of life. *Bulletin de Methodologie Sociologique*(72), 5-19.
- Ferris, A. (2002a). Religión and the quality of life. *The Jonarl of Happieness Studies*, 3(3), 199-215.
- Ferris, A. (2006). A theory of social structure and the quality of life. *Applied Research in Quality of life*, 117-123.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intetion, and Behavior: An introduction to theory and research.
- Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Fuste, A. (2013). Enfermería y el Paciente Oncológico. *Blog de enfermeria de la FUB*, 25.
- García, M., & Sáenz de Tejada, E. (2003). Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*(13(2/3)), 85.
- Giménez Hernández, M. .. (2005). Optimismo y pesimismo: variables asociadas en el contexto. *Pulso*, 9-23.
- Golembiewski, R., & Munzenrider, R. (1984). Phases of psychological burnout and organizational covariant: a replication using norms from a large population. *J Health Human Resourc Administrat*, 290-323.
- Gómez, D. (2010). Cuidados Paliativos. *Instituto Nacional del Cáncer*, 50.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life. *Journal of nursing Scholarships*(31), 215 – 220.

- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: towards a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*(57), 731-739.
- Hernández, I. (17 de Noviembre de 2011). *Metodologías de Investigación*. Obtenido de <http://html.rincondelvago.com/metodologias-de-investigacion.html>
- Hernández, L., Grau, J., Chacón, M., & Jiménez, P. (1995). *Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología*. Ciudad de la Habana: Tesis, Facultad de Salud Pública.
- Hernández, R. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). (S. d. Interamericana Editores, Ed.) México D.F.: McGraw-Hill.
- Hicks, Epperl, & Barnes. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45.
- Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C. (1999). Workplace bullying. *International review of industrial and organizational psychology*, 195-230.
- Holland, J., & Rowland, J. (1990). *Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Homes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic*, 11, 213-218.
- House, J. (1980). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading Mas.
- Junin, M. (2010). Rol de Enfermería en Cuidados Paliativos. *Primer simposio virtual del dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor*. Buenos Aires.
- Kalimo, R., & El Batawi, M. C. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS.
- Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
- Keyes, C., Ryff, C., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1007-1022.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality :New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*(53), 83-107.

- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kubovy, M. (1999). Wellbeing: The foundations of hedonic psychology. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Edits.), *Rusell-Sage Foundation* (págs. 134-154). New York: Rusell-Sage Foundation.
- Kubzansky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? *Psychosomatic medicine*, 63, 910-916.
- Kubzansky, L., Wright, R. J., Cohen, S., Weiss, S., & Rosner, B. &. (2002). Breathing Easy: A prospectiva study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345-353.
- La Hora Nacional. (2 de Junio de 2013). Ecuador: de cada 100 tipos de cáncer registrados, tres se producen en niños y jóvenes. *Vida y Salud*, págs. párr 15-17.
- Laboris.net. (13 de Diciembre de 2014). *Auxiliar de Enfermería*. Obtenido de http://www.laboris.net/static/ca_profesion_aux-enfermeria.aspx
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Liedloff, J. (s.f.). *Angelfire*. Obtenido de Angelfire: <http://www.angelfire.com/folk/celtiberia/continuum.html>
- Linley, P., Joseph, A., Harrington, S., & Wood, A. (2006). The Journal of Positive Psychology. En *Positive Psychology: Past, present and (possible) future* (págs. 3-16). Londres.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. México: Urano.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Norstrand.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*(18), 32 – 38.

- Mijana, J. (1 de Febrero de 2012). *Slideshare*. Obtenido de Slideshare:
<http://es.slideshare.net/jjmijana/riesgos-psicosociales-enfermeria-version-istas-21>
- Morales, P. (13 de Abril de 2010). Planteamientos generales sobre investigación en educación y psicología. *Métodos cuantitativos en investigación*, 12.
- Moreno – Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & Gálvez Herrer, M. (1997). Sentido de la Coherencia, Personalidad Resistente, Autoestima y Salud. *Psicología de la Salud*, 9, 2.
- Moreno, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El "burnout": una forma específica de estrés laboral. En *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (págs. 271-279). España: Buela-Casall.
- MSP, INEC. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*.
- Nieto, R. (2010). Conocimiento de Enfermería Oncológica. *Blog de Enfermería*, 20-22.
- Nobel, G., Lluch, M., & Miguel, M. (1991). *Enfermería psicosocial 2*. Barcelona: Salvat.
- Odar, E. (19 de Julio de 2013). *Concepto de Enfermería y Campo de Acción*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencion-concepto-de-enfermeria>
- OMS. (2001). *Documentos básicos* (43 ed.). Ginebra.
- OPS. (1999). *Manual de capacitación. Promoción de donación voluntaria, altruista y habitual de sangre*. Obtenido de Manual de capacitación. Promoción de donación voluntaria, altruista y habitual de sangre:
<http://www.msal.gov.ar/plan-nacional-sangre/images/stories/pdf/manual-de-capacitacion.pdf>
- Oramas Viera, A., Santana López, S., & Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico: Un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (14 de Abril de 2010). *Enfermedades Crónicas*. Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organization World Health. (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative: a report of a OMS expert commite*. Geneva: OMS.

- Pacheco, E. (1995). *Administración de los servicios de Enfermería*. Madrid: Síntesis.
- Palma, A., & Del Río, I. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C.*, 32(1), 16-22.
- Patrick, N., Edwards, T., Topolski, T., & Walwick, R. (2002). Youth quality of life: a new measure incorporatig the voices of adolescents. *QOL Newsletter*, 28.
- Peralta, M. (Agosto de 2014). El acoso laboral- mobbing- perspectiva psicológica. *Revista de estudios sociales*(18), 114-115.
- Peredes, O. &.-F. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med de la Facultad de Medicina de Bogotá*, 16 (1), 25-32.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *SciELO*, 12(2), 231-246. doi:10.4067/S1726-569X2006000200012
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU). (2011). *Valores universales para alcanzar el bienestar mundial. Valores universales para alcanzar el bienestar mundial*. (P. Hockenos, Ed.)
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROY, Callista, & ANDREWS. (1999). *Heather. The Roy adaptation model* (Second Edition ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- ROY, Callista, & ANDREWS. (1999). *The Roy adaptation model* (Segunda edición ed.).
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). To be happy or to be sef-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En *Annual Review of Psychology* (págs. 141-166). Palo Alto: S. Fiske.
- Ryan, R., & Deci, E. (January de 2002). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist Association*, 55(1), 3.

- Ryan, R., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*(52,), 141-166.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions. *International Journal of Behavioral*, 35-55.
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality an Social Psychology*(57), 1069-1081.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. (1989). New directions in quest of succesful aging. En *Beyond Ponce de Leon and life satisfaction* (págs. 35-55).
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*(69), 719-727.
- Salin, D. (2003). *Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work*.
- Salin, D. (2003). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4, 35-46.
- Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción del riesgo. *Boletín de Psicología*(58), 7-17.
- Saunders, C. (2004). Palliative care. En E. Davies, & I. Higginson, *The solid facts: palliative care* (pág. 9). Europa: Copenhagen.
- Schaufell, W., & Salanova, M. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Prevención, trabajo y salud*, 4-9.
- Seligman, M. (2002). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Senderos de la Antroposofía hacia las Fuentes de la Salud. (2012). *Salutogénesis*. Obtenido de Salutogénesis: http://www.salutogenesis.com.ar/que_es_salutogenesis.html
- Seyley, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. *The Handbook of Work & Health Psychology*, 2, 63-82.

- Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*.
- Staub, E. (1979). *Positive social behavior and morality*. (N. Y. Press., Ed.)
- Torres, S. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una ciudad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15 (3): 147- 153.
- Vásquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*, 13.
- Vásquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vásquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*, 13.
- Vásquez, C., Hervaz, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veenhoven, R. (1991). "Is Happiness Relative?", *Social Indicators Research*. (24), 1-34.
- Veenhoven, R. (1991). "Is Happiness Relative?", *Social Indicators Research*. (24), 1-34.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio con la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 87-116.
- Veenhoven, R. (1994). Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any. *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Véliz Burgos, A. (23 de Octubre de 2012). Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura Factorial en Universitarios Chilenos. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. Obtenido de Psicoperspectivas: Recuperado en 23 de octubre de 2014, de <http://www.scielo.cl/scielo.php?sc>
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*(64), 678-691.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., & Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. Brussels : European Commission.
- Zubieta, E., & F., F. O. (Noviembre de 2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*(106), 12.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de evaluación

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO
ENTRE PERSONAS DONANTES Y NO DONANTES DE SANGRE QUE
ACUDEN A LA CRUZ ROJA NÚCLEO TUNGURAHUA”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Investigadora:

LESLY KATERINE ALVAREZ PAZUÑA

Director de la Investigación:

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA,MS

CONTENIDO:

- Carta de Consentimiento Informado
- Ficha Sociodemográfica
- Escalas de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

Ambato- Ecuador

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./ a: _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato en la Cruz Roja Ecuatoriana, Junta Provincial Tungurahua. Ésta investigación lleva por título: “ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO ENTRE PERSONAS DONANTES Y NO DONANTES DE SANGRE QUE ACUDEN A LA CRUZ ROJA NÚCLEO TUNGURAHUA”. Además esta investigación parte de estudios anteriores y está siendo guiada por Ps. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms. en calidad de Director de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA.

El objetivo de esta investigación es “Determinar las diferencias del Bienestar Psicológico entre el grupo de personas donantes y el grupo de personas no donantes de sangre, que acuden a la Cruz Roja Ecuatoriana núcleo de Tungurahua”. Es decir, se desea evaluar el nivel de Bienestar Psicológico que presentan los donantes y no donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja Núcleo Tungurahua.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta y ficha, en la que se harán diversas preguntas referidas al Bienestar Psicológico y a datos sociodemográficos. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos 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 escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la 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 puede 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 puede dirigirla al director de esta investigación Ps. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms.

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Investigador Responsable: Lesly Álvarez C.C. del investigado y firma _____

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Análisis comparativo del grado de Bienestar Psicológico entre personas donantes y no donantes de sangre que acuden a la Cruz Roja Núcleo Tungurahua”

Ficha Sociodemográfica

Objetivo: Analizar los datos socio-demográficos del Bienestar Psicológico del estudio comparado entre el grupo de donantes y no donantes a fin de determinar la presencia o no de diferencias entre los mismos

La Ficha Sociodemográfica consta de datos generales como: economía y trabajo, salud física y mental, factores psicosociales, conductas y hábitos de salud y ocio.

Instrucciones: Lea detenidamente y marque con un X dentro del paréntesis, que posee la respuesta correcta.

Fecha de evaluación: _____

Código: _____

1. Información general:

Edad: ().

Sexo: Masculino () Femenino ()

Nivel de escolaridad concluida: Primaria () Secundaria ()
Superior ()

Ubicación del domicilio: Sector urbano () Sector rural ()

Estado Civil: Soltero/ a () Casado/ a () Divorciado/ a ()
Separado/a () Unión Libre () Viudo/ a ()

¿Tiene cargas familiares?: Hijos () Esposo/a () Familiares cercanos ()

2. Economía y trabajo

Situación económica: Buena () Regular () Mala ()

Nivel de satisfacción laboral: Alta () Moderada () Baja ()

En su actividad laboral usted es: Desempleado () Hace trabajos eventuales () Regular informal () Regular registrado () Apartado () Jubilado () Renta mensual familiar () No trabaja ()

¿Cuántos días trabaja por semana?	
¿Cuántas horas trabaja por día?	

3. Salud física y mental

Estado de salud física actualmente: Bueno () Regular () Malo ()

¿Recibe tratamiento médico? Si () No ()

Estado de salud mental actualmente: Bueno () Regular () Malo ()

¿Recibe tratamiento psiquiátrico? Si () No ()

¿Realiza actividad física?: Regularmente () Ocasionalmente () Nunca ()

¿Tiene antecedentes psicológicos personales? Si () No ()

¿Tiene antecedentes psicológicos familiares? Si () No ()

4. Factores psicosociales

<i>Conteste en cada uno de los literales la idea que más le caracterice a usted (una respuesta por literal).</i>				
A.	Temperamento	Fácil adaptación		Difícil adaptación
B.	Expresión emocional	Satisfactoria		Restringida, cohibida
C.	Visión del mundo	Optimista/ Realista		Pesimista/ Nihilista
D.	Límites	Definidos/ Respetados		Indefinidos/ Invasivos
E.	Experiencias de vida	Integrados/Normativos		Disociada/ Traumática
F.	Expectativas	Realistas		Utópicas/ Irrealizables
G.	Clima familiar	Cálido, acogedor, empático, vital		Hostil, amenazante, rechazante, desvitalizado
H.	Subsistema parento-filial	Satisfactorio		Conflictivo
I.	Vinculación temprana	Estable, segura, contenedora		Inestable, insegura, desligada
J.	Subsistema conyugal	Estabilidad conyugal		Conflictividad conyugal
K.	Relaciones interpersonales	Respeto recíproco		Autoritarios, sometedores
L.	Relaciones grupales	Integrado al grupo		Excluido del grupo
M.	Oportunidades de vida	Diversas		Ausentes, Insuficientes

5. Conductas y hábitos de salud y de ocio

<i>Conteste en cada uno de los literales la idea que más le caracterice a usted (una respuesta por literal).</i>				
A.	Como siempre a las horas adecuadas.		No tengo horas fijas para comer.	
B.	Mi Alimentación es balanceada.		Mi Alimentación no es balanceada.	
C.	Duermo temprano los días de trabajo o estudio.		Duerme a altas horas de la noche casi siempre.	
D.	Siempre conduzco a velocidad moderada.		Cuando tengo la oportunidad conduzco a alta velocidad.	
E.	Nunca conduzco bajo los efectos de alcohol o drogas.		Ocasionalmente he conducido bajo los efectos del alcohol.	
F.	Siempre cruzo la calle por el semáforo peatonal.		A veces cruzo la calle sin respetar el lugar o el semáforo.	
G.	Siempre caminar por la calle sin distraerme.		A veces camino por la calle leyendo o chateando en el celular.	
H.	Tengo siempre relaciones sexuales con una pareja fija.		A veces he tenido relaciones sexuales espontáneas	
I.	Uso siempre preservativos u otros métodos de protección.		A veces mantengo relaciones sexuales sin preservativo u otros métodos.	
J.	Prefiero no auto-medicarme.		Pregunto a amigos o consulto en internet medicamentos para tomarlos.	
K.	Cuando estoy enfermo cumplo al 100% el tratamiento médico.		Cuando estoy enfermo no suelo cumplir con todas las indicaciones del tratamiento.	
L.	Siempre pienso antes de actuar.		Frecuentemente actúo impulsivamente.	
M.	Me caracterizo por ser puntual y cumplo a tiempo mis actividades		Me caracterizo por ser impuntual y algunas veces no cumplo a tiempo mis actividades.	
N.	Con frecuencia hago actividad física.		Tengo una vida sedentaria y hago poco ejercicio.	

¿Cuáles son las actividades de Ocio que practica con frecuencia?:

Estar con la familia () Ver televisión () Pasear () Estar con los amigos/as () Escuchar música () Leer libros, revistas () Ir de compras a centros comerciales () Ir al cine () Salir al campo, ir de excursión () Hacer deporte () Ocio digital () Salir con mi novio/a o algún/a chico/a () No hacer nada especial () Tocar un instrumento musical ().

Otras actividades _____

ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF (VERSIÓN DE D. VAN DIERENDONCK)

Adaptación española de 29 ítems (Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirk van Dierendonck* - 2006.

Indicaciones: La prueba no tiene límite de tiempo, no existen respuestas correctas o incorrectas y su participación sincera y honesta nos permitirá obtener una información real, clara y precisa. 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:

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

Nº	CUESTIONARIO	1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2	<i>A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.</i>						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						

4	<i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.</i>						
5	<i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.</i>						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8	<i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.</i>						
9	<i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.</i>						
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi 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	<i>Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.</i>						
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 han 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	<i>Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.</i>						
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	<i>No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.</i>						
23	<i>Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.</i>						
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben						

	que pueden confiar en mí.						
26	<i>Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</i>						
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.						

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2: Afiche

BIENESTAR PSICOLÓGICO

EVALUACIONES GRATUITAS

Cómo se encuentra a nivel psicológico...???

Cruz Roja Ecuatoriana
JUNTA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA

Información:
Av. 12 de Noviembre y Quito
Área de Salud Mental (3º piso)
2422218 - 2821959 ext 312

   www.cruzrojatungurahua.org