

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Psicología



SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
presentado en cumplimiento parcial de los
requisitos para el título de Psicólogo
y grado de Licenciado en Psicología

Por:
Carla Albina Bodaleo Muñoz
Fernanda Teresa Pizarro Vallejos

Profesora guía: Laura Edith Fianza Stimler

Chillán, octubre de 2014

RESUMEN

La presente investigación se encuentra enmarcada en el área de la psicología positiva, y forma parte de un proyecto de investigación en salud mental de estudiantes universitarios, en el marco de un convenio internacional entre la Universidad de Morelos, México y la Universidad Adventista de Chile. La salud mental, ha sido evaluada en distintos estudios, considerando básicamente los aspectos patológicos de los individuos. Dentro del campo emergente de la psicología positiva, el estudio de las fortalezas y virtudes del carácter ha tenido un crecimiento importante en los últimos años, dando la posibilidad de entender al ser humano de un modo más integral. La presente investigación busca conocer la salud mental, tanto en lo que respecta a sus fortalezas virtudes, capacidades y motivaciones, como en relación a los aspectos clínicos y patológicos de la misma. De manera específica, se espera conocer la relación entre los factores como la autoestima, la motivación, la satisfacción con la vida, la autodeterminación, la capacidad de reestructurar objetivos, las metas en la vida y la capacidad para establecer relaciones afectivas, y la presencia de síntomas de depresión, alcoholismo, trastorno convulsivo, alteraciones afectivas y síntomas psicóticos en jóvenes estudiantes de pregrado de la UnACH. A partir de una muestra estratificada proporcional, en donde participaron 170 alumnos en el estudio, representantes de la población de estudiantes de la UnACH, inscritos en el primer semestre del año 2014.

Cuatro instrumentos de autoadministración fueron utilizados para la recolección de los datos. El primer cuestionario se utilizó para reunir los datos demográficos de edad, género, religión, carrera, y años de estudio. Los restantes instrumentos comprendieron la Escala de Diagnóstico de las Capacidades Personales (Zung, 1965), el Test de Zung, para medir la depresión y el Cuestionario de Síntomas Ilustrados (OMS), para medir la sintomatología clínica.

Los resultados muestran que existe una correlación positiva significativa entre las enfermedades mentales y la depresión con una significancia ($r = 740, p > 0,01$). También existe una correlación negativa significativa entre las enfermedades mentales y las capacidades personales con una significancia de ($r = -482, p > 0,01$). Y por último existe una relación negativa significativa entre las capacidades personales y la depresión con una significancia de ($r = -567, p > 0,01$).

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestras familias, gracias a su compañía, apoyo y amor hemos podido llegar hasta aquí.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, familia y amigos por permitirnos llegar hasta esta instancia de nuestra educación formal.

A la Universidad Adventista de Chile que nos acogió y permitió desarrollar nuestros estudios en dicha casa.

Agradecemos también a las profesoras guía Laura Fianza, Mireya Cerda y Gisela Biaggi quienes impregnaron sus ideas en nosotros para el desarrollo y logro de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS _____	vii
-----------------------	-----

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

1.1. Introducción _____	1
1.2. Planteamiento del problema _____	6
1.3. Hipótesis de investigación _____	6
1.4. Objetivos de la investigación _____	7
1.4.1. Objetivo general _____	7
1.4.2. Objetivos específicos _____	7
1.5. Importancia y justificación. _____	7
1.6. Delimitaciones y limitaciones del estudio _____	8
1.7. Supuestos _____	8
1.7.1. Psicología positiva. _____	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes históricos de la salud mental _____	10
2.1.1. Salud mental _____	12
2.1.2. Salud mental en Chile _____	13
2.2. Teorías sobre la salud mental _____	15
2.2.2. Salud mental desde el psicoanálisis _____	15
2.2.2. Salud mental desde el humanismo _____	16
2.2.3. Salud mental desde la psicología positiva _____	16
2.3. Adolescencia y adultez joven _____	17
2.4. Factores protectores de la salud mental _____	19
2.4.1. Autoestima _____	19
2.4.2. Motivación _____	20
2.4.3. Satisfacción vital _____	20
2.4.4. Autodeterminación _____	20
2.5. Indicadores clínicos _____	21
2.5.1. Depresión _____	22
2.5.2. Alcoholismo _____	22

2.5.3. Trastorno convulsivo _____	22
-----------------------------------	----

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación _____	24
3.2. Variables _____	24
3.2.1. Variables independientes _____	24
3.2.2. Variables dependientes _____	24
3.3. Población y muestra del estudio _____	25
3.4. Instrumentos de medición _____	25
3.5. Procedimientos _____	26
3.5.1. Recolección de datos _____	26
3.5.2. Análisis estadísticos _____	27

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos _____	28
4.1.1. Resultados del test de Zung _____	29
4.1.2. Resultados del test de Capacidades Personales _____	30
4.1.3. Resultados del Cuestionario de Síntomas Ilustrado _____	33
4.2. Comprobación de hipótesis _____	35

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión de los resultados _____	39
5.2. Conclusiones _____	41
5.3. Recomendaciones _____	42

ANEXOS _____	44
--------------	----

LISTA DE REFERENCIAS _____	53
----------------------------	----

LISTA DE TABLAS

1. Muestra de Facultades _____	25
2. Género _____	28
3. Edad _____	28
4. Religión _____	29
5. Residencia, externo/interno _____	29
6. Test de Zung _____	29
7. Escala de diagnóstico de capacidades personales, resultados generales _____	30
8. Autoestima _____	30
9. Capacidad de autodeterminación _____	31
10. Capacidad de reestructurar objetivos _____	31
11. Metas en la vida _____	32
12. Capacidad para establecer relaciones afectivas _____	33
13. Alteraciones afectivas _____	33
14. Consumo de alcohol _____	34
15. Síntomas psicóticos _____	34
16. Trastorno convulsivo _____	35
17. Correlación entre el test EDCP, ZUNG Y CSI _____	36
18. Correlaciones entre variables de cada test _____	38

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

1. Introducción

Las personas son por naturaleza seres sociables, constantemente se relaciona con otros individuos con los cuales comparte, establece relaciones que implican emociones, conductas y se van desarrollando a través de la retroalimentación que surge de la interacción.

Los individuos conforman la sociedad, en la cual se establecen normas y valores, estos son constructos que indican el cómo es adecuado desenvolverse y relacionarse con los demás. La sociedad es dinámica, continuamente está cambiando. Cada persona aporta a este cambio y el cómo se enfrenta al mundo es el cómo influye en él, ser responsable, cuidadoso del entorno y respetuoso con los demás es algo que es señal que el individuo es saludable y consciente de su realidad.

El cómo se establecen las relaciones dependerá de varios factores uno de los más determinantes es la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la salud es el bienestar biológico, físico, psíquico y social del hombre. Debe existir un equilibrio entre estos aspectos para poder decir que alguien goza de salud, y cualquier alteración del mismo conllevaría a la enfermedad (OMS, 2013). Por lo tanto, enfermedad no es solo la ausencia de salud sino el desequilibrio de estos factores. Este estado de salud es lo que permite un adecuado funcionamiento tanto en la vida cotidiana como la relación con el entorno (OMS, 2001).

El concepto de Salud comúnmente se ha relacionado con enfermedades de origen biológico, pero como señala la OMS la salud es un estado de equilibrio. Borrell (2002) señala que en fenómenos relativos a la salud intervienen aspectos biológicos, pero también psicológicos y además aspectos de carácter social. Señalan que para el surgimiento de la enfermedad no solo es producto de alteraciones bioquímicas, sino que puede ser por la interrelación de variadas causas. Agregan además, que variables de índole psicosocial pueden ser determinantes a la hora de establecer la susceptibilidad, gravedad y curso de alguna patología.

Sin embargo, el concepto de salud no apunta solo a la patología pues implica también el desarrollo de estilos de vida y de características personales, interpersonales, sociales y laborales que apuntan a una idea integrada de bienestar biopsicosocial (Mebarak, Castro, Salamanca, Pilar, Quintero. 2009).

Por esto también se incluye el factor cultural que también posee importancia y está directamente relacionado con el factor social. Depende en que cultura se esté inserto para que la relación social se

dé de una manera u otra, pues aprendemos a ser saludables mentalmente dependiendo del lugar en donde vivimos (Mebarak, et al., 2009)..

Esto es un factor a considerar a la hora de evaluar la salud mental, puesto que a través de las distintas culturas, existe normalización de conductas que si bien en un país puede ser adecuado, en otro puede ser algo inadecuado, entonces se debe considerar estos dos factores como influyente en el desarrollo de la salud mental. Y por último el factor psicológico que engloba todo el proceso de crecimiento biopsicosocial y espiritual, es decir, componen el nivel cognitivo, intelectual, físico, emocional, comportamental y espiritual, en donde se observa el desarrollo de los rasgos de la personalidad, carácter y aspectos biológico hereditarios, en donde se ve de manera más holística al individuo, facilitando así el desarrollo de este y favoreciendo el fortalecimiento de la salud mental.

Para una mejor comprensión, definición e investigación se crea el concepto de Salud Mental que integra varios conceptos.

Según la OMS (2001) salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice que salud mental es una analogía de lo que se conoce como salud, sin embargo, en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo (OMS, 2013).

La salud mental es entendida no solo como la ausencia de trastornos mentales, sino que, se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Señala además la OMS que el aspecto de la salud mental es un tema de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y solo una minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben, en efecto, un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001).

Por lo tanto, de acuerdo a esta definición la salud mental es importante para todos los individuos independientemente del lugar en el que se desenvuelva y la actividad que realice. Los estudiantes y en especial los que cursan estudios universitarios, son sometidos a un estrés constante que influye en la salud mental que poseen.

Además se sabe que la edad universitaria coincide en gran parte con la adolescencia, y la adultez joven por lo que no se debe olvidar la gran cantidad de cambios que experimenta el individuo durante la adolescencia y el estrés que genera por sí sola en el mismo (Wheare, 2000; Citado por: Latan, & Montaña 2010)

Por otro lado, desde la psiquiatría se puede entender salud mental como “El estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades” (en Carrazana, 2003, p. 1).

Es por esto que el tema de la salud mental, no solo concierne a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además a la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos (Wheare, 2000; Citado por: Latan & Montaña 2010).

La salud mental en palabras simples se refiere a la manera en cómo nos relacionamos con nuestro entorno, es como nosotros vemos e interactuamos con el mundo y con los demás; comprende la manera en como armonizamos y encontramos el equilibrio de nuestros deseos, anhelos, habilidades, ideas, sentimientos y valores con los que nos enfrentamos a las demandas de la vida.

La OMS destaca la dimensión positiva de la salud mental al señalar que es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades (OMS, 2013).

Debido a la creciente preocupación por el desarrollo de la salud mental es que dirigentes de estado en conjunto con miembros de salud de varios países plantean proyectos, para los cuales se asignan importantes fondos.

Por ejemplo, Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su análisis y estadísticas, refiere que el gasto en salud total de México fue de un 6,2% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2010 y el gasto en salud total de Chile fue de un 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2011. Estas cifras están por debajo del promedio que es de 9,3% en los 34 países de la OCDE. A diferencia de Estados Unidos, invierte más en salud en relación a su porcentaje de la economía con un 17% de su PIB con destino a la salud en el mismo año 2011.

Jiménez y Radiszczsi (2012) mencionan que, si bien el porcentaje de recursos del fondo de salud destinado a salud mental ha aumentado en los últimos años (en 1999 era de 1,2%

aproximadamente, mientras que en 2004 fue de 2,14%, ubicándose actualmente cerca del 3%), aún no ha aumentado lo suficiente en relación a la importancia que tienen los problemas de salud mental en el país.

El *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS, MINSAL, 2006)* menciona en sus resultados que:

“Solamente el 2,14% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental, si bien esta cifra representa un aumento significativo del 1,2% del año 1999, se encuentra muy lejana de la meta de 5% para el año 2010 que plantea el Plan Nacional. De todo el gasto en salud mental, el 33% es asignado a los hospitales psiquiátricos, lo cual representa una reducción significativa del 57% del año 1999. No obstante los avances que ha significado disponer desde el año 2001 de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos y de una Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, existen aún muchas limitaciones en la protección de los derechos de estas personas debido a las restricciones que impone el Código Sanitario. Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental” (MINSAL, 2006).

En Chile las políticas del Gobierno se han focalizado sobre las enfermedades mentales, dando prioridad a patologías como: el trastorno hiperactivo de la atención, la depresión, el alcohol y drogas, la promoción y prevención, la violencia, esquizofrenia y el Alzheimer (MINSAL, 2000). Esto hace que la mayoría de las investigaciones en salud mental que se han desarrollado a través de los años, se centren y evalúen aspectos más bien psicopatológicos.

Por ejemplo, Cova, Alvial, Walter, Bonifetti, Hernández y Rodríguez (2007) realizaron una investigación para conocer la frecuencia de problemas de salud mental en la Universidad de Concepción, en donde se pueden apreciar los resultados enfocados específicamente en la psicopatología. Pues arrojan resultados significativos en el síndrome ansioso y el síndrome depresivo. En este estudio se observa que existe una problemática a nivel de estrés académico como una problemática más frecuente y se destaca siempre la psicopatología. Es por esto que se recomienda fortalecer estrategias preventivas para estos trastornos. Sin embargo las estrategias preventivas aún no están fuertemente desarrolladas.

En vista que se privilegia más la patología y se le da más prioridad a las enfermedades Jiménez y Radiszczsi (2012) plantean que es necesario que el ministerio de salud haga un esfuerzo por darle a la salud mental el mismo nivel que posee la salud física y pueda discutir y plantear la creación de una ley de salud mental, pues Chile actualmente carece de una legislación específica en la salud mental, y es necesaria debido a que resguardaría los derechos de las personas con enfermedades y discapacidades mentales, ya que pocas personas con discapacidad o enfermedades mentales graves logran la inserción adecuada a la sociedad.

Esto adquiere mayor relevancia si se considera que, de acuerdo a la información entregada por la OCDE, durante los últimos cinco años se ha observado una de las más altas tasas de suicidio, luego de Corea del Sur, así como también, se ha observado un importante aumento de patologías mentales en niños, jóvenes y adultos jóvenes.

Tradicionalmente la psicología como ciencia se ha enfocado principalmente a estudiar los aspectos negativos y patológicos de los seres humanos, sin embargo, la psicología positiva, con el propósito de estudiar las bases del bienestar psicológico, la felicidad, fortalezas y virtudes humanas se enfoca en los aspectos más positivos como la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc. De acuerdo a diversos autores puede llamarse también este enfoque como salugénico (Rivera, Ramos, Moreno y Hernán-García, 2011).

La psicología positiva plantea que existen aspectos en el ser humano que se debieran desarrollar. Pues existen fortalezas y virtudes del carácter que podrían colaborar en gran medida con la prevención de la psicopatología y del suicidio. Focalizar la atención sobre aquellas fortalezas y virtudes del carácter, así como sus motivaciones y capacidades constituyen uno de los objetivos del presente estudio.

La presente investigación encuadrada en el área de la psicología positiva, enmarcada dentro de la investigación de la salud mental realizada en México en una comunidad Universitaria de Montemorelos, Nuevo León, por la Facultad de Psicología de la Universidad de Montemorelos, pretende conocer la salud mental en jóvenes estudiantes de la Universidad Adventista de Chile, identificando sus fortalezas, virtudes, capacidades y motivaciones y aspectos clínicos de la salud mental. Particularmente se espera conocer la relación que existe entre los factores protectores, como la autoestima, la motivación, la satisfacción con la vida, la autodeterminación, la capacidad de reestructurar objetivos, las metas en la vida, la capacidad para establecer relaciones afectivas y los indicadores clínicos de la salud mental en los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile en el año 2014.

El primer capítulo ofrece una introducción a la temática, en donde se busca definir el problema y sus objetivos, dar a conocer la importancia y la justificación de la investigación y ver las posibles limitaciones que se podrían encontrar a lo largo del desarrollo de la temática.

El segundo capítulo desarrolla la teoría que sustenta el tema de investigación. Aquí se presenta una revisión de literatura exhaustiva en donde se analiza la psicología positiva, específicamente en las virtudes y fortalezas, los factores protectores y los indicadores clínicos estos siempre relacionados con los estudiantes y analizando estudios previos realizados como soporte.

En el tercer capítulo se explica el tipo de investigación y su diseño, al igual que se describe a la población y la muestra que se utilizará. Se explican los procedimientos de recolección de datos y los análisis estadísticos.

Finalmente en el cuarto capítulo se exponen los resultados y discusiones, presentando las conclusiones de dichos resultados y las recomendaciones e implicancias que posee esta investigación en los estudiantes universitarios de la Universidad Adventista de Chile.

1.2. Planteamiento del problema

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación se enmarca en la psicología positiva, ya que toma en consideración los rasgos positivos de los estudiantes; a la par que investiga los factores clínicos que caracterizan la salud mental.

Es por esto que esta investigación busca identificar y describir el comportamiento, así como las posibles relaciones entre los factores protectores e indicadores clínicos de la salud mental en los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile en el año 2014.

Se pretende, en esta investigación dar respuesta fundamentalmente a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre los factores protectores (autoestima, motivación, satisfacción con la vida, autodeterminación, capacidad de reestructurar objetivos, metas en la vida, capacidad para establecer relaciones afectivas) y los indicadores clínicos de salud mental en los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile en el año 2014?

1.3. Hipótesis de investigación

De acuerdo a lo anterior, se hipotetiza que:

- A mayores factores protectores en los alumnos de la Universidad Adventista de Chile, menores indicadores clínicos de salud mental.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar y describir la salud mental de los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile en el año 2014, así como las posibles relaciones entre los factores protectores y los indicadores clínicos.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Conocer la prevalencia de los indicadores clínicos de la salud mental, depresión, alcoholismo, trastorno convulsivo, síntomas psicóticos, en la población de estudio.
- ✓ Determinar la relación existente entre las capacidades personales y los indicadores clínicos como factores protectores de la salud mental de los estudiantes participantes en el estudio.

1.5. Importancia y justificación

La razón principal para realizar esta investigación es debido a que se pretende conocer cómo se encuentra la salud mental de los estudiantes de la Universidad Adventista de Chile. Con el propósito de contribuir al conocimiento de esta temática y ayudar en las futuras intervenciones en pro de un desarrollo adecuado de la salud mental en los estudiantes de la Universidad Adventista de Chile.

Las carreras de estudios superiores se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica, distinta de los 12 años de educación obligatoria, estas exigencias demandan de los estudiantes considerables esfuerzos de adaptación.

Las carreras universitarias tienen una duración promedio de entre 5 a 6 años, estos años están destinados a otorgar una formación óptima y de calidad, fundamental para afrontar de modo exitoso un futuro profesional que cada vez tiende a ser más exigente y competitivo. Este proceso de formación académica conlleva a que los estudiantes deban lidiar con distintos estresores, ante los cuales se corre el riesgo de terminar siendo perjudicado en el ámbito de la salud mental. Existen factores como; la falta de tiempo, el exceso de trabajo, consumo de alcohol o de otras sustancias o las dificultades para compatibilizar relaciones interpersonales con las obligaciones y deberes académicos, que pueden incidir en la prevalencia de algún malestar psicológico, que pudiera afectar a la salud mental de los estudiantes.

Esta investigación permitirá conocer la salud mental de los alumnos que cursan estudios superiores, dando así una visión integral del estudiante de pregrado de la Universidad Adventista de Chile.

1.6. Delimitaciones y limitaciones del estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la comuna de Chillán, Octava región, en la Universidad Adventista de Chile, perteneciente a dicha ciudad. Este establecimiento educacional es privado, de nivel socioeconómico medio.

De un total de 1.705 alumnos, se consideró una muestra proporcional, estratificada por facultad de alumnos y alumnas, que representa al 100% de la población, en donde se aplicaron la Escala de Diagnóstico de las Capacidades Personales, utilizada para medir los factores protectores, el Test de Zung, para medir la depresión y el Cuestionario de Síntomas Ilustrado (Self-Reporting Questionnaire. SRQ), utilizado para medir la posibilidad de desórdenes mentales o alteraciones emocionales.

Para realizar esta investigación, es pertinente tener en cuenta que la Universidad Adventista de Chile es una institución perteneciente a la Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día, promueve una educación integral fundamentada en principios y valores cristianos extraídos de las Santas Escrituras, para la formación de profesionales competentes, al servicio de Dios y la humanidad, y que confía en el potencial de toda persona que desee alcanzar una credencial formativa, pues no realiza exclusión ni distinción ideológica.

Que la Universidad pertenezca a una denominación religiosa favorece la selección de los alumnos, pues estudiantes con un estilo de vida distinto al que promueve dicha institución optarán tal vez por realizar estudios superiores en otra institución, a su vez esto implicaría que los resultados de esta investigación discreparán al contrastarse con los realizados por otras universidades laicas que realicen investigaciones sobre salud mental.

1.7. Supuestos

1.7.1. Psicología positiva

La psicología positiva es una disciplina relativamente nueva de la psicología, surge alrededor de unos 15 años atrás de la mano de Martin Seligman en conjunto con otros psicólogos norteamericanos. El surgimiento de la psicología positiva ayudó a fomentar el interés de académicos e investigadores sobre áreas poco estudiadas hasta ese momento, el estudio de los aspectos psicológicos positivos del ser humano.

La psicología positiva pretende comprender por medio de la investigación científica los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas de las personas (Poseck, 2006).

Seligman en 1998 asume la presidencia de la American Psychological Association (APA). Propone dar un cambio de enfoque en la investigación psicológica. Hasta entonces las

investigaciones se orientaban a estudios de patologías y con este cambio de enfoque se propone investigar los aspectos más saludables y positivos del ser humano.

Seligman es reconocido como el máximo exponente de la psicología positiva, plantea que esta disciplina tiene como objetivo fundamental promover y mejorar la calidad de vida de las personas y de este modo contribuir a la prevención de trastornos y patologías mentales (Seligman & Csikszentmihalyi 2000).

Hasta el momento gran parte de los científicos investigadores en salud mental han centrado el interés en la investigación de aspectos patológicos, que afectan la calidad de vida de las personas, sin embargo la psicología positiva se centra en las emociones positivas tales como el optimismo, el humor, la resiliencia y el crecimiento postraumático y la creatividad.

La psicología positiva plantea que existen aspectos en el ser humano que se debieran desarrollar. Pues existen fortalezas y capacidades personales que podrían colaborar en gran medida con la prevención de la psicopatología o del suicidio. Por esto, se pretende focalizar la atención sobre aquellas fortalezas, así como sus motivaciones y capacidades personales que constituyen uno de los objetivos del presente estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes históricos de la salud mental

El concepto de salud mental con el correr de los años ha recibido distintas interpretaciones y conceptualizaciones, pues para llegar a las definiciones que encontramos en la actualidad sobre salud mental, hubo un largo proceso a través de la historia.

En la antigüedad se les atribuía un origen sobrenatural a las patologías mentales ya que distintas culturas señalaban que la locura era causada por dioses, demonios o fuerzas sobrenaturales. Por ejemplo podemos ver que en el Antiguo Testamento, específicamente en el libro de Daniel se relata la locura del rey Nabucodonosor, quien es castigado por su desobediencia y soberbia durante siete años con la pérdida de la razón, que se interpreta como convivir con los animales y actuar como ellos. Hasta que por decisión divina se recupera. Dichas creencias datan desde hace más de 5.000 años en conjunto con el pensamiento primitivo que desarrolló las trepanaciones, buscando liberar a la persona de los demonios (Salaverri 2012).

Posterior a las creencias sobrenaturales de las enfermedades mentales, desde Hipócrates (s. V a. C.) hasta Galeno (s. II a. C.) se sostenía el carácter natural de las enfermedades mentales y se atribuía a los humores corporales las causas de dichas enfermedades. Los humores correspondían a cuatro fluidos que conformaban el cuerpo humano, estos eran la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Junto con estos cuatro humores del organismo humano también se relacionaban con los cuatro elementos del mundo exterior (aire, agua, fuego y tierra), en donde se planteaba que si la mezcla era adecuada entre estos elementos significaba salud y por el contrario si estaban realizando una mezcla inadecuada de los humores era causa de enfermedad. De acuerdo a Bruno Günther y Enrique Morgado (2000) “esta teoría humoral, que fue establecida hace casi dos mil años, sigue vigente en nuestros días.

La teoría humoral de Hipócrates fue uno de los primeros intentos de racionalizar la medicina (Longrigg, 1993, citado en King, H, 1995).

“A diferencia de la teoría hipocrática, para Galeno la sangre se mueve en el cuerpo en forma de vaivén (pendular), por cuanto él sabía, por su práctica médica, que mientras haya vida, se perciben movimientos del corazón, latidos arteriales y venosos, ingesta de alimentos y líquidos, movimientos del tórax con la respiración, y que el hombre puede realizar movimientos reflejos y voluntarios” (Günther & Morgado, 2000).

Salaverry (2012) refiere que Galeno sistematizó la medicina griega durante el siglo II d. C., y no le dio un lugar especial dentro de su gran obra a la enfermedad mental, sin embargo aceptaba, como los hipocráticos, el carácter natural de las enfermedades mentales y refiere que Galeno clasificaba las enfermedades mentales en dos: la melancolía y la manía. La primera estaba asociada a desequilibrios de la sangre o bilis amarilla y la segunda con la bilis negra. “Esta clasificación se mantuvo durante el Imperio romano, quienes a su vez desarrollaron las primeras manifestaciones de la salud pública bajo la forma del cuidado de la salud de los ciudadanos” (Salaverry 2012). Sin embargo, con la promulgación del Edicto de Milán por el emperador Constantino en el año 313 d. C. se reconoció el cristianismo y su inmediata popularización, lo que conllevó un retroceso y nuevamente se atribuyó a la enfermedad mental un carácter sobrenatural debido a la posesión demoniaca. A finales del Imperio surgen los primeros hospitales, como expresión de compasión y caridad, pero de ningún modo destinados a la sanación o búsqueda de tratamiento, pues seguía la creencia de la posesión demoniaca.

Siguiendo la perspectiva historia, posterior a todas estas etapas de atribuciones a causas sobrenaturales de la enfermedad mental surge una interpretación mecanicista de la enfermedad mental. La doctrina cartesiana señala que el hombre se divide en un componente material y otro racional, esto supone un dualismo entre mente y cuerpo. En este periodo el anatomista Thomas Willis incorpora el término *neurología*.

Willis explica que al igual que cada órgano del cuerpo el cerebro se nutre por medio de la sangre, sin embargo, la sangre que llega al cerebro pasa por un proceso de filtración que la convertía en elementos más sutiles o en “espíritus animales”, de esta forma explicaba la locura y otras manifestaciones incluidas algunas físicas como los movimientos involuntarios y estereotipados.

Este aporte de Willis generó como consecuencia la incorporación de las afecciones mentales dentro de las que se trataban en aquella época por la medicina. Las sangrías era uno de los tratamientos utilizados, pues se atribuían las enfermedades a desequilibrios humorales. Si bien hasta este punto se comenzaban a generar avances significativos en el reconocimiento de las enfermedades mentales, se retrocedía en otros, pues la interpretación de la enfermedad dependía del rango social. Un ejemplo de esto es la melancolía, cuando alguien de clase alta la padecía se la denominaba *spleen* y en cambio si alguien de clase baja padecía melancolía se llamaba *falta de espíritu*.

Las malas condiciones y la falta de atención hacia las personas que presentaban algún tipo de problema mental era un tema que no importaba a la mayoría de la sociedad. Por lo que era común en ese entonces la crueldad, el mal trato y la humillación hacia esas personas, no eran apreciadas ni valoradas en su condición de seres humanos, muchas terminaban sus días en cárceles o en la calle, sin que se les prestara la ayuda mínima para llevar una vida de calidad.

Durante los siglos XVII y XVIII socialmente existe un rechazo a las personas que no se comportaran o actuaran según los parámetros de normalidad de la época, por lo que se crean reformatorios y correccionales. Sin embargo durante el siglo XVIII esto toma un giro favorable, con figuras como las de Vincenzo Chiarugi y Philippe Pinel, y Dorothea Dix. Personas que se interesan por dar una atención y ayuda distinta a las personas que padecían afecciones mentales. Es así como nace el movimiento de higiene mental, en el cual se abren hospitales y asilos para recibir a estas personas olvidadas y marginadas por la sociedad. Esto no solo significó un gran avance para mejorar la calidad de vida de estas personas, sino que también implicó un gran avance para la psiquiatría y la psicología, pues de las observaciones que se realizaban en estos centros se pudieron estudiar y comprender las enfermedades mentales (Salaverry 2012).

Podemos decir que este es el punto de partida de la salud mental, es aquí donde se comienza a gestar lo que hoy en día es algo primordial y vital para el bienestar de cada individuo y de la sociedad. Al revisar esta perspectiva histórica se puede dimensionar el largo proceso que ha pasado para llegar hasta donde estamos, con instituciones, organizaciones y políticas públicas que se encargan de promover, prevenir y tratar problemáticas de salud mental.

En la actualidad podemos dar cuenta de todo lo que se ha avanzado en cuanto a la salud mental, tanto en Chile como en otros países, a nivel mundial se han establecido definiciones que aportan y guían el actuar de instituciones en pro de la salud mental.

2.1.1. Salud mental

La salud mental ha sido definida de múltiples formas en distintas culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, surge cierta complejidad al definir salud mental, pues dependiendo de la influencia cultural el concepto adquiere distintos significados. Sin embargo, se utiliza una definición amplia para explicar que salud mental es un concepto que abarca más que la ausencia de una enfermedad mental (Myers, 2000).

La OMS señala que la salud mental es de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen desórdenes mentales o del comportamiento, reciben en efecto un tratamiento (OMS, 2013).

Los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Vaccari, Astete & Ojeda 2012).

La salud mental, no concierne solo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de patologías mentales, sino que corresponde además a la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos (Wheare, 2000, citado en Latan & Montaña 2010).

2.1.2 Salud mental en Chile

En el año 1952, se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) en Chile, fue el organismo estatal y autoridad central de prestaciones y acciones de salud pública. Funcionó entre 1952 y 1979.

La asistencia de salud pública en aquella época manifestaba deficiencias que eran atendidas de algún modo por instituciones religiosas u otras que colaboraban a la asistencia de pacientes con discapacidad mental (Salazar, 1999).

La constitución del SNS permitió estructurar programas de salud para mejorar la calidad de vida de la población, esto implicó mejoras en políticas públicas de salud en Chile y en el tratamiento de los problemas de la salud mental de la población (Illanes, 1993).

Con los cambios logrados en la atención y tratamiento de pacientes con patologías mentales, se tomaron como referentes modelos europeos que proponían la desinstitucionalización en salud mental.

En los años 60 Luis Weinstein aporta en Chile el concepto de salud mental poblacional (Sepúlveda, 1998) y Juan Marconi la psiquiatría intracomunitaria (Mendive, 2004). Ambas prácticas vinculadas con desarrollos implementados por la Universidad de Chile en unidades de atención primaria (Sepúlveda, 1998). También destaca Martín Cordero en la ciudad de Temuco, extendiendo recursos y atención especializada en salud mental a otras ciudades fuera de Santiago. Esta podría considerarse como una primera etapa en los cambios de atención y tratamiento de salud mental en el país en la que se logran cambios significativos, una segunda etapa lo constituye la salud mental durante el periodo militar, a partir del 11 de septiembre de 1973.

Las investigaciones y avances producidos hasta la época entran en receso, siendo anuladas las experiencias de desinstitucionalización y salud mental comunitaria (Mendive, 2004). A pesar del

retroceso producido durante este periodo instituciones no gubernamentales desarrollaron un trabajo en salud general y mental, con estrategias clínico-comunitarias en localidades y sectores específicos, con problemas particulares como apoyo a las víctimas de la represión, niños en estado de calle y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (Sepúlveda, 1998).

Durante el periodo militar se desarrollaron una serie de reformas que afectaron especialmente a la salud, pues se creó la asistencia de salud privada, donde solo una pequeña parte de la población podía acceder a ella, quedando la salud mental en una situación crítica, no se destinaban fondos y además no se contaba con la infraestructura ni profesionales adecuados (Sepúlveda, 1998).

En el año 1990 con el término del periodo militar y el retorno al gobierno democrático, se inició de manera progresiva la mejoría de la salud mental, en infraestructuras y ampliación de recursos profesionales. Se crearon programas de prevención y tratamiento (Mendive, 2004)

La mirada psicosocial, propició un enfoque sobre problemas tales como la drogadicción, la violencia, la rehabilitación de las víctimas de violencia política durante la dictadura, la rehabilitación y reinserción de las personas con afecciones psiquiátricas. A ello se agregó la introducción de nuevos recursos humanos como la salud mental en la atención primaria de salud con equipos multidisciplinarios (Sepúlveda, 1998).

En el año 1990 Chile participa de la Conferencia de Caracas, replicando posteriormente a nivel nacional la estrategia de la Organización Panamericana de Salud (OPS) que fomentaba el desarrollo de dispositivos de atención comunitarios.

Entre los años 1990 y 1996 se realizaron avances significativos en temas de Salud Mental, se desarrollaron y diversificaron los recursos para esta área de atención de la salud (Mendive, 2004).

En el año 1999 se gestó una reforma en el plan nacional de salud Mental y psiquiatría, este documento se formula en función de los planteamientos de la declaración de Caracas en 1990 y se desarrolla en relación a los objetivos y acciones propuestos por los lineamientos técnicos de la OMS, en el año 2000 se publicó y entró en vigencia. Estas propuestas permitieron aumentar significativamente los recursos disponibles para salud mental en todos los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria y dispositivos comunitarios. Esto ha permitido que el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental haya aumentado en los últimos años del 1% al 3% (Minoletti y Zaccaria, 2005).

El plan nacional de salud mental y psiquiatría publicado en el año 2000, incorporó el concepto de “red de servicios de salud mental y psiquiatría”, donde cada servicio de salud debía contar como mínimo con: un centro comunitario de salud mental familiar (COSAM) y un hospital de día (HD)

con dependencia administrativa de una unidad clínica de psiquiatría y salud mental ambulatoria o de un servicio clínico de psiquiatría (Ministerio de Salud, 2000).

En la actualidad la salud mental en Chile se aborda desde un enfoque clínico-comunitario, en el cual se promueve el bienestar, se previenen la aparición de patologías mentales y se brinda un tratamiento en que no se institucionalice a la persona.

2.2 Teorías sobre la salud mental

2.2.1 Salud mental desde el psicoanálisis

En la teoría del psicoanálisis la enfermedad y la salud no se pueden entender como ideas separadas, sino como un proceso en el cual hay continuidad entre lo sano y lo patológico pues no se consideran ni opuestos ni excluyentes, pues desde este punto de vista no hay una frontera clara entre lo enfermo y lo sano, es decir la barrera entre lo normal y lo patológico se esfuma. Por esto definir salud mental desde este enfoque es algo confuso pues estar saludable no significa que no existan conflictos, sino que es la capacidad del individuo para resolver y enfrentar adecuadamente cada problema. La enfermedad aquí no se refiere solo a un desequilibrio del aparato psíquico, sino también al esfuerzo de la persona por lograr el equilibrio. Es un proceso continuo de salud y enfermedad. Por eso algunos autores dicen "La salud es un valor, es un bien, y la enfermedad es la negación de un estado deseable e implica, por lo tanto, sufrimiento o desvalorización" (Carro et al., 2009).

Dentro de la teoría psicoanalítica propuesta por Freud, no se considera a ninguna persona como sana y a medida que esta teoría ha evolucionado se han dado a conocer diferentes estructuras de personalidad en donde cada estructura determina el modo de relacionarse y determina la visión de mundo de cada individuo. Freud y Lacan identifican tres estructuras de personalidad: la neurótica, la psicótica y la perversa, y los dos coinciden en que no hay tránsito entre las estructuras, pues no pueden pasar de una estructura a otra porque cada una tiene funcionamientos distintos (Laplanche, 2004).

De acuerdo a las creencias de que todos los individuos usan mecanismos de defensa a diario para poder socializar, se observa cómo se utilizan y se permite identificar que estructura posee cada persona. La represión es uno de los mecanismos más importantes para el psicoanálisis, pues si se desarrolla la represión, se considera una persona sana mentalmente y se refiere a una persona neurótica, cuya estructura mental logra la represión para poder desarrollar su vida cotidiana. Ahora si la persona posee una estructura psicótica o perversa no ha logrado el mecanismo de defensa de la represión, entonces se puede decir que son estructuras enfermas (Laplanche, 2004).

2.2.2. Salud mental desde el humanismo

El enfoque humanista es una corriente psicológica desarrollada después del psicoanálisis en la década de los sesenta en el siglo XX y se le llama la tercera fuerza. Surge en contraposición al psicoanálisis y al conductismo, pues da énfasis a la persona como un todo, basando en el desarrollo de los aspectos existenciales de cada individuo, como lo es la libertad, la responsabilidad o el conocimiento. Y critica fuertemente estas corrientes por centrarse solo en los aspectos negativos y patológicos de los individuos (Maslow 1994).

Abraham Maslow, teórico principal de esta corriente, en contraposición a las corrientes anteriores señala que las personas no reaccionan solamente a las situaciones ciegamente sino que tratan de superarse y realizar mayores tareas. Estos estudios en personas sanas le dio una valiosa información en donde planteó que los seres humanos pueden vivir muchas experiencias cumbres (momentos en donde el individuo está en armonía consigo mismo y con su entorno) a lo largo de la vida incluso dentro de un día.

El humanismo postula la presencia de una tendencia básica de los seres humanos a la salud mental que se desarrolla en la búsqueda de la autorrealización desarrollada por Maslow plantea la pirámide de necesidades como un modelo de las necesidades humanas en jerarquía, en donde se busca la satisfacción de las necesidades en orden, pues las más básicas dan lugar a las necesidades siguientes. Cada persona siente un intenso deseo de llegar a la cima de su potencial y alcanzar el máximo nivel de la pirámide que es la autorrealización (Maslow 1994).

2.2.3. Salud mental desde la psicología positiva

Tradicionalmente la psicología como ciencia se ha enfocado principalmente a estudiar los aspectos negativos y patológicos de los seres humanos, sin embargo, la psicología positiva, con el propósito de estudiar las bases del bienestar psicológico, la felicidad, fortalezas y virtudes humanas se enfoca en los aspectos más positivos como la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia... (Rivera et al., 2011).

En 1998, cuando Seligman asume la presidencia de la APA, comienza a establecer uno de los cambios más significativos que se han realizado hasta el momento en el ámbito de la psicología y la psiquiatría, se comienza a gestar un nuevo enfoque en el que se comienzan a estudiar aspectos positivos en las personas y el cómo estos influyen de manera favorable en la salud mental.

Al mejorar la calidad de vida de las personas se puede prevenir la aparición de patologías mentales, este es uno de los principales objetivos de la psicología positiva. Cada persona cuenta con

recursos que puede desarrollar, y por medio de estos cambiar o mejorar su percepción y calidad de vida.

La principal contribución de la psicología positiva es la medición y comprobación por medio de la investigación científica de la influencia de los recursos personales en la salud Mental (Poseck, 2006).

La mayoría de los científicos investigadores se ha centrado en las emociones negativas y tal vez pudiera ser entendible pues se consideran como señales de alarma que pueden llegar a producir efectos nefastos en la salud de los individuos, sin embargo la psicología positiva se centra en el estudio de las emociones positivas tales como el optimismo, el humor, la resiliencia y el crecimiento postraumático y la creatividad, todos estos elementos integran el concepto de salud mental (Seligman, 2002).

Seligman en 1999 ya señalaba que la psicología positiva es un estudio científico de experiencias positivas y de rasgos individuales positivos que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas, mientras reduce o previene la incidencia de la psicopatología. O sea, que es el estudio científico de fortalezas y virtudes humanas, que permiten acoger una perspectiva más amplia con respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Contreras & Esguerra, 2006).

El objeto de interés es aportar conocimientos nuevos sobre la psique humana y no tan solo para ayudar a resolver los problemas mentales que adolecen los individuos, sino además para elevar el bienestar y la calidad de vida, todo eso guiado siempre con la metodología científica de las ciencias de la salud (Poseck, 2006).

2.3. Adolescencia y adultez joven

Al momento de ingresar a la universidad los estudiantes en su mayoría corresponden a personas de entre 18 a 24 años aproximadamente. Este rango etario se encuentra en el fin de la adolescencia y el comienzo de la adultez joven, y corresponde a un periodo de transición en varios ámbitos, por un lado son adolescentes que ya han completado 12 años de educación obligatoria, culminan una etapa en la que se desarrollaron física y mentalmente, el fin de la enseñanza media supone un nuevo comienzo que coincide con la transición biológica y mental de ser un adulto joven (Wheare, 2000, citado por Latan & Montaña 2010)

La adultez joven comienza con el término de la adolescencia alrededor de los 20 años de edad y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el periodo de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso de que estas se presenten (Papalia & Wendkos, 1999).

En esta etapa los adultos jóvenes adquieren un mayor grado de autonomía y de responsabilidades, son ellos quienes deben a tomar sus propias decisiones con respecto a cómo desarrollaran su vida (Aberasturyn & Knorel, 1976, citado en Latan, J & Montaña, A. 201). Investigaciones hechas en relación a las emociones experimentadas en la adolescencia e inicio de la adultez joven concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, esto sería provocado por la necesidad que experimentaría el ser humano de generar cambios en los hábitos y en la forma de pensar, con esto se establecen nuevos cambios.

Una de estas importantes decisiones es elegir si se optará por estudiar alguna carrera que permita la adquisición de una profesión, oficio o alguna otra manera de desarrollo.

El estudiar una carrera universitaria supone adquirir las destrezas y el conocimiento teórico especializado para desempeñar una profesión, además la elección está influenciada por la percepción de otros, como de la sociedad o de la familia (Golman, 1989).

La decisión de elegir una carrera y una universidad en donde estudiar viene asociada con una serie de dificultades como la ansiedad, desorientación, falta de conciencia acerca de las metas y necesidad de recibir orientación de alguien que represente algún grado de autoridad (Larson, 2001).

En sí misma la transición a la universidad es un proceso complejo, multifactorial, que requiere del estudiante, significativos y múltiples cambios, adaptaciones, comprendiendo un periodo aproximado de dos años.

Es importante que desde una visión de promoción de la salud (Branon y Feist, 2001), se identifique qué factores psicosociales favorecen la adaptación del joven a la vida universitaria y el alcance de los objetivos en su formación profesional. Algunas variables sociodemográficas han sido asociadas al buen ajuste y adaptación en el ingreso a la universidad que representa un cambio sustancial para el joven.

En ocasiones las demandas y exigencias de esta nueva etapa académica pueden generar serias dificultades en la adaptación y esto a su vez repercute en el rendimiento y en el éxito académico del estudiante llevando de este modo a la deserción.

Patiño y Cardona (2012) citando a Rojas y González (2008), plantean en un estudio realizado en la Universidad de Ibagué, Colombia, plantean que uno de los argumentos para explicar el fenómeno de la deserción es que al bajar el promedio de edad de ingreso a la universidad, se presentan diferentes tipos de fenómenos como bajo rendimiento por escasa madurez intelectual y emocional del estudiante, que llega siendo adolescente a la educación superior y la alta deserción por la falta de una orientación profesional, dificultades en establecer relaciones afectivas y por la aparición de

patologías como angustia o síntomas depresivos, entre otros como puede ser el consumo de alcohol o drogas (Cobo, 2006).

Existen problemas de salud mental que afectan a estudiantes universitarios, que requieren atención clínica o de algún profesional de la salud. Existen diversos trastornos psiquiátricos que pueden considerarse alteración de la salud mental (Rodríguez, 2003).

2.4 Factores protectores de la salud mental

Los factores protectores de la salud mental se definen como una gama de características psicológicas en las que sobresale la autoestima, la motivación, la satisfacción en la vida, la capacidad de autodeterminación, la capacidad de reestructurar objetivos, metas en la vida y la capacidad de establecer relaciones afectivas profundas, cuya presencia fortalece los procesos de bienestar y adecuación de las personas, disminuyendo la posibilidad de desarrollar alteraciones psicopatológicas (Vázquez, 2006).

Un estudio realizado sobre las habilidades sociales y autoestima en 153 estudiantes universitarios del área de la salud, reportó que una adecuada autoestima ayuda a la capacidad de solucionar conflictos (Camargo, 2009).

En otro estudio realizado sobre las conductas de riesgo y de hábitos de salud en 85 estudiantes universitarios de ambos sexos del primer y último año de la Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, se reportó que los estudiantes de primero y último año difieren en sus perfiles de riesgo, ya que el grupo de último año presenta un perfil de riesgo peor que el de sus compañeros de primer curso (Intra, 2011).

Un ambiente universitario exigente para los alumnos puede afectar a su salud mental y su desempeño. Es por esto que este estudio analizó la salud mental de los alumnos de primer año de una universidad privada de Chile, con 554 alumnos en el 2009. Los resultados indicaron su grado positivo en autoestima, satisfacción con la vida y optimismo (Pérez, Bonnefoy, Cabrera, Peine, Muñoz, Baquedano & Jiménez, 2011).

2.4.1. Autoestima

Martin, Marsh, Williamson & Debus (2003) definen autoestima como “un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Es la capacidad que tenemos con dignidad, amor y realidad”.

La Asociación Nacional para la Autoestima (2013) (National Association for Self-Esteem) define autoestima como la experiencia de tener capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser

merecedor de la felicidad. Las personas que tienen una autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables.

2.4.2. Motivación

Se puede definir la motivación como la búsqueda de la satisfacción de la necesidad, que disminuye la tensión ocasionada por la misma.

Según el diccionario de la Real Academia Española la motivación es la “acción y efecto de motivar”, y motivar es “dar causa o motivo para algo, dar o explicar la razón o motivo que se ha tenido para hacer algo y disponer del ánimo de alguien para que proceda de un determinado modo”. También dice que la motivación es el “ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia.”

De acuerdo con Locke y Latham (2004) el concepto de motivación se refiere a factores internos que impulsan la acción y a factores externos que pueden actuar como incentivos. Hay tres aspectos de la acción que pueden ser afectados por medio de la motivación, estos son: dirección (elección), intensidad (esfuerzo) y duración (persistencia).

2.4.3. Satisfacción vital

La satisfacción con la vida ha sido incluido como un elemento integrado en el estudio del bienestar de las personas en diferentes edades (Triadó, Villar, Solé & Osuna 2005). La satisfacción y el bienestar son indicadores de la calidad de vida.

En lo referente al análisis del bienestar se han mantenido dos líneas de trabajo paralelas centradas en lo que ha venido definiéndose como bienestar psicológico y como bienestar subjetivo (Matthews & Zeidner, 2000).

El bienestar psicológico ha sido descrito como un esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del propio potencial. Así, el bienestar psicológico tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

2.4.4. Autodeterminación

El termino autodeterminación puede ser definido de dos formas, el primer modo de definición tiene relación con la causalidad y control personal en la conducta y acción humana y la otra definición es entendida como un concepto aplicado a grupos de personas refiriéndose a sus derechos de determinar su propio estado político y autogobierno (Wehmeyer, 2001, citado en verdugo M.A).

La autodeterminación como concepto humano tiene su desarrollo a partir de la teoría de la autodeterminación en psicología. El término surge en los años 40, con el desarrollo de la psicología de la personalidad. Posteriormente el concepto se encuentra en el trabajo teórico en el campo de la psicología motivacional (Ryan y Deci, 2000).

La definición de autodeterminación más aceptada y difundida por científicos y profesionales es la de Michael Wehmeyer (1996).

“Autodeterminación se refiere a actuar como el principal agente causal de su vida y hacer elecciones y tomar decisiones respecto a la calidad de vida propia, sin influencias o interferencias externas innecesarias” (Wehmeyer, 1996),

2.5. Indicadores clínicos

Los indicadores clínicos de la salud mental se conceptualizan como las alteraciones de la salud mental que adquieren el carácter de entidades psicopatológicas que implican un deterioro o menoscabo de la integridad psíquica y social. Las alteraciones a las que se hace referencia en el presente proyecto son: la depresión, el alcoholismo, trastorno convulsivo y síntomas psicóticos.

Cuando ingresan los estudiantes a la universidad, su salud mental puede afectarse por múltiples factores, como serían las situaciones académicas que generan estrés y que pueden constituir un factor relacionado con la presencia de depresión en los universitarios. En su estudio reportaron una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de depresión (47,2%) y el estrés generado por estresores académicos (Gutiérrez Rodas et al., 2010).

En la Universidad de Concepción, Chile, se realizó una investigación con 632 estudiantes, para conocer la frecuencia de problemas de salud mental. Los resultados reportaron un 23,4% con síndrome ansioso y 16,4% síndrome depresivo. La sintomatología relacionada con el estrés académico se observó como una de las problemáticas más frecuentes. También se observó el deseo de muerte o suicidio. En donde se recomienda fortalecer estrategias preventivas como clínicas (Cova et al., 2007).

Eisenberg, Downs, Golberstein y Zivin (2009) realizaron un estudio con 5.555 estudiantes de 13 universidades y reportaron que el papel del estigma sobre la enfermedad mental, es una barrera y un obstáculo en la búsqueda de ayuda para la salud mental.

Se cree que la depresión, la angustia, el alcoholismo, hipocondría, trastorno convulsivo y esquizofrenia son psicopatologías de gran importancia a la hora de evaluar los resultados de los estudiantes en un periodo normal de clases. Si no se da énfasis en la prevención y en la protección

de la salud mental, puede que la sintomatología de las patologías interfiera significativamente en el desempeño educacional, reflejando un rendimiento académico poco óptimo.

2.5.1. Depresión

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que pueden incluir cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces realizadas, así como cambios cognitivos, como pensamientos confusos y elevada autocrítica.

De acuerdo con el MINSAL, la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios (MINSAL. 2013a).

2.5.2. Alcoholismo

La OMS (2014) señala que cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las muertes. El consumo abusivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, mundialmente el 5,1% de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol. El consumo de alcohol es mortal y provoca discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las muertes son atribuibles al consumo de alcohol.

Se ha comprobado que existe una relación causal entre el consumo abusivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y conductuales. Además, se han determinado relaciones causales entre el consumo abusivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida (OMS, 2014; World Health Organization, 2014).

2.5.3. Trastorno convulsivo

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que puede afectar a personas de todos los países y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la conciencia y del control de los esfínteres.

Los episodios se deben a descargas eléctricas excesivas a nivel cerebral. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día.

Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida) (OMS, 2013).

2.5.4 Síntomas Psicóticos

El término psicosis se utiliza para referirse a aquellos trastornos de la salud mental caracterizados por una cierta pérdida de contacto con la realidad. Cuando una persona sufre este tipo de trastorno se dice que ha tenido un episodio psicótico (OMS, 2014)

La OMS (2014) señala que a psicosis afecta principalmente a los jóvenes adultos y es bastante común. Cerca de 3 de cada 100 jóvenes sufrirán un episodio psicótico, lo cual significa que entre este sector de la población la psicosis es más común que la diabetes. La mayor parte de los afectados consigue una plena recuperación del trastorno.

La psicosis puede afectar a cualquiera, y como toda enfermedad, es susceptible de tratamiento.

La psicosis suele provocar cambios en el estado de ánimo y en la forma de pensar, dando lugar a ideas anormales, por lo que resulta difícil entender lo que está sintiendo la persona afectada.

Con objeto de comprender en qué consiste la experiencia psicótica, es útil clasificar por grupos algunos de los síntomas más característicos.

Los pensamientos más comunes se vuelven confusos o dejan de guardar una relación adecuada entre sí. La expresión oral se vuelve difícil de entender o no tiene sentido. En algunos casos le cuesta a la persona concentrarse, seguir el hilo de la conversación o recordar las cosas. Sus pensamientos parecen acelerarse o volverse más lentos.

Con frecuencia la persona afectada de un episodio psicótico tiene creencias falsas, conocidas como delirios. A tal grado está convencida de la verdad del delirio que ningún razonamiento, por más lógico que sea, es capaz de desengañarla.

Por efecto de la psicosis, la persona sufre una serie de alteraciones perceptivas, ve, oye, siente, huele o percibe con el gusto cosas que en realidad no están presentes. Por ejemplo, oye voces que nadie más alcanza a oír, ve objetos inexistentes, o percibe el olor o el sabor de las cosas de tal manera que le parece que están echadas a perder o incluso envenenadas.

Las personas afectadas con síntomas psicóticos presentan conductas diferentes a las que normalmente tendrían. En algunos casos, se vuelven extremadamente activas, o bien les sobreviene

un gran letargo que les hace estar sin hacer nada durante todo el día. Se pueden reír en momentos inoportunos, o se enojan o se sienten contrariadas sin motivo aparente. Muchas veces, estos cambios de conducta se relacionan con los síntomas arriba señalados. Por ejemplo, si la persona cree que se encuentra en peligro, puede realizar conductas como buscar ayuda llamando a la policía. En otros casos, deja de comer por temor a que la comida esté envenenada o le cuesta conciliar el sueño porque tiene miedo de algo.

Los síntomas varían de una persona a otra y en algunos casos cambian con el tiempo (OMS, 2014).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación no experimental de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional, pues se pretende obtener información respecto de la salud mental de los estudiantes universitarios de la UNACH y a su vez describir las situaciones y eventos que pudieran manifestarse en la salud mental de dichos estudiantes.

El propósito de utilizar este tipo de estudio nos permite describir las posibles conexiones que pudieran existir entre las variables independientes, que son factores protectores y las variables dependientes que son los factores clínicos en los alumnos de la UNACH, mediante una metodología cuantitativa.

3.2. Variables

3.2.1 Variables independientes

Factores protectores:

- ✓ Autoestima
- ✓ Motivación
- ✓ Satisfacción con la vida
- ✓ Autodeterminación
- ✓ Capacidad de reestructurar objetivos
- ✓ Metas en la vida
- ✓ Capacidad para establecer relaciones afectivas

3.2.2 Variables dependientes

Indicadores clínicos:

- ✓ Depresión
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Trastorno convulsivo
- ✓ Alteraciones afectivas (enfermedades mentales)

3.3 Población y muestra del estudio

La población investigada son los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile. La muestra está constituida por una muestra representativa de un 10% de estudiantes de la Universidad Adventista de Chile, considerando el primer semestre del año 2014.

El universo poblacional está compuesto por: los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud (FACS), la Facultad de Educación y Ciencias Sociales (FECS), la Facultad de Ingeniería y Negocios (FAIN) y la Facultad de Teología (FTEO).

Dicha población de estudiantes, se detalla en la tabla que a continuación:

Tabla 1.

Muestra por Facultades

Facultad	Alumnos encuestados
Facultad Ciencias de la Salud	69
Facultad de Ingeniería y Negocios	13
Facultad de Educación y Ciencias Sociales	84
Facultad de Teología	9
Total	175

3.4. Instrumentos de medición

Los factores protectores de salud mental se miden a través de:

- Escala de Diagnóstico de las Capacidades Personales: Utilizado para medir los factores protectores: autoestima, motivación, satisfacción con la vida, autodeterminación, capacidad de reestructurar objetivos, metas en la vida, capacidad para establecer relaciones afectivas. Y las variables demográficas: edad, género y nivel escolar (Anexo 3).
- Test de Zung (1965): Utilizado para medir la depresión. La Escala Autoaplicada de Zung (SDS, por sus siglas en inglés) fue diseñada para determinar el grado de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se publicó en 1965 y se ha utilizado también como instrumento diagnóstico. Consta de 20 preguntas que evalúan síntomas somáticos como por ejemplo “Tengo molestias de estreñimiento” y cognitivos como “Me resulta fácil tomar decisiones” (8 ítems para cada uno), y estado de

ánimo (Me siento abatido y melancólico) y síntomas psicomotores (El corazón me late más aprisa que de costumbre) (dos ítem para cada uno).

Explora síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión mínima; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y > 70 puntos para personas que experimentan depresión severa.

La escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento del continuo de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa, particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica (Passik et al., 2000) (Anexo 2).

- Cuestionario de Síntomas Ilustrado (Self-Reporting Questionnaire. SRQ): Utilizado para medir la posibilidad de desórdenes mentales o alteraciones emocionales, depresión, angustia, alcoholismo, hipocondría, trastorno convulsivo y esquizofrenia.

El Cuestionario de Síntomas Ilustrados es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) está validado en varios países de Latinoamérica y contiene 30 preguntas: 20 para neurosis y depresión, cuatro para sicosis, una para epilepsia, cinco para alcoholismo. Este cuestionario solo discrimina entre dos categorías: presente o ausente (Anexo 4).

3.5. Procedimientos

3.5.1. Recolección de datos

Este estudio descriptivo se llevó a cabo en una población aproximada de 1.700 estudiantes de la UNACH, obtenida de la lista oficial de alumnos inscritos en el primer semestre del año 2014, se establece una muestra representativa del 10% de la población. El muestreo fue estratificado por facultad y proporciona al número de alumnos con el que contaba cada facultad. Posteriormente, al interior de cada facultad se realizó un muestreo aleatorio estratificado con una afijación proporcional para elegir los alumnos a encuestar. En la Facultad de Ciencias de la Salud se

encuestaron a 69 alumnos, Facultad de Educación y Ciencias Sociales 84 alumnos, Facultad de Ingeniería y Negocios 13 alumnos y Facultad de Teología 9 alumnos (ver tabla 1).

El método de evaluación del estado de salud mental consistió en una encuesta voluntaria, autoaplicada y anónima, compuesta por: el test de Zung, en su modalidad de 20 preguntas (Z 20), el cuestionario de síntomas ilustrados (CSI) y la escala de diagnóstico de las capacidades personales (EDCP). Además se aplicó una encuesta que incluyó datos de identificación; edad, género, carrera, religión y si el alumno es residente externo o interno del campus universitario.

La aplicación de las encuestas se realizó de dos modos: dejando las encuestas con los docentes para ser administradas durante sus clases y la segunda forma fue concurrir a la sala de clases en horario previamente acordado con el docente correspondiente y aplicar la encuesta.

3.5.2. Análisis estadísticos

Para el análisis de las encuestas aplicadas los datos fueron incluidos en una base de datos específicamente diseñada, y analizados con el programa informático de análisis estadístico SPSS, versión 15.0. y 20.0. Las variables analizadas son de tipo cuantitativo, y los resultados se basan en la presencia de dichas variables. Posteriormente se calcularon las frecuencias de las variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos

La muestra objeto de estudio está formada por 175 estudiantes de la Universidad Adventista de Chile en el primer semestre de 2014, de los cuales el 63,4% es de sexo femenino y el 36% es de sexo masculino (Tabla 2); a su vez el grupo etario de mayor frecuencia es de 18 a 21 años con un 61,6% del total de la muestra, siguiendo de 22 a 25 años con 28,6%, el restante corresponde a mayor de 26 años (Tabla 3). El 39,4% de los estudiantes declara pertenecer a la denominación adventista, el 60,6% es de otra denominación o ideología (Tabla 4). El 7,4% de los alumnos habita al interior de la universidad en régimen de internado (Tabla 5).

Tabla 2.

Género

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	111	63,4	63,8	63,8
Hombre	63	36,0	36,2	100,0
Total	174	99,4	100,0	
Perdidos	1	,6		
Total	175	100,0		

Tabla 3:

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-21 años	107	61,1	61,1	61,1
22-25 años	50	28,6	28,6	89,7
26 años y más	18	10,3	10,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabla 4.

Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otra	106	60,6	60,6	60,6
Adventista	69	39,4	39,4	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabla 5.

Residencia externa o interna

Tipo de residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Externo	162	92,6	92,6	92,6
Interno	13	7,4	7,4	100,0
Total	175	100,0	100,0	

4.1.1. Resultados del test de Zung

El 38,3% de los alumnos de la muestra presenta algún grado de sintomatología depresiva según el test de Zung, de los que el 28,3% corresponde a sintomatología leve, el 8,0% a sintomatología moderada y un 2,3% presenta sintomatología depresiva grave. El 61,7% de los alumnos de la muestra no presenta sintomatología depresiva (Tabla 6).

Tabla 6.

Test de Zung

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No depresión	108	61,7	61,7	61,7
Depresión leve	49	28,0	28,0	89,7
Depresión moderada	14	8,0	8,0	97,7
Depresión grave	4	2,3	2,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

4.1.2. Resultados del test de capacidades personales

Tomando en cuenta la totalidad de las subescalas, se manifiesta que el 60,0% de los alumnos presenta un adecuado desarrollo de las fortalezas personales y el 39,4% presenta una alta fortaleza personal.

Tabla 7.

Escala de diagnóstico de capacidades personales, resultados generales.

Capacidades personales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adecuada fortaleza personal	105	60,0	60,3	60,3
Alta fortaleza personal	69	39,4	39,7	100,0
Total	174	99,4	100,0	
Perdidos	1	,6		
Total	175	100,0		

Subescalas:

a) Autoestima

El 26,3% de los estudiantes posee una autoestima baja, a su vez el 48,6% posee una autoestima media y el 25,1% ha desarrollado una alta autoestima.

Tabla 8.

Autoestima

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Autoestima baja	46	26,3	26,3	26,3
Autoestima media	85	48,6	48,6	74,9
Autoestima alta	44	25,1	25,1	100,0
Total	175	100,0	100,0	

b) Capacidad de autodeterminación

Se observa que hay un 11,4% de los estudiantes que posee baja capacidad de autodeterminación, un 72% posee una media capacidad de autodeterminación y un 16.6% posee una alta capacidad de autodeterminación.

Tabla 9.

Capacidad de autodeterminación

Capacidad de autodeterminación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja capacidad de autodeterminación	20	11,4	11,4	11,4
Media capacidad de autodeterminación	126	72,0	72,0	83,4
Alta capacidad de autodeterminación	29	16,6	16,6	100,0
Total	175	100,0	100,0	

c) Capacidad de reestructurar objetivos

Para los estudiantes de la muestra, la baja capacidad de reestructurar objetivos se presenta en un 17,1%, la media capacidad de reestructurar objetivos abarca un 54,9% y la alta capacidad de reestructurar objetivos se manifiesta solo en un 28% (Tabla 10).

Tabla 10.

Capacidad de reestructurar objetivos

Capacidad de reestructurar objetivos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja capacidad de reestructurar objetivos	30	17,1	17,1	17,1
Media capacidad de reestructurar objetivos	96	54,9	54,9	72,0
Alta capacidad de reestructurar objetivos	49	28,0	28,0	100,0
Total	175	100,0	100,0	

d) Metas en la vida

Las bajas expectativas de metas en la vida se refleja en un 21,7%, las expectativas medias de metas en la vida se manifiesta en un 55,4% y las altas expectativas de metas en la vida solo tienen un 22,9% en los estudiantes.

Tabla 11.

Metas en la vida

Metas en la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajas expectativas de metas en la vida	38	21,7	21,7	21,7
Espectativas medias de metas en la vida	97	55,4	55,4	77,1
Altas expectativas de metas en la vida	40	22,9	22,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

e) Capacidad para establecer relaciones afectivas

En cuanto al establecimiento de relaciones afectivas en un 19,4% se presenta la baja capacidad para establecer relaciones afectivas, en un 38,9% está la capacidad media de establecer relaciones afectivas y en un 41,7% se manifiesta una alta capacidad para establecer relaciones afectivas (ver Tabla 12).

Tabla 12.

Capacidad para establecer relaciones afectivas

Capacidad de relaciones afectivas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja capacidad para establecer relaciones afectivas	34	19,4	19,4	19,4
Capacidad media para establecer relaciones afectivas	68	38,9	38,9	58,3
Alta capacidad para establecer relaciones afectivas	73	41,7	41,7	100,0
Total	175	100,0	100,0	

4.1.3. Resultados del Cuestionario de Síntomas Ilustrado

a) Alteraciones afectivas (EM)

Se presentan las alteraciones afectivas leves en un 42,9% de los estudiantes, las alteraciones afectivas moderadas se manifiestan en un 43,4% y las alteraciones afectivas graves solo se presentan en un 13,7%.

Tabla 13.

Alteraciones afectivas

Alteraciones afectivas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alteraciones afectivas leves	75	42,9	42,9	42,9
Alteraciones afectivas moderadas	76	43,4	43,4	86,3
Alteraciones afectivas graves	24	13,7	13,7	100,0
Total	175	100,0	100,0	

b) Adicción al alcohol

El consumo de alcohol se presenta en un 18,3% de los estudiantes y por el contrario, los que no consumen alcohol se manifiestan en un 81,7% de la muestra total.

Tabla 14.

Consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No consumo de Alcohol	143	81,7	81,7	81,7
Consumo de Alcohol	32	18,3	18,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

c) Síntomas psicóticos

La ausencia de alteraciones psicóticas se presenta en un 80% y la presencia de alteraciones psicóticas solo se manifiesta en un 20%.

Tabla 15.

Síntomas psicóticos

Síntomas psicóticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Presencia de alteraciones psicóticas	35	20,0	20,0	20,0
Ausencia de alteraciones psicóticas	140	80,0	80,0	100,0
Total	175	100,0	100,0	

d) Trastorno convulsivo

La ausencia del trastorno convulsivo abarca casi la totalidad de la muestra con un 97,7% y solo con un 2,3% se observa presencia del trastorno convulsivo.

Tabla 16.

Trastorno convulsivo

Trastorno convulsivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de trastorno convulsivo	171	97,7	97,7	97,7
Presencia de trastorno convulsivo	4	2,3	2,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

4.2. Comprobación de hipótesis

Para realizar la prueba de hipótesis se desarrolló el análisis correlacional de Pearson, en el programa estadístico SPSS 15.0 y 20.0 teniendo presente las siguientes variables:

- Capacidades personales: autoestima, motivación, satisfacción con la vida, autodeterminación, capacidad de reestructurar objetivos, metas en la vida, capacidad para establecer relaciones afectivas.
- Indicadores clínicos: depresión, alcoholismo, trastorno convulsivo, alteraciones afectivas (enfermedades mentales) y síntomas psicóticos.

Se analizaron los 3 test en conjunto y se aprecia que:

Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre las enfermedades mentales y la depresión ($r = 740, p > 0,01$).

También existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre las enfermedades mentales y las capacidades personales ($r = -482, p > 0,01$).

Y por último existe una relación negativa estadísticamente significativa entre las capacidades personales y la depresión ($r = -567, p > 0,01$).

Tabla 17.

Correlación entre el test EDCP, ZUNG Y CSI

Correlación de test		CSI_EM	Z_Dep	EDCP_CapPers
CSI_EM	Correlación de Pearson	1	,740(**)	-,482(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	175	175	175
Z_Dep	Correlación de Pearson	,740(**)	1	-,567(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	175	175	175
EDCP_CapPers	Correlación de Pearson	-,482(**)	-,567(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	175	175	175

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

Al analizar las relaciones entre todas las variables de cada test se observa que:

Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la capacidad de establecer relaciones afectivas ($r = -160, p > 0,05$). Y una correlación no significativa entre consumo de alcohol y metas de vida ($r = 036, p < 0,01$).

Por otro lado también hay una correlación negativa significativa estadísticamente entre la enfermedad mental y la autoestima ($r = -317, p > 0,01$), la motivación ($r = -385, p > 0,01$), la satisfacción de vida ($r = -317, p > 0,01$), la capacidad de autodeterminación ($r = -319, p > 0,01$), la capacidad de reestructurar objetivos ($r = -292, p > 0,01$) y las relaciones afectivas ($r = -216, p > 0,01$). Y no hay una relación significativa estadísticamente entre la enfermedad mental y las metas de vida ($r = -017, p < 0,01$).

A su vez los síntomas psicóticos no presentan una relación significativa estadísticamente con la autoestima ($r = -108, p < 0,01$), la motivación ($r = -045, p < 0,01$), la satisfacción de vida ($r = -125, p < 0,01$), la capacidad de autodeterminación ($r = -0,87, p < 0,01$), la capacidad de reestructurar objetivos ($r = 103, p < 0,01$), las metas de vida ($r = -116, p < 0,01$) y las relaciones afectivas ($r = -0,23, p < 0,01$).

También existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre el trastorno convulsivo y la autoestima ($r = 158, p > 0,05$) y la capacidad de autodeterminación ($r = 160, p > 0,05$). Sin embargo no hay relación significativa estadísticamente entre el trastorno convulsivo y la motivación ($r = -018, p < 0,01$), la satisfacción de vida ($r = 016, p < 0,01$), la capacidad de

reestructurar objetivos ($r = -0,33$, $p < 0,01$), las metas en la vida ($r = -0,112$, $p < 0,01$) y la capacidad para establecer relaciones afectivas ($r = -0,145$, $p < 0,01$).

Por último la depresión tiene una relación negativa estadísticamente significativa con la autoestima ($r = -0,489$, $p > 0,01$), la motivación ($r = -0,435$, $p > 0,01$), la satisfacción de vida ($r = -0,406$, $p > 0,01$), la capacidad de autodeterminación ($r = -0,352$, $p > 0,01$), la capacidad de reestructurar objetivos ($r = -0,443$, $p > 0,01$), las metas en la vida ($r = -0,170$, $p > 0,05$) y la capacidad para establecer relaciones afectivas ($r = -0,326$, $p > 0,01$) (ver tabla 18).

De acuerdo a los resultados mencionados anteriormente, se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre las capacidades personales y los indicadores clínicos, esto concuerda con la hipótesis planteada al inicio de la investigación, que refiere que: “a mayores capacidades personales en los alumnos de la Universidad Adventista de Chile, hay menores indicadores clínicos presentes”.

Por lo tanto los resultados obtenidos muestran que si existe una significancia estadística entre las capacidades personales que son factores protectores, frente a los indicadores clínicos, con una confiabilidad de entre un 95% a un 99%.

Tabla 18.

Correlación entre variables de cada test

Correlación entre CSI, EDCP, Zung		EDCP_a ut2	EDCP_ mot_2	EDCP_s v5	EDCP_a utodet2	EDCP_r esObj2	EDCP_ metas2	EDCP_r elAfec2
CSI_oh2	Correlación de Pearson	-,054	-,126	-,074	,038	-,033	,036	-,160(*)
	Sig. (bilateral)	,475	,098	,330	,617	,666	,634	,034
	N	175	175	175	175	175	175	175
CSI_EM _Cat	Correlación de Pearson	-,317(**)	-,385(**)	-,317(**)	-,319(**)	-,292(**)	-,017	-,216(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,818	,004
	N	175	175	175	175	175	175	175
CSI_ps4	Correlación de Pearson	-,108	-,045	-,125	-,087	,103	,116	-,023
	Sig. (bilateral)	,156	,550	,098	,253	,173	,128	,764
	N	175	175	175	175	175	175	175
CSI_tv3	Correlación de Pearson	,158(*)	-,018	,016	,160(*)	-,033	-,112	,045
	Sig. (bilateral)	,037	,814	,829	,034	,668	,140	,550
	N	175	175	175	175	175	175	175
Z_Dep	Correlación de Pearson	-,489(**)	-,435(**)	-,406(**)	-,352(**)	-,443(**)	-,170(*)	-,326(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,024	,000
	N	175	175	175	175	175	175	175

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

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

CAPÍTULO V

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión de los resultados

Las investigaciones sobre salud mental han ido en alza, pues contribuyen a obtener información sobre el estado de salud mental de la población. Una población que ha acaparado la atención es la de estudiantes universitarios, resultando de interés poder medir la salud mental de los jóvenes y determinar qué factores protegen y afectan el bienestar mental.

La presente investigación tuvo como propósito identificar y describir la salud mental de los estudiantes de pregrado de la Universidad Adventista de Chile en el año 2014, así como las posibles relaciones entre los factores protectores y los indicadores clínicos de la salud mental en los mismos.

Se pretendió explorar cuales son los indicadores clínicos presentes en la muestra estudiada, para de este modo tener conocimiento de la prevalencia de patologías mentales en los estudiantes universitarios y las capacidades personales como posibles factores protectores. A continuación se discuten los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que la presencia de depresión aumenta la posibilidad de padecer alguna enfermedad mental. La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla o ser el resultado de esta.

Por otro lado, de los datos obtenidos se puede observar que existe una relación estadísticamente negativa entre la depresión y las capacidades personales, esto quiere decir que aquellos alumnos que poseen altas capacidades personales están menos propensos a padecer depresión y otras patologías mentales. Por lo que las capacidades personales pueden considerarse factores protectores de la salud mental en los estudiantes de la universidad Adventista de Chile. Esto confirma la hipótesis del presente estudio que espera comprobar que: a mayores factores protectores en los alumnos de la Universidad Adventista de Chile, menores indicadores clínicos de salud mental.

En el año 2007 se realizó un estudio en la Universidad de Concepción titulado *Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción*. El objetivo del estudio fue realizar una estimación de la magnitud de diversas problemáticas de salud mental en una muestra representativa de estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción.

Los participantes del estudio correspondieron a estudiantes de la Universidad, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo por conglomerados. La Universidad de Concepción está

compuesta por 16 facultades con un total de 15.309 alumnos. La muestra fue seleccionada de 10 facultades, con un total de 632 alumnos de ambos sexos. Las edades de los participantes oscilan entre los 18 y 32 años, con una edad promedio de 21 años. Las mujeres representan un 50,3% y los hombres un 49,7%. Estos porcentajes conservan la proporción de mujeres y hombres de la Universidad.

Para el estudio los instrumentos utilizados fueron Inventario de Depresión de Beck, 2.^a edición (BDI-II): El BDI-II instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas de 13 años y más. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): inventario de autoinforme de 21 ítems. Fue desarrollado con el propósito de contar con un instrumento para valorar ansiedad que discrimine lo mejor posible entre esta y la sintomatología depresiva (Beck & Steer, 1993). Cuestionario de Salud Mental en Universitarios CSM-U: Este instrumento fue diseñado por los investigadores del estudio con el objetivo de identificar la prevalencia de indicadores de conductas desadaptativas.

Los resultados del estudio indican que un 23,4% de los estudiantes presenta síndrome ansioso y 16,4% síndrome depresivo. Una de las problemáticas observada con mayor frecuencias fue la sintomatología ligada al estrés académico. Además, en los indicadores de deseo de muerte e ideación suicida se observaron cifras preocupantes.

En la Universidad Adventista de Chile se realizó un estudio exploratorio descriptivo con el objetivo de evaluar la salud mental de los estudiantes a partir de la presencia de indicadores clínicos y las capacidades personales.

La muestra objeto de estudio está formada por 175 estudiantes de la Universidad Adventista de Chile en el primer semestre de 2014, de los cuales el 63,4% es de sexo femenino y el 36% es de sexo masculino; a su vez el grupo etario de mayor frecuencia es de 18 a 21 años con un 61,6% del total de la muestra, siguiendo de 22 a 25 años con 28,6%, el restante corresponde a mayor de 26 años. El 39,4% de los estudiantes pertenece a la denominación Adventista, el 60,6% es de otra denominación o ideología. El 7,4% de los alumnos habita al interior de la universidad en régimen de internado.

Los instrumentos utilizados fueron: test de Zung, en su modalidad de 20 preguntas, mide sintomatología depresiva. Cuestionario de síntomas ilustrados (CSI), consta de 30 preguntas y está diseñado para la detección de alteraciones psicopatológicas de menor a mayor gravedad. Escala de diagnóstico de las capacidades personales (EDCP), consta de 28 preguntas y valora distintas capacidades personales. Además se aplicó una encuesta que incluyó datos de identificación; edad, genero, carrera, religión y si el alumno es residente externo o interno del campus universitario.

Los resultados del estudio señalan que en cuanto a presencia de indicadores clínicos que el 38,3% de los alumnos de la muestra presenta algún grado de sintomatología depresiva y un 2,3% presenta sintomatología depresiva grave según el test de Zung. El 20% de los alumnos presenta algún grado de alteraciones psicóticas y un 2.3% evidencia la presencia de trastorno convulsivo. En cuanto a las capacidades personales como factores protectores El 60,0% de los estudiantes presenta una adecuada fortaleza personal y el 39,4% presenta una alta fortaleza personal.

Ambos estudios presentan similitudes en cuanto a la selección de la muestra, la cual fue obtenida en relación a la cantidad de alumnos por facultades. Ambas casas de estudios se encuentran ubicadas en la octava región del Bio-Bio.

La edad promedio fue de 21 años, el grupo etario más frecuente fue de 18 a 21 años con un 61,1% de la población estudiada en la Universidad Adventista, estos datos coinciden con el estudio mencionado anteriormente de Cova et al. (2007) encontrándose estos mismos resultados, donde el promedio de edad es de 21 años.

Del total de la población estudiada en ambos estudios la mayoría de los estudiantes correspondieron al sexo femenino en un 63,4% en la Universidad Adventista y un 58,1% de los estudiantes de la Universidad de Concepción. Con respecto la presencia de indicadores clínicos en ambos estudios la de sintomatología depresiva fue mayor en mujeres que en hombre.

La Universidad de Concepción realizó una investigación en la cual se medía la presencia de indicadores clínicos, depresión, ansiedad, ideación suicida y consumo de alcohol. El estudio realizado en la Universidad Adventista midió la presencia de indicadores clínicos y evaluó las capacidades personales de los alumnos, y la relación entre las variables.

5.2. Conclusiones

El presente estudio permitió explorar y describir la salud mental de los estudiantes de pregrado de la universidad Adventista.

Se puede observar que en general los alumnos de la universidad adventista de Chile se encuentran mentalmente saludables, esto puede ser potenciado por el estilo de vida que promueve dicha casa de estudios.

Con respecto a la presencia de indicadores clínicos, las patologías tienen una baja prevalencia dentro de la población estudiantil.

Los resultados obtenidos mediante el test de zung para evaluar sintomatología depresiva permiten observar que el 61,7% de los alumnos no presenta sintomatología depresiva, lo que se traduce en un resultado bastante positivos en términos de la salud mental de los alumnos.

luego de evaluar los resultados, se llega a las siguientes conclusiones:

- El 61,7% de los alumnos de la muestra no presenta sintomatología depresiva, el 38,3% de los alumnos de la muestra presenta algún grado de sintomatología depresiva y solo un 2,3% presenta sintomatología depresiva grave según el test de Zung,
- El 60,0% de los estudiantes presenta una adecuada fortaleza personal y el 39,4% presenta una alta fortaleza personal.
- En cuanto a la autoestima, el 26,3% de los estudiantes posee una autoestima baja, a su vez el 48,6% posee una autoestima media y el 25,1% ha desarrollado una alta autoestima.
- En la Capacidad de Autodeterminación se observa que hay un 11,4% de los estudiantes que posee baja capacidad de autodeterminación, un 72% posee una media capacidad de autodeterminación y un 16.6% posee una alta capacidad de autodeterminación.
- Para los estudiantes de la muestra, la baja capacidad de reestructurar objetivos se presenta en un 17,1%, la media capacidad de reestructurar objetivos abarca un 54,9% y la alta capacidad de reestructurar objetivos se manifiesta solo en un 28%.
- Las bajas expectativas de metas en la vida se refleja en un 21,7%, las expectativas medias de metas en la vida se manifiesta en un 55,4% y las altas expectativas de metas en la vida solo tienen un 22,9% en los estudiantes.
- En cuanto al establecimiento de relaciones afectivas en un 19,4% se presenta la baja capacidad para establecer relaciones afectivas, en un 38,9% está la capacidad media de establecer relaciones afectivas y en un 41,7% se manifiesta una alta capacidad para establecer relaciones afectivas.
- También se presentan las alteraciones afectivas leves en un 42,9% de los estudiantes, las alteraciones afectivas moderadas se manifiestan en un 43,4% y las alteraciones afectivas graves solo se presentan en un 13.7%.
- El consumo de alcohol se presenta en un 18,3% de los estudiantes y por el contrario, los que no consumen alcohol se manifiestan en un 81,7% de la muestra total.
- La ausencia de alteraciones psicóticas se presenta en un 80% y la presencia de alteraciones psicóticas solo se manifiesta en un 20%.
- La ausencia del trastorno convulsivo abarca casi la totalidad de la muestra con un 97,7% y solo con un 2.3% se observa presencia del trastorno convulsivo.

Se analizaron los 3 test en conjunto y se aprecia que existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre las enfermedades mentales y la depresión ($r= 740$, $p > 0,01$)

(Tabla 17). Es decir, que a mayor presencia de enfermedades mentales, aumenta la depresión en los estudiantes.

También existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre las enfermedades mentales y las capacidades personales ($r = -0,482$, $p > 0,01$) (Tabla 17), esto indica que a menor presencia de enfermedades mentales, mayores capacidades personales en los estudiantes de la UnACh y viceversa.

Y por último existe una relación negativa estadísticamente significativa entre las capacidades personales y la depresión ($r = -0,567$, $p > 0,01$) (Tabla 17). Este resultado indica que al aumentar las capacidades personales en los estudiantes, disminuye la depresión de dichos estudiantes.

Además de esto se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre las capacidades personales y los indicadores clínicos, esto concuerda con la hipótesis planteada al inicio de la investigación, que refiere que: “a mayores capacidades personales en los alumnos de la Universidad Adventista de Chile, hay menores indicadores clínicos presentes”. Por lo tanto los resultados obtenidos muestran que si existe una relación negativa significativa estadísticamente entre las capacidades personales que son factores protectores y los indicadores clínicos. Es decir, que al aumentar las capacidades personales de los alumnos en la Universidad Adventista de Chile, disminuyen los indicadores clínicos, en este caso depresión, alteraciones afectivas, consumo de alcohol, síntomas psicóticos y trastorno convulsivo. Esto se puede afirmar con un 95% a un 99% de confianza.

5.3. Recomendaciones

En Chile, se han realizado estudios para evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios, se recomienda implementar medidas para realizar un diagnóstico precoz de estos trastornos y así mismo la aplicación del tratamiento oportuno. Además, se recomienda que las universidades tomen en consideración este y otros estudios donde se plantee y desarrollen estrategias a fin de integrar el rendimiento académico, con actividades de índole cultural, intelectual y físico, con el propósito de lograr un equilibrio de los diferentes aspectos que conforman la salud mental.

A pesar de no encontrarse relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la alteración de la salud mental, se evidenció que parte de la población estudiantil presenta algún grado de consumo de alcohol por lo que se recomienda que la universidad realice campañas preventivas de consumo de alcohol y otras sustancias.

Se propone además que se continúen realizando investigaciones sobre salud mental para averiguar en qué grado influyen diversos factores, así como la susceptibilidad individual del estudiante, para padecer alteraciones psicológicas, y establecer las medidas preventivas oportunas, como, por ejemplo, realizar jornadas en las que se potencien las capacidades personales de los alumnos.

La universidad cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por psicólogos y trabajadores sociales llamado CAEE. Este centro realiza talleres y ofrece atención psicológica a los estudiantes, se recomienda hacer mayor difusión y charlas a las distintas carreras y cursos con la finalidad de poder extender la ayuda, de este modo contribuir en la prevención y disminución de psicopatologías en estudiantes.

Por último, tomar en consideración la psicoeducación en cuanto a la salud mental, incrementaría el nivel de percepción de la salud mental en los estudiantes, facilitando el conocimiento de alteraciones, lo que contribuirá a la búsqueda oportuna de la ayuda necesaria. Se espera que la vida universitaria no solo implique calidad académica, sino que sea integral y potencie el bienestar físico y mental de los alumnos.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de Presentación

Universidad Adventista de Chile
Facultad de Ciencias de la Salud
Responsable del Proyecto: Dra. Laura Fianza



INSTRUCCIONES

La encuesta que sigue es parte de un estudio realizado por la Universidad Adventista de Chile, sobre la salud de los estudiantes universitarios. Se trata de una participación **anónima, individual y voluntaria**. Por lo tanto, el hecho de responder esta encuesta demuestra tu aceptación para participar en la misma. Si tienes preguntas, no dudes en consultar. Desde ya, te agradecemos por tu valiosa contribución de tiempo y por la atención prestada.

Nos comprometemos a tratar las respuestas con la más **estricta confidencialidad**, en total privacidad.

Para garantizar un estudio completo cuidadoso te pedimos que prestes atención a las siguientes recomendaciones:

- a. Estamos interesados en las respuestas que des a **todos los cuestionarios** presentados. Por lo tanto, es muy importante **responder a cada frase que se presenta**. Por favor, controla cuidadosamente si por distracción te has saltado la respuesta de una o más de estas frases al finalizar.
- b. Para cada frase, debes elegir **solo una opción de respuesta**, poniendo un signo claro (como una cruz) en la casilla correspondiente. Selecciona la casilla correspondiente a la respuesta que mejor representa tu estado según la frase específica. Si te equivocas al elegir la casilla, o deseas cambiar de elección, podrás cambiar la respuesta dada inicialmente y poner el signo (cruz) en el cuadro que desees, distinguiendo claramente entre la respuesta deseada y la respuesta dada por equivocación.
- c. En esta investigación, **no hay respuestas "correctas" o "incorrectas"** porque solo nos interesa conocer tu perfil en las frases presentadas, así que por favor responde con la mayor sinceridad y exactitud posible.

- d. La gente a veces se comportan de una manera y a veces de otra. Por lo que puede suceder, que la respuesta a algunas frases pareciera "depender de las circunstancias". Por esta razón, te pedimos que en tal caso, des la respuesta que **mejor te describe a ti**, en relación con esas frases.

BUEN TRABAJO!

Fecha: _____

Edad: _____

Género: _____

Carrera: _____

Externo/Interno _____

ANEXO 2

Test de Zung¹

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los siguientes 20 elementos.	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1. Me siento abatido, desanimado y triste.				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar.				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres /hombres atractivos.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente está tan despejada como siempre.				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.				
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto.				
14. Tengo esperanzas en el futuro.				
15. Soy más irritable que de costumbre.				
16. Tomo las decisiones fácilmente.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Siento que mi vida está llena.				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto.				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía.				

¹ La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)

ANEXO 3

EDCP²

Lee las siguientes afirmaciones y marca con una X la alternativa de respuesta que consideres que corresponde a tu vivencia.

	NUNCA	A VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
1. Te consideras una persona valiosa e importante.				
2. Tiendes a guardar silencio ante las personas que hacen cosas con las que estoy en desacuerdo y que afectan de alguna manera a mi persona.				
3. Trato de mejorar mi desempeño anterior en la Universidad.				
4. Creo que he ganado el respeto y la consideración de mis compañeros de trabajo.				
5. Pierdo el interés en las actividades (tales como estudiar, convivir con amigos) que llevo a cabo en forma cotidiana				
6. Me siento capaz de defender mis puntos de vista y al mismo tiempo estoy abierto(a) a escuchar otras opiniones				
7. He experimentado sentimientos de rabia o coraje, porque he pensado que todo lo que he hecho ha sido inútil.				
8. Tiendo a transformar en un hecho positivo algún propósito fallido o alguna desgracia poniendo todo mi empeño.				
9. Me gustan los desafíos y las tareas nuevas.				

² Escala de Diagnóstico de las Capacidades Personales (EDCP, Dr. José Antonio Vásquez Canseco).

10. Creo firmemente que todos los hombres y las mujeres en este mundo tenemos una misión que cumplir (tal como de servicios a los demás, al progreso, etc).				
11. Hago todo lo posible por cumplir mis metas.				
12. Tomo las decisiones que definen mi vida y mi forma de ser no obstante que existan personas que expresen su desacuerdo.				
13. Me caracterizo por ser una persona que consigue todo lo que se propone.				
14. Ante la imposibilidad de alcanzar mis metas originales soy capaz de plantearme objetivos más realistas sin desarrollar una actitud conformista				
15. Tengo compromisos y relaciones con una o más personas, el cumplimiento de los cuales me da satisfacción.				
16. Pienso que la vida vale la pena vivirla, a pesar de que las circunstancias actuales sean adversas.				
17. Mis esfuerzos actuales están orientados principalmente a lograr en un futuro una buena situación económica y social.				
18. He tenido el deseo de volver a ser niño y volver a empezar.				
19. Considero que es importante el influir, dirigir y controlar a las personas que me rodean.				
20. No importa cuánto éxito tenga, la mayor parte del tiempo me siento vacío(a)				
21. Siento la necesidad de luchar por lo que considero justo, sin importar los conflictos o				

las antipatías que esto pueda suscitar-me.				
22. Siento que las demás personas influyen demasiado en mi vida.				
23. Ante la dificultad de alcanzar mis metas tiendo a desanimarme.				
24. En mi trabajo profesional, que realizo en la actualidad o para el que me estoy preparando, encuentro mi plena realización.				
25. Existen personas en mi vida con las que comparto mis momentos felices, así como los problemas que puedan angustiarme.				
26. Experimento la sensación de estar solo en la vida, sin una relación de afecto y compañerismo.				
27. Tiendo a tener dificultades para establecer una relación de amistad que sea perdurable.				
28. Disfruto del amor y el cariño de mi familia y de mis amistades.				

ANEXO 4

CSF³

El propósito fundamental de este instrumento es conocer tu estado de salud. Cada uno de los treinta reactivos que lo conforman hace referencia a situaciones que pueden ocurrir en la vida de cualquier persona.

No existen respuestas buenas o malas, ni límite de tiempo, lo importante es conocer tu estado de salud, tal y como ha sido en los últimos treinta días; por favor subraya la alternativa de respuesta que consideres correcta en tu caso.

		SI	NO
1	¿Tienes fuertes dolores de cabeza?		
2	¿Tienes mal apetito?		
3	¿Duermes mal?		
4	¿Te asustas con facilidad?		
5	¿Sufres de temblor de manos?		
6	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?		
7	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?		
8	¿No puedes pensar con claridad?		
9	¿Te sientes triste?		
10	¿Lloras con frecuencia?		
11	¿Tienes dificultad en disfrutar de tus actividades?		
12	¿Tienes dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tienes dificultad para hacer tu trabajo? (¿Sufres con tu trabajo?)		
14	¿Eres incapaz de desempeñar algún papel útil en tu vida?		
15	¿Has perdido el interés en las cosas?		
16	¿Sientes que eres una persona útil?		
17	¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?		

³ Cuestionario de Síntomas Ilustrado (CSI, Organización Mundial de la Salud, OMS).

18	¿Te sientes cansado todo el tiempo?		
19	¿Tienes sensaciones desagradables en tu estómago?		
20	¿Te cansas con facilidad?		
21	¿Sientes que alguien ha tratado de herirte en alguna forma?		
22	¿Eres una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
23	¿Has notado interferencias o algo raro en tu pensamiento?		
24	¿Oyes voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o a tu sacerdote (pastor) que tú estabas bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez has querido dejar de beber y no has podido?		
28	¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o universidad o faltar a ellos?		
29	¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho(a)?		
30	¿Te ha parecido alguna vez que bebías demasiado?		

LISTA DE REFERENCIAS

- Aberasturyn, A. & Knorel, H. (1976). *La adolescencia normal*. Editorial Paidós Buenos Aires. Citado en Latán, J. y Montaña, A. (2010). *Salud mental en estudiantes del III al XII semestre de la carrera de medicina. Udo Bolívar, período II- 2009. Ciudad Bolívar*. (tesis de pregrado). Universidad de Oriente, Venezuela.
- Asociación Nacional del Autoestima (2013). The National Association for Self-Esteem (NASE).
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179.
- Branon, L. & Feist, B. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid España: Thompson. Citado en Londoño, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta colombiana de psicología* 12 (1), 95-107.
- Camargo, L., Rodríguez, A., Ortega, F. & Ceballos, O. (2009). Asertividad y Autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de ciencias de la salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 24, 91-105.
- Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial, RAP [online], 1(1), 1- 19 La Paz Mar. ISSN 2077-2161
- Carro, S. et al. (2009). *Perspectivas Psicológicas en salud, Equipos docentes Introducción a las Teorías Psicológicas y Corriente Teórico Técnicas*. Montevideo: Psicolibros Universitario, 29-38.
- Cobo, O. (2006). La depresión en los Adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 4(8), 29-33.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en Psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2(2), 311-319.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Eisenberg, D., Downs, M., Golberstein, E. & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 20(10). Doi: 10.1177/1077558709335173
- Gobierno de Chile, (2000). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Chile: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, (2002). Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en psiquiatría. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Golman, H. (1989). *Psiquiatría General*. Mexico D.F; Editorial manual moderno.

- Günther, B. & Morgado, E. (2000). De los cuatro humores Hipocráticos a los modernos sistemas dinámicos: la medicina en perspectiva histórica. Programa de Fisiopatología, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad de Santiago de Chile. Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Área Ciencias Básicas N° 123, abril.
- Gutiérrez, J. A., Montoya, L.P., Toro, B.E., Briñón, M.A, Rosas, E. & Salazar, L.E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 248(1), 7-17. Obtenido de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620982&info=resumen&idioma=SPA>
- Illanes, M (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública-Chile-1880/1973* Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Jiménez, A & Radiszcz, E. (2012). *Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social*. Obtenido de: <http://ciparchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002): Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Laplanche, Jean (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 98 - 99, 55 – 66.
- Larson, Butler, Wilson, Stephan, Medora, Nilufer & Allgood, (1994): “The effects of Gender on Career Decision Problems in Young Adults”.
- Locke, E. y Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Longrigg, J. (1993). 'Greek Rational Medicine. Philosophy and medicine from Alcmaeon to the Alexandrians' London and New York. Routledge. *The Classical Review (New Series)*, 45,140-141. doi:10.1017/S0009840X00292615. Citado en King, H (1995).
- Martín, A., Marsh, H., Williamson, A. y Debus, R.(2003). Self-handicapping, defensive pessimism, and goal orientation: A qualitative study of university students. *Journal of Educational Psychology*, 95, 617-628
- Matthews, G. & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes. En J.D.A. Parker & R. Baron (Eds.). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (459-489). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Maslow, A. H. (1994). *La personalidad creadora*. Barcelona, Editorial Kairós
- Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. D. P., Pilar, D., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud/. *Psicología Desde El Caribe*, (23), 83-112. Obtenido de: <http://search.proquest.com/docview/1436987143?accountid=45418>

- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, creador de la psiquiatría intracomunitaria. reflexiones acerca de su legado para la psicología comunitaria chilena. *Psykhe*, 13 (2), 187-199.
- Ministerio de Salud (MINSAL), (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Serie MINSAL
- Ministerio de Salud (MINSAL), (2002). Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en psiquiatría. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2006). *Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago, Chile: OMS y Ministerio de Salud. Obtenido de: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf
- Ministerio de Salud (MINSAL), (2013a). *Depresión en personas de 15 años y más* (2ª ed). Guía Clínica AUGE. Santiago, Chile. Obtenido de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL), (2013b). *Panorama de salud 2013: Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Santiago, Chile. Obtenido de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf 31/03/2014
- Minoletti, A, & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18(4/5).
- Myers, J. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A horistic model for treatmentplanning. *Jnnal of Counseling and Development* . 18(3), 251-266.
- OMS, (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- OMS, (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS, (2014). La OMS pide a los gobiernos que redoblen sus esfuerzos para prevenir las defunciones y las enfermedades relacionadas con el alcohol [pág. web]. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/es/>
- Papalia, D. & Wendkos, O. (1999). *Desarrollo Humano* (9ª ed). México: McGraw Hill.
- Passik, S., Lundberg, J., Rosenfeld, B., Kirsh, k., Donaghy, K., Theobald, D., Lundberg, E. & Dugan, W. (2000). Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*, 41(2), 121-127.
- Patiño, L. & Cardona, A. (2012). Revisión de algunos estudios sobre la deserción estudiantil universitaria en Colombia y latinoamérica. *Theoria*, Vol. 21 (1): 9-20. ISSN 0717-196X. Obtenido de: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v21-1/1.pdf>

- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M. & Jiménez, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana* 29(1), 148-160.
- Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. & Hernán-García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (2), 129-139.
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.
- Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-48.
- Salazar, G. (1999) Historia contemporánea de Chile. Tomo 1. Estado, legitimidad, ciudadanía. Santiago de Chile: LOM.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Sepúlveda, R. (1998) Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuadernos médicos sociales*, 39 (3), 16-21.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-364.
- Verdugo, M, Á. Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. Propuestas de actuación, Catedrático de Psicología de la Discapacidad. Inico, Universidad de Salamanca. Obtenido de: <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Autodeterminacion%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20-%20Verdugo%20-%20articulo.pdf>
- Vázquez Canseco, J. A. (2006). *La salud mental en la comunidad universitaria*. México: Teseo.
- Vaccari, P., Astete, M. y Ojeda, P. (2012). Desinstitucionalización de la salud mental pública en Chile: nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre las experiencias del centro comunitario de salud mental (COSAM) y del hospital de día (HD) en la comuna de Concepción. *Revista Pequeña*, 2(1), 83–107.
- Wehmeyer, M.L. (1996). Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities? In D.J. Sands y M.L. Wehmeyer (Eds.), *Self-*

determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities (pp. 15-34). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Wehmeyer, M.L. (2001). Autodeterminación: Una visión de conjunto. En M.A. Verdugo, y F.B. Jordán de Urríes (Coords.) (1999), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad* (113 – 133). Salamanca: Amarú.

Wheare, K. (2000). Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach (tr. Es. Promocionando la salud mental, emocional y social: todo un acercamiento intelectual): Lonches: Routledge Falmer, pp 12. ISBN 978-0-415-16875-5. Citado en Latan, J. y Montaña, A. (2010). *Salud mental en estudiantes del III al XII semestre de la carrera de medicina. Udo Bolívar, período II- 2009. Ciudad Bolívar*. (Tesis de pregrado). Universidad de Oriente, Venezuela.

World Health Organization, (2014). Global status report on alcohol and health, 2014. Ginebra: World Health Organization. Obtenido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

Zung, W.W. (1965). A self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-