



**NIVEL DE MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN ALGUNOS FACTORES  
SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y PSICOSOCIALES EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS**

**SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**

**Autores:**

Celeste Almonacid Serantes

Natalia Araya Zuleta

Camila Astudillo Griffiths

Camila Fuentesvilla Maturana

Bárbara Mora Méndez

Camila Pozo Jeria

**Docente guía:**

Lucy Armstrong Barea

**Fecha**

30 de marzo, 2016

## I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CAPÍTULO 1: Introducción.....	5
1.1 Introducción .....	5
1.2 Pregunta de investigación.....	8
1.3Objetivos generales y específicos .....	8
2. CAPÍTULO 2: Marco Referencial .....	9
2.1 Marco Empírico .....	9
2.1.1 Magnitud del problema.....	9
2.1.2. Variables asociadas a Malestar Psicológico en Estudiantes Universitarios.....	19
2.2 Marco Teórico.....	25
2.2.1 Definición de Conceptos.....	25
2.2.2 Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender.....	32
2.2.3 Operacionalización de Variables.....	36
3. CAPÍTULO 3: Material y métodos.....	41
3.1 Diseño de la investigación.....	41
3.2 Población en estudio.....	41
3.3 Selección de la muestra.....	41
3.4 Descripción de los instrumentos .....	42
4. CAPÍTULO 4: Resultados .....	50
5. CAPÍTULO 5: Discusiones, conclusiones y sugerencias .....	75
6. Referencias bibliográficas .....	84
7. Anexos.....	96

## II. RESUMEN

Actualmente en Chile un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes se encuentra cursando estudios universitarios. De manera adicional, este grupo debe hacer frente a la creciente demanda de ajustes personales y sociales, así como a los desafíos propios del sistema educativo. En suma, estos factores pueden generar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de malestar psicológico en esta población.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Su objetivo es describir el nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales, en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015.

La muestra fue constituida por 190 estudiantes regulares de pre-grado de ambas carreras. La recolección de datos se realizó a través de cuatro cuestionarios; Caracterización Sociodemográfica y Académica, Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido de Zimet, Escala de Autoeficacia General de Bandura y el Cuestionario OQ-45.2.

Para ambas carreras los porcentajes de prevalencia de malestar psicológico autopercebido es menor a la realidad nacional (33.6% Diseño y 25% Teatro). En cuanto a la distribución según sexo, en la carrera de diseño la mayor proporción corresponde al sexo masculino (40.63%), a diferencia de la carrera de Teatro donde predomina el sexo femenino (25.81%). Se evidencia además, en ambas carreras que factores como: provenir de zonas diferentes al Gran Valparaíso, preocupación por la situación económica, bajo rendimiento académico, insatisfacción con la carrera, baja percepción de apoyo social y niveles bajos de autoeficacia, aumentan la frecuencia de malestar psicológico.

Por otra parte, se observó que el atraso en la malla académica y trabajo part-time no inciden de manera sustancial en la percepción de malestar psicológico.

**Palabras claves:** *Malestar psicológico, Autoeficacia, Apoyo social, Adolescencia tardía, Juventud, Estudiantes universitarios.*

### III. ABSTRACT

Currently in Chile, an important percentage of teenagers and young people are studying at university. Moreover, they have to lead with the demand rise of personal and social life, besides the educational system challenge. In sum, this group could generate a highest vulnerability to the psychological distress of the population.

The study is quantitative, descriptive and cross-sectional. Its aim is to describe the level of self-perceived psychological discomfort related with socio-demographic, academic and psychosocial factors, in Theatre and Design students at the University of Valparaiso, during the second half of 2015.

The sample was composed of 190 regular undergraduate students of both degrees. Data collection was performed through four questionnaires; Sociodemographic and Academic characterization, Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Bandura's General Self-Efficacy Scale Questionnaire and OQ- 45.2.

For both degrees, the percentage prevalence of self-perceived psychological distress is less than the national reality average percentage (33.6 % and 25 % Design Theatre). Regarding the distribution by sex, in Design degree the highest proportion are men (40.63 %), on the contrary, in Theatre degree, women (25.81 %) predominate. Furthermore, the evidence indicates that in both degrees the following elements increase the frequency of psychological distress: to come from different areas of the Great Valparaiso, concern about the economic situation, poor academic performance, dissatisfaction with career low perceived social support and low levels of self-efficacy.

On the other hand, it was observed that the delay in the academic curriculum and part-time work does not affect substantially the perception of psychological distress.

**Keywords:** *psychological distress, self-efficacy, social support, late adolescence, youth, university students.*

# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Introducción**

El malestar psicológico se define como un nivel de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego, percibido frente a un evento estresor secundario. Sin embargo, debe considerarse que no se trata de una patología, sino de manifestaciones que obedecen a un período de ajuste (1). Este concepto incluye la información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos, que podrían configurar un problema de salud mental, dependiendo del nivel del malestar psicológico presentado (2). La salud mental es un componente fundamental en el desarrollo y bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, sin embargo, actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más del 25% de la población mundial padece de problemas de salud mental o lo hará en algún momento de su vida (3).

Estos problemas se pueden presentar en diferentes etapas de la vida, como lo es la adolescencia tardía y la juventud, períodos en los que se acrecientan la demanda de ajustes personales y sociales que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos emocionales por estrés (4). Cabe señalar que un grupo importante de adolescentes y jóvenes en nuestro país, se encuentran cursando estudios de educación superior (5). Este sistema educativo con sus responsabilidades, tareas y retos, sumado a la etapa de vida de los jóvenes, puede constituir a los estudiantes universitarios en un grupo vulnerable de padecer problemas de malestar psicológico.

Diversas investigaciones tanto internacionales como nacionales evidencian una alta prevalencia de malestar psicológico en estudiantes universitarios, que fluctúa entre el un 36% y 47.7% (4, 6, 7, 8, 9, 2, 10). Además, la evidencia sugiere que el malestar psicológico, en los estudiantes universitarios, se relaciona con variables de tipo sociodemográficas, académicas y psicosociales. En cuanto a las variables sociodemográficas destaca: sexo, edad, nivel socioeconómico, preocupación económica, vivir lejos del hogar de origen, tiempo dedicado a la recreación (4, 2, 7, 11). Entre las variables académicas se han identificado: carga académica, rendimiento académico, satisfacción con la carrera, horas diarias de estudio (4, 2, 7, 11). Las variables psicosociales incluyen: apoyo social percibido y autoeficacia (12, 13).

La relevancia de abordar este tema radica en las consecuencias que los problemas de salud mental significan tanto para la sociedad como para los individuos en particular. Por un lado, para la sociedad involucran costos económicos como el aumento en la demanda de los servicios de asistencia sanitaria y social, y el descenso del rendimiento y productividad (3), así como también tienen una relación directa con causas de discapacidad, manifestada en la pérdida de Años de vida saludable perdidos (AVISA) (14). Por otro lado, significan consecuencias personales; un constante estrés neurofisiológico puede conducir, como lo han demostrado las neurociencias, a alteraciones morfológicas y fisiológicas, con efectos neurotóxicos sobre el hipocampo, pérdida neuronal y menor neurogénesis, lo que se traduce en déficits cognitivo y alteraciones de ciertas formas de memoria, siendo esto frecuente en pacientes depresivos (15).

Desde el campo de la enfermería, es quehacer del profesional enfermero incorporar una mirada integral en el cuidado de las personas y sus familias durante todo el ciclo vital, centrándose no sólo en el restablecimiento de la salud, sino que también en la promoción de ésta. La importancia de aquello radica en que las personas puedan alcanzar una adecuada calidad de vida, entendida como “la percepción de la persona sobre su vida, en el contexto cultural y social, asociada con los deseos, objetivos, expectativas e influenciada por el estado de salud” (16). Siendo el profesional enfermero idóneo para definir estrategias de cambios en estilo de vida enfocados a promover la salud y por lo tanto, la calidad de vida.

Por lo anterior, la presente investigación, a través de la incorporación del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y que a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables (17), busca describir las variables que se asocian a malestar psicológico en los estudiantes y así detectar las más influyentes, para proponer medidas acorde a la realidad del grupo en estudio.

En Chile, no se cuenta con diagnósticos epidemiológicos actualizados, con excepción de diagnósticos parciales de algunos investigadores, que no permiten sustentar políticas públicas preventivas que faciliten el abordaje temprano de los problemas de salud de mayor relevancia en la población de adolescente y jóvenes, siendo la mayoría de ellos, problemas prevenibles y que han ido emergiendo y asentándose fuertemente, sin respuestas oportunas, ni adecuadas del sistema de salud chileno (18).

Por lo tanto, los escasos y parciales estudios realizados en Chile no han sido suficientes, y considerando que Valparaíso es una provincia que concentra una gran cantidad de estudiantes universitarios, hace necesaria la realización de este estudio. Cabe destacar que las carreras en estudio, Diseño y Teatro, pertenecen a un área donde no se han desarrollado investigaciones respecto al tema, siendo gran parte de los estudios existentes referentes a estudiantes de carreras del área de la salud u otras consideradas como “tradicionales. Por esto, la presente investigación pretende aportar en el esclarecimiento de la realidad epidemiológica de esta problemática en un grupo de estudiantes universitarios de nuestra región, y con ello abrir el diálogo para la incorporación de estrategias de promoción de la salud mental a nivel universitario dirigidas a fortalecer el desarrollo personal y mental de los estudiantes.

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales, en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015?

## **1.3 Objetivos generales y específicos**

### **1.3.1 Objetivo general:**

Describir el nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales, en estudiantes de Diseño y Teatro, durante el segundo semestre del año 2015.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de malestar psicológico autopercebido en la muestra en estudio.
  
- Identificar presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, dificultad en las relaciones interpersonales y rol social en la muestra en estudio
  
- Identificar algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales en la muestra en estudio.
  
- Identificar el nivel de malestar psicológico según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales de la muestra en estudio.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1 MARCO EMPÍRICO**

##### **2.1.1 Magnitud del problema**

###### **a. Antecedentes a nivel mundial**

La Salud Mental es un componente fundamental en el desarrollo y bienestar de las personas, que según la OMS no es sólo 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” (3).

Sin embargo, actualmente la OMS estima que más del 25% de la población mundial padece de problemas de salud mental o lo hará en algún momento de su vida y que “alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales” (3), de manera que los trastornos de salud mental contribuyen mundialmente a morbilidad y mortalidad prematura, atribuyéndose el 14% de la carga mundial de morbilidad. Además, señala que los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha significado una disparidad en cuanto al tratamiento en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos (3). Esto es relevante, considerando que las enfermedades mentales significan un gran impacto sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en general. Pues, las personas que padecen estos síntomas se apartan de sus actividades laborales y de ocio, así mismo se ven dificultados en poder asumir sus responsabilidades respecto a la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás. Las familias por su parte, deben ser el apoyo y contención emocional de la persona afectada, lo cual significa desgaste y reestructuración familiar (3).

En cuanto a la sociedad, los problemas de salud mental significan un costo económico, para cubrir necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, sumada a la pérdida de empleo y el descenso de

la productividad (3), así como también tiene una relación directa con causas de discapacidad, manifestado en la pérdida de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) (14).

Se considera que diversos factores pueden verse asociados y potenciar la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales, como son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar. Además es importante tomar en cuenta que estos problemas de salud no se concentran en ningún grupo en particular, sino que son universales y están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres (3).

Entre los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes, están los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de sustancias, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental, y los trastornos de la infancia y la adolescencia (3). Se proyecta que hay en “todo el mundo más de 150 millones de personas que padecen depresión, y unos 125 millones de personas con trastornos por consumo de alcohol. Unos 40 millones de personas padecen epilepsia, y 24 millones la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia” (19).

Además, aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a 1 muerte cada 40 segundos. El suicidio representa 1.4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad (20). Al revisar las tasas de suicidio por sexo, los hombres manifiestan una mayor tasa que las mujeres, con una razón aproximada de 3.5: 1, sin embargo ellas presentan mayores intentos de suicidio que los hombres (3).

Frente a esta realidad a nivel mundial, la OMS en su Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001, ha definido diez recomendaciones generales para mejorar la atención en salud mental, estas son: (3)

1. Proveer tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, familiares y usuarios.
6. Establecer políticas programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.

9. Monitorear las acciones de salud mental en la comunidad.

10. Apoyar nuevas investigaciones.

Así mismo, en el año 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020, donde los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar las medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales. El Plan de Acción tiene como objetivo general promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Con particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria (21).

Para alcanzar estos objetivos, la OMS pide a los gobiernos la adopción de medidas claras, donde los Ministerios de Salud deben asumir un papel de liderazgo, con la colaboración de la OMS, y adaptar el Plan de acción a sus circunstancias nacionales específicas (21).

#### **b. Antecedentes en América Latina**

Tal como sucede a nivel mundial, la salud mental de las personas en este territorio, se ve afectada por factores socioeconómicos y medioambientales. En cuanto al primer factor mencionado, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo para la salud mental de las personas y comunidades, las pruebas más evidentes de esto están relacionadas con los indicadores de pobreza de los países involucrados (22).

Respecto a los factores medioambientales, entre algunos de los elementos que se asocian a una mala salud mental en la región, se encuentran los rápidos cambios sociales, las condiciones de trabajo estresantes, la discriminación de género, la exclusión social, los riesgos de violencia y las violaciones de los derechos humanos, asociado muchas veces a inestabilidad política (22). Así mismo, los países de la región se caracterizan por sufrir frecuentemente emergencias y desastres, con el consiguiente impacto psicosocial en las poblaciones afectadas, que se traducen entre otras cosas en crecientes demandas a los sistemas de salud (23).

Por otro lado, en América Latina y el Caribe, existe otro factor a tomar en cuenta, que es el envejecimiento paulatino de la población en la región. Las Naciones Unidas calcula que entre 2005 y 2025, la población total de América Latina y el Caribe aumentará un 23%, donde el crecimiento poblacional más rápido se registrará en las personas de edad más avanzada, aumentando la población de 50 a 64 años en un 76% y la de 65 años y más, en un 100%. El grupo etáreo entre 15 y 49 años de edad, aumentará un 19%, siendo esta la población de mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta (22). Si bien esto se trata de un fenómeno que presenta variaciones en los distintos países, es un proceso generalizado, que se dará en un contexto caracterizado por la pobreza, la inequidad social, un escaso desarrollo institucional y una baja cobertura de la seguridad social (22). Dichas características repercuten en la salud mental de esta población, significando un desafío para los sistemas de salud mental.

Frente a esta realidad, la prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales constituyen un desafío cada vez mayor para la salud pública en América Latina y el Caribe. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8.8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (22), y en el año 2009 un estudio señala que, la carga de trastornos mentales y neurológicos representan casi la cuarta parte (22.2%) de la carga total de enfermedad, medida en AVAD (22).

En este mismo estudio, se enfatiza que si bien las enfermedades mentales no representan un gran número de muertes directas, si son responsables de una importante carga por morbilidad. Lo cual se refleja en que el número de años perdidos por discapacidad (APD) atribuibles a los trastornos neuropsiquiátricos alcanza en total el 40.4%, en donde los trastornos depresivos representan 13.2% de los APD, seguido por los trastornos producidos por el consumo excesivo de alcohol (6.9%), la esquizofrenia (2.9%), el trastorno bipolar (2.4%) y los trastornos debidos al uso de drogas en las personas entre 15 y 29 años (2.9%) (22).

Estrechamente relacionado a los problemas de salud mental se encuentra el suicidio. Más del 90% de los casos de suicidios se asocian con trastornos psiquiátricos, predominando los afectivos y la esquizofrenia (24). Un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicado recientemente, señala que América Latina presenta históricamente tasas inferiores al promedio mundial (11,4 por 100.000 habitantes). Lo cual se explica por diversos factores, siendo uno de los principales, el

hecho de que en muchos de los países de la región los datos por mortalidad autoinfligida han sido registrados de manera irregular (24).

Los datos publicados por la OPS en dicho informe, con referencia a los años 2005-2009, arrojan una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.3 por 100.000 habitantes de América Latina y el Caribe, equivalente a unas 65.000 defunciones anuales aproximadamente, constituyendo el suicidio un problema de salud mental pública de gran relevancia. Cabe destacar que los países en la región con las tasas de suicidio más altas fueron: Guyana (26.2), Surinam (23.3), Uruguay (14.2), Chile (11.2), Trinidad y Tobago (10.7), Estados Unidos (10.1), Cuba (9.9) y Canadá (9.7). Además, entre otros hallazgos importantes del informe, figura el hecho de que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años.

A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha de tratamiento es abrumadora, llegando a superar el 70% en muchos países de la región. Lo anterior debido a que los recursos destinados a la salud mental son insuficientes, están distribuidos desigualmente o son utilizados de modo ineficaz (24). Por lo tanto, un sistema de salud mental eficiente es vital tanto para poder ofrecer una respuesta apropiada, como para reducir la carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Frente a esto, la OPS implementó un Plan de Acción durante el período 2010-2013, algunas de las medidas en las que se alcanzaron avances fueron; aumento de tratamiento en servicios ambulatorios y reducción de camas en hospitales psiquiátricos, aumento y mejora de la atención de salud mental en atención primaria de salud, y en algunos países, elaboración y aprobación de leyes relacionadas a salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Así mismo, se ha creado un nuevo Plan de Acción para el período 2015-2020, cuyo fin es “promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad” (25).

### **c. Antecedentes en Chile**

En nuestro país, un estudio reciente sobre Prevalencia de Patología Psiquiátrica, señala que aproximadamente un 36% de la población chilena ha tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, y uno de cada cinco (22.6%), ha presentado un episodio en los últimos 6 meses (26). Según lo anterior, es posible afirmar que en Chile una de cada tres personas sufrirá un problema de salud mental en algún momento de su vida, superando los porcentajes de trastornos mentales a nivel mundial, considerando los resultados de la investigación expuesta.

Además, concluye que los trastornos más prevalentes durante la vida son la agorafobia (11.1%), depresión mayor (9.0%), distimia (8.0%) y la dependencia de alcohol (6.4%). Cabe destacar que estos resultados, para el caso de la prevalencia durante 6 meses, alcanzan valores de 5.1%, 4.6%, 3.2% y 4.3%, respectivamente. Es importante señalar que el grupo de los trastornos ansiosos fue el más frecuente en la población estudiada, con un 17.9% para prevalencia de vida y 9.7% para la prevalencia de los últimos seis meses. Por su parte, los trastornos por el uso de sustancias fueron los más frecuentes en la prevalencia de 6 meses, con 9.8%. En cuanto a los trastornos afectivos, estos como grupo alcanzaron 15% de la población a lo largo de la vida, y a 7.9% en los últimos 6 meses (26).

También es importante señalar que Santiago encabeza las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos en el mundo. Asimismo, Chile es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) donde más ha aumentado la tasa de suicidio, sólo después de Corea del Sur (27).

Además, es relevante señalar que según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, el 8.5% de hombres y 27.5% de las mujeres, de la población chilena ha presentado síntomas depresivos en el último año (28).

Cabe destacar que en el 2012 se conocieron los resultados del primer estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes chilenos (29). En él se muestra una prevalencia general de trastornos mentales de 22.5% (19,3% para hombres y 25.8% en mujeres), siendo los trastornos del comportamiento disruptivo y los trastornos ansiosos los problemas más comunes (29). Esto cobra importancia considerando que durante las últimas décadas se ha producido un aumento significativo de los trastornos mentales en la niñez adolescencia y juventud (30), siendo estos dos últimos períodos

donde tienden a emerger con particular intensidad problemas de salud mental como los trastornos del estado de ánimo y los trastornos ansiosos (8). Durante esta etapa se acentúan las conductas de riesgo como es el consumo abusivo, la dependencia de sustancias psicoactivas y las conductas “antisociales”, se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad, y existe mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos alimentarios (4).

En su decisión de adecuarse a las crecientes necesidades de la salud mental de la población, el Estado de Chile, a través del Ministerio de Salud, ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental, que es el fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas, que en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales; expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria (14). Además, con la intención de responder a las demandas y necesidades de salud mental de la población entre los 10 y 24 años, se ha creado el Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, el cual incluye en sus lineamientos, estrategias referidas a la salud mental. A continuación se mencionarán ciertos aspectos relevantes pertenecientes a ambos programas:

Por una parte, el Programa Nacional de Salud Mental (14) ha incorporado gradualmente al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) la cobertura de problemas de salud mental, como lo son: el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia (2005), el tratamiento integral de las personas de 15 años y más con depresión (2006) y el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años (2007). Para efectos de la presente investigación, se dará énfasis a mencionar y desarrollar algunos aspectos de la guía clínica “Depresión en personas de 15 años y más” (31), por estar estrechamente relacionado al tema de la investigación.

En dicha guía clínica, se han establecido criterios diagnósticos propuestos en la CIE-10, la cual incluye la detección de episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente y trastorno afectivo bipolar, así como también engloba el trastorno depresivo mayor episodio único y trastorno depresivo mayor recurrente a través del DSM-IV (31). En relación con este tema, se destaca que en el grupo de adolescentes, la depresión debiera explorarse frente a la sospecha de condiciones psiquiátricas como ansiedad, distimia, trastorno disocial desafiante y opositor, trastornos del desarrollo, abuso de sustancias, duelos patológicos, reacciones adaptativas, trastorno de estrés post traumático, así como algunas condiciones médicas como hipotiroidismo, mononucleosis, anemia, ciertos cánceres,

enfermedades autoinmunes, síndrome premenstrual y síndrome de fatiga crónica, ya que pueden confundirse con depresión en el adolescente (31).

A su vez establece recomendaciones para el manejo tanto de la depresión leve, moderada y grave con o sin síntomas psicóticos, con comorbilidad médica física y mental, así como de la depresión en ciertos grupos específicos, como los adolescentes, e incluye el enfoque de género que reconoce las diferencias en el tratamiento del cuadro depresivo de hombres y mujeres.

Por otra parte, el Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes forma parte de las diversas políticas públicas y programas ministeriales destinados a mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes (32).

El programa se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años (32).

Sobre la base de la situación epidemiológica actual, el programa considera las siguientes estrategias relacionadas con la salud mental, como lo son: la detección oportuna de problemas de salud mental mediante el uso de instrumentos de tamizaje, y capacitación en el reconocimiento de riesgo suicida en adolescentes, incrementando la detección oportuna, además de estrategias de prevención comunal de consumo de drogas y alcohol. Algunas de las metas de impacto asociadas a esta área temática son:

- Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, con su resultado esperado de disminuir en un 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados, asociado a estrategias como aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y la utilización de instrumentos de pesquisa, y mejorar la calidad de las intervenciones (32).

- Disminuir en un 15% la tasa proyectada de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años, se proponen estrategias de prevención como el desarrollo de programas de prevención integral de salud mental, programas de capacitación en gatekeepers o “facilitadores comunitarios”, aplicación de tamizaje de riesgo suicida y tamizaje de riesgo de depresión (32).

#### **d. Antecedentes de salud mental en adolescentes y jóvenes universitarios en Chile.**

Respecto a la situación de adolescentes y jóvenes en nuestro país, cabe señalar que un grupo importante de ellos se encuentran cursando estudios universitarios. Esta situación se constata a través de los datos publicados por el Consejo Nacional de Educación (CNEC), los que indican que la matrícula total de estudiantes universitarios aumentó de 442.806 en el 2005 a 636.417 estudiantes en el 2014, lo que equivale a una tasa de incremento del 44% (5). Además, datos del Centro de Estudios Libertad y Desarrollo señalan que aumentó el porcentaje de estudiantes que pueden acceder a la educación superior en los dos primeros quintiles (de 5.3 a 12.5% y de 10.4 a 18.8%, respectivamente), desde 1990 al 2011 (33).

Este aumento en el acceso de los quintiles más bajos a la universidad, puede llevar a un estrés para el estudiante y la familia al no poder contar con los recursos necesarios para solventar los requerimientos propios de la vida universitaria. Este hecho, sumado a la etapa de vida de los estudiantes y a la adecuación al sistema educativo con nuevas responsabilidades, tareas y retos, puede constituir a los estudiantes universitarios un grupo más vulnerable de padecer problemas de malestar psicológico.

La revisión bibliográfica realizada arrojó algunas investigaciones que indagan sobre la situación en nuestro país; la primera en el año 2007, en algunas Facultades de la Universidad de Concepción que determinó un 40% de malestar psicológico en estudiantes (8). En el año 2011, se encontraron dos publicaciones focalizadas en estudiantes del área de la salud, la primera de ellas realizada en estudiantes de primer año de medicina de la Universidad de la Frontera que arrojó un 43.6% de sintomatología depresiva y un 22% de sintomatología ansiosa (9). El otro estudio se desarrolló en estudiantes de enfermería de la Universidad Católica de Santiago e informó de un 36% de malestar psicológico (2). En el año 2013, la Universidad Austral dio a conocer una investigación aplicada a estudiantes de primero a cuarto año de todas las carreras, encontrando un 30.1% de sintomatología depresiva, un 20.9% de sintomatología ansiosa y un 15.5% presentaba conjuntamente ansiedad y depresión (4).

En la quinta región, sólo se encontró una investigación que da cuenta del malestar psicológico autopercebido por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso, la cual reporta una prevalencia del 47.7% (10).

Considerando lo anterior, es posible afirmar que el universitario se encuentra en una etapa del ciclo vital compleja, asociada a la resolución de tareas no comparables con otras épocas de la vida. Si además reconocemos que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios (34).

La etapa evolutiva por la cual atraviesan los estudiantes, la cual incluye manejar mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, desarrollar su sexualidad y relaciones de pareja y su identidad personal, todo lo cual requiere de autogestión y autorregulación (35). Dicho contexto plantea el aumento de factores de riesgo en este grupo para presentar trastornos psiquiátricos destacando entre ellos la depresión, la ansiedad, el suicidio. En este sentido, hay evidencias de mayor prevalencia de cuadros depresivos entre estudiantes universitarios en comparación con la población general; al igual que un aumento en la tasa de intentos de suicidio y de suicidio consumado en jóvenes (35).

Otros estudios han mostrado que los problemas de salud psicológica, al impactar la salud física y el funcionamiento humano deterioran algunas de las expresiones más valiosas del rendimiento, como la creatividad, la iniciativa, la motivación, el altruismo, la lealtad y el respeto a los demás. Así, muchos de estos problemas se expresan inicialmente en el ámbito académico, y es durante la formación universitaria, con el tránsito del funcionamiento estudiantil al del ejercicio de una profesión o de la vida autónoma, donde pueden establecerse formas de proceder que persistan a lo largo de la vida tanto en el ámbito profesional, de pareja o familia, y personal (36).

## **2.1.2 Variables Asociadas a Malestar Psicológico en Estudiantes Universitarios**

Según la evidencia de estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional, respecto a malestar psicológico en estudiantes universitarios, ha sido posible identificar factores que se asocian a esta problemática, los que serán revisados a continuación.

### **a. Malestar psicológico y variables sociodemográficas.**

#### **- Sexo**

Diversos estudios han señalado estadísticamente que la población femenina presenta mayor prevalencia de trastornos de salud mental. Estas diferencias entre hombres y mujeres, han sido explicadas desde múltiples perspectivas que han permitido identificar cómo la estructura psicobiológica y algunos factores psicosociales hacen más vulnerable al género femenino frente a estos problemas (7). Así lo corrobora una investigación realizada en una universidad de Colombia (7), que arrojó un predominio de depresión asociada a estrés académico en estudiantes de sexo femenino.

Del mismo modo, una investigación chilena (4) que estudió la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos sexos, arrojó que las mujeres presentaban un 30.1% y 20.9%, de sintomatología depresiva y ansiosa respectivamente, superando el porcentaje de sintomatología reportado en hombres (4), reafirmando que el sexo femenino representa un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental (4, 37, 38).

A pesar de lo anterior, algunos estudios señalan que no existe una asociación significativa entre malestar psicológico y sexo (11, 2).

#### **- Edad**

Con respecto a la edad, los estudios revisados no señalan una relación significativa entre algún rango etario específico y la prevalencia de malestar psicológico (2), sin embargo, si se menciona que los estudiantes universitarios se encuentran en un período de adolescencia tardía y juventud, en el cual suelen surgir diversos problemas de salud mental como trastornos del estado de ánimo y los trastornos ansiosos; acentuándose las conductas de riesgo (4).

### **- Nivel socioeconómico**

Variadas investigaciones han reportado que en los menores estratos socioeconómicos se ve aumentada la incidencia de trastornos de salud mental. En un estudio realizado en una universidad china (11), se identificaron los factores sociodemográficos asociados a la prevalencia de depresión en los estudiantes. Al analizar los datos, se encontró que aquellos estudiantes que poseían un bajo ingreso familiar eran más susceptibles de padecer depresión (11).

Así mismo, el estudio realizado en la Universidad Austral de Chile, reveló que en el grupo de estudiantes con sintomatología conjunta, ansiosa y depresiva, un porcentaje importante de ellos (40% de los hombres y 28.8% de las mujeres) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo, encontrándose una relación estadísticamente significativa que denota que esta variable condiciona negativamente la salud mental de los estudiantes (4).

### **- Nivel de Preocupación económica**

En una investigación realizada en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), se encontró que un 54.8% de la muestra presentaba preocupación por su situación económica, observándose mayor malestar psicológico entre los estudiantes que manifestaron esta preocupación en comparación con aquellos a quienes no les preocupaba (2).

La asociación de malestar psicológico con preocupación económica también ha sido reportada en investigaciones realizadas en estudiantes de universidades de Colombia y el Reino Unido (2).

### **- Trabajo part time**

Investigaciones realizadas al respecto han señalado que no existe asociación estadísticamente significativa entre trabajo part-time y prevalencia de malestar psicológico (2), sin embargo, se ha considerado necesario estudiar esta variable con el fin de caracterizar la muestra.

### **- Procedencia de origen**

En el estudio de la PUC, se señaló que quienes procedían de otra provincia presentaban mayor malestar psicológico en comparación con aquellos que vivían en la misma ciudad en la cual estudiaban (2). Así mismo, los estudiantes que vivían con sus padres presentaban menor malestar psicológico en comparación con aquellos que vivían sin ellos (39). Según los investigadores, esto podría explicarse porque los estudiantes que provienen de otra provincia tendrían reducida su red de apoyo familiar y social (2).

Por el contrario, en una investigación realizada en estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso, la procedencia de otra provincia, no se relacionó con malestar psicológico (10).

### **- Promedio de Horas diarias dedicadas a la recreación**

Ciertos autores señalan que el déficit de actividades recreativas es un factor que incide en la aparición de problemas de salud mental en los estudiantes universitarios. Es así como, el estudio realizado en la Universidad Austral de Chile menciona en sus resultados que dentro del grupo de estudiantes con sintomatología conjunta de ansiedad y depresión, un porcentaje importante reportó que no realizaba actividades extraprogramáticas (7). De igual forma, el estudio de la PUC revela que el malestar psicológico se asocia significativamente con menor tiempo destinado a recreación (2).

## **b. Malestar psicológico y factores académicos**

### **- Carga Horaria**

Se ha señalado que un elevado número de horas en clases es un factor que incide en la aparición de síntomas depresivos. Es así como, un estudio realizado en una universidad colombiana, establece que la salud mental de los estudiantes puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés severo. Una de estas situaciones es la elevada carga horaria académica, presente en un 58.3% de los estudiantes que resultaron con niveles de malestar psicológico significativo (7).

Sin embargo, cabe destacar que otros estudios no arrojaron una relación significativa entre carga académica y malestar psicológico (2,10).

#### **- Rendimiento académico.**

En esta variable se incluyen los aspectos relacionados a percepción de rendimiento académico, atraso en la malla académica y año que cursa el estudiante.

Una investigación realizada en México menciona que el rendimiento académico evidencia contrastes respecto a bienestar psicológico entre estudiantes con alto y bajo rendimiento. Es así como, en comparación con estudiantes de alto rendimiento en términos de promedio de calificaciones o materias reprobadas, los estudiantes de bajo rendimiento presentaron mayor propensión al suicidio y conducta agresiva (36).

Otro estudio chileno especifica que el malestar psicológico se asocia significativamente con un promedio ponderado de notas inferior a 5.0 (2).

En relación a atraso en la malla académica, una investigación realizada en universidad chilena señala que los índices altos de estrés en los estudiantes, se asocian también al retraso en la malla académica, referido por gran parte de los participantes (80%) (40).

En lo referente al año que se cursa en la carrera o nivel académico, las evidencias señalan que los estudiantes que se encuentran en primer o segundo año son los que reportan mayor sintomatología de malestar psicológico. Es así como los resultados de una investigación chilena arrojaron que la sintomatología depresiva y ansiosa era la más frecuente en la población estudiada, llegando a presentarse entre el 20 y 30% de la muestra total de estudiantes, acentuándose en los estudiantes de primer año (aproximadamente 60% con sintomatología ansiosa-depresiva) (4).

#### **- Grado de satisfacción con la carrera.**

Investigaciones relacionadas, señalan que cuando los estudiantes no están a gusto con su carrera, presentan menor interés y motivación para estudiar, lo que repercute en su rendimiento académico y puede resultar en alteraciones de su salud mental (11).

La investigación en estudiantes chinos, abordada previamente, evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la carrera y depresión, en donde los estudiantes que estaban satisfechos con su carrera tenían puntajes menores para depresión que aquellos que no estaban satisfechos (11).

De igual manera, el estudio de la PUC arrojó que los estudiantes que manifestaban mediana satisfacción con la carrera presentan mayor frecuencia de malestar psicológico que aquéllos totalmente satisfechos (2).

#### **- Promedio de Horas diarias de estudio personal.**

La revisión bibliográfica permitió evidenciar la asociación entre una mayor cantidad de horas de estudio y la presencia sintomatología de malestar de índole psicológico. En la investigación realizada en la PUC, se correlacionó las horas de estudio personal con malestar psicológico, existiendo una mayor frecuencia de éste en aquellos estudiantes que dedican más de 10 horas diarias al estudio personal (2).

### **c. Malestar psicológico y factores psicosociales.**

#### **- Apoyo social percibido**

En esta variable se incluyen los aspectos relacionados con el apoyo familiar, de amistades y pares, y de otras personas significativas.

Investigaciones realizadas sustentan la asociación entre apoyo social percibido y malestar psicológico. Así lo refleja un estudio realizado en adolescentes de ambos sexos en la ciudad de Bilbao, País Vasco, el cual menciona que las situaciones continuadas de bajo contacto social y la ausencia de redes familiares, amigos y/o conocidos, que ayuden moral, emocional y materialmente a una persona, se asocia a una mayor presencia de síntomas de malestar físicos y psicológicos (13).

El mismo estudio informa que la ausencia de una red social eficaz actúa como factor de riesgo en personas con déficits de integración social, y la falta de soporte social jugaría un rol indirecto de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Por el contrario, se menciona que la integración social o un buen soporte social se relacionarían con un sentimiento de bienestar ya que

proporcionaría un sentimiento de estabilidad y confianza en la vida cotidiana (13). Además, una fuerte red de soporte social permitiría mitigar y controlar el impacto del estrés (13).

#### **- Autoeficacia**

Una investigación realizada en estudiantes universitarios argentinos reportó que la autoeficacia afecta la conducta del individuo en las elecciones que realiza, el esfuerzo que aplica, la perseverancia ante los obstáculos con que se enfrenta, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales que experimenta (41). Similares resultados fueron reportados por un estudio realizado en estudiantes universitarios españoles, mencionando la existencia de una relación negativa y significativa entre lo eficaz que se percibe el estudiante y el grado en que éste valora diferentes situaciones académicas en términos de amenaza para su propio bienestar, así como los índices de malestar físico y psicológico informados (42).

En relación con lo anterior, un estudio realizado en España informó que las personas que se consideran menos eficaces en el afrontamiento de las demandas del entorno, aumentan el nivel de sus deficiencias y de las dificultades potenciales del medio. Tal situación les genera estrés y dificulta la utilización de los recursos de afrontamiento personales disponibles (43).

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 Definición de Conceptos**

#### **a. Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental, 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, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad (44). Se puede apreciar que este concepto abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (3).

Otros investigadores han descrito a la salud mental como la presencia de rasgos positivos que permiten a la persona ejercer control sobre el medio, tener una adecuada percepción de la realidad, y lograr un nivel adecuado de autorrealización, autoestima, autonomía e integración del yo (45).

El concepto de salud mental también se ha vinculado a cómo cada persona se relaciona con las actividades dentro de una comunidad, comprende la manera en que armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Además, la salud mental se encuentra estrechamente relacionada a cómo la persona se siente frente a sí mismo, frente a otros, y a la manera en que responde a las demandas de la vida (46).

Por otra parte, este término abarca también las problemáticas de la salud y enfermedad, su relación entre sí, la evaluación de las instituciones y de las personas que las usan, el estudio de sus necesidades y de los recursos necesarios para resolver la problemática, así como la organización y la programación de los servicios de tratamiento, prevención y promoción de la salud (46).

De lo anterior se desprende que la condición de salud mental de los individuos y el conjunto de acciones para promoverla y mantenerla, es entendida como algo mucho más complejo, que considera las dimensiones psicológicas y sociales de la salud, como los determinantes de esta y la enfermedad (47).

## **b. Adolescencia Tardía y Juventud**

La adolescencia tardía abarca el período entre los 15 y los 19 años de edad (48), y la etapa de la juventud, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es el período que se extiende desde los 15 hasta los 24 años (49).

El desarrollo cerebral propio de ambas etapas, potencia la capacidad para el pensamiento crítico, analítico y reflexivo de la persona, ya sea en la adquisición de la propia personalidad y del comportamiento habitual (50), los procesos emocionales, de aprendizaje social que convergen en la constitución de la identidad juvenil (51), la exploración de la sexualidad e intimidad, en la independencia de los padres, y la elección de una carrera. Tal como se puede apreciar, todos son procesos críticos, que involucran conflictos y que podrían eventualmente repercutir en la salud mental de este grupo etario (52).

Debido a que el período comprendido entre adolescencia tardía y juventud constituye la fase de formación y orientación hacia metas, fines y proyectos (53), es que de acuerdo a la cultura y subcultura de cada sociedad y persona, estas etapas se han ido extendiendo por ciertos factores como las exigencias en los estudios, el mayor perfeccionamiento impuesto por la sociedad y los diferentes niveles socioeconómicos (54).

Durante la transición a la vida adulta, las personas pueden experimentar mayor estrés (52). Esta vulnerabilidad deriva de la interacción entre diversos factores, familiares y de soporte social, en conjunto con un sentimiento de profunda ansiedad sobre la imagen corporal, estereotipos culturales, expectativas sociales, el ingreso al mundo del trabajo o de la educación superior, y el comienzo de la participación activa en la configuración del mundo que les rodea (55).

Diversos estudios han mostrado que los problemas de salud mental, al impactar la salud física y el funcionamiento humano, deterioran algunos aspectos de este, como el rendimiento, la creatividad, la iniciativa y la motivación, entre otros (36). Muchos de estos problemas se expresan inicialmente en el ámbito académico, y es durante la formación universitaria, con el tránsito del funcionamiento estudiantil al del ejercicio de una profesión o de la vida autónoma, donde pueden establecerse formas de proceder que persistan a lo largo de la vida, tanto en el ámbito profesional, de pareja o familia, y personal (36).

Considerando lo anterior, la adolescencia tardía y juventud constituyen un período de transformaciones físicas, psicológicas, socioculturales y cognitivas, que demandan de las personas el desarrollo de estrategias de afrontamiento que no sólo les permitan establecer un sentido de identidad, sino de autonomía, éxito personal y social (48). Además, debe existir un desarrollo importante en la adquisición y mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo de desarrollar trastornos clínicos durante esta etapa y en la edad adulta (56), tales como la depresión, ansiedad, y trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia (55).

### **c. Malestar Psicológico**

Se define como el nivel de estrés percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego. Este concepto incluye la información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental, dependiendo del nivel del malestar psicológico (2)

Diversos investigadores han profundizado en la caracterización del concepto, mencionando que el malestar psicológico consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero con características adaptativas y funcionales. Sus manifestaciones más claras se entienden en la tonalidad afectiva de quien las padece, en donde se suelen presentar signos y síntomas clínicos de depresión, como llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad, así como de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida de control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros (1).

Se debe considerar que no se trata de una patología, sino que de manifestaciones que obedecen a un período de ajuste, es decir, una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante. Este constituye un evento egodistónico y simbólico, donde pensamientos, valores, sentimientos y conductas están en conflicto (1).

En otras palabras, malestar psicológico se define como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, donde la persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva (1).

#### **d. Estrés**

Estrés se ha descrito como una causa de tensión, constituida por un conjunto de respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo (15).

Otros lo han definido como aquella relación particular entre la persona y el ambiente, valorada por parte de la persona como un esfuerzo excesivo o que va más allá de sus recursos, haciendo peligrar su bienestar (57).

Por otra parte, dentro del contexto universitario, el estrés es un proceso sistémico de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos: uno inicial, donde el estudiante se ve sometido a una serie de demandas que bajo la valoración del propio estudiante son consideradas estresores. Luego, los diversos factores estresores provocan un desequilibrio sistémico o situación estresante que se manifiesta en una serie de síntomas, indicadores del desequilibrio. Finalmente, este desequilibrio sistémico obliga al estudiante a realizar acciones de adaptación para restaurar el equilibrio, las que se conocen como estrategias de afrontamiento (58).

Considerando lo mencionado, el estrés se constituye como un proceso psicológico de interpretación que se pone en marcha cuando el entorno se considera amenazante y donde cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, sea por aprendizaje o por descubrimiento fortuito en una situación de emergencia (58).

#### **e. Ansiedad**

La ansiedad es una vivencia universal que surge en respuesta a exigencias o amenazas del entorno reales o imaginarias, como señal de la búsqueda de adaptación. Es considerada como la sensación más frecuente experimentada por el ser humano, siendo una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional acompañada de sintomatología (59).

Cabe mencionar que la ansiedad suele ser transitoria, pero cuando esta se hace persistente, intensa, autónoma, y desproporcionada a los estímulos que la causan, puede generar conductas evitativas o de retraimiento (60).

Por tanto, la ansiedad se entiende como una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto (61). Existen teorías al respecto que plantean la existencia de ansiedad en tres niveles: cognitivo subjetivo, relativo a la experiencia; fisiológico, en relación a los cambios corporales; y motor, referente a las conductas claramente observables (62).

A nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta con sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, pensamientos negativos sobre la actuación de los otros, temor a que se den cuenta de las debilidades, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros (62).

Por tanto, la ansiedad es un estado donde existe una mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas (63). Así como la presencia de sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión que surgen como consecuencia de que la persona anticipa una amenaza real o imaginaria (64).

Por otro lado, a nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y motor, el sistema nervioso central, endocrino e inmune. Estos cambios o alteraciones en los sistemas ya mencionados, se presentan como aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, tensión muscular, temblores musculares, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, y dificultad para tragar, entre otros. Estos pueden conllevar a una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como: dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares o disfunciones gástricas (62).

Por último, en cuanto a lo motor, la ansiedad se manifiesta con hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación, evitación de situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias (como café y/o tabaco), llanto, tensión en la expresión facial, y presencia de respuestas de evitación de la situación que produce la ansiedad (62).

Considerando lo anterior, es posible relacionar los significados de ansiedad, angustia y estrés. Por una parte, la ansiedad se establece como una espera psicológica y temor que se siente ante un acontecimiento, situación difícil o contexto peligroso (65). Por otra parte, el estrés se relaciona con el

miedo dirigido hacia un objetivo determinado, mientras que la angustia se presenta como una sensación indeterminada y carente de objeto (66).

#### **f. Depresión**

El Ministerio de Salud de Chile define la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos como: cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, pérdida de interés en actividades previamente placenteras, así como cambios cognitivos, como pensamiento ineficaz y elevada auto-crítica, los que persisten a lo menos por 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 los episodios (31).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento alterando las actividades sociales, universitarias y familiares (67).

Cabe destacar, que al momento de analizar en conjunto la depresión y ansiedad, se ha observado que la etiología de los síndromes de ansiedad y depresión es similar hasta la última etapa de la expresión de los síntomas, donde factores triviales o idiosincrásicos influyen sobre la clase de respuestas que se manifiestan. No existe por ende, una diferenciación precisa de la presencia de eventos vitales y su impacto sobre la respuesta de ansiedad o depresión en la persona, ya que eventos en particular no predicen el síndrome con el cual esta responderá; además, es posible observar la ansiedad prediciendo la depresión, la depresión a la ansiedad, y ambas antecediendo a sí mismas (68).

#### **g. Apoyo Social**

El apoyo social percibido se define como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social, la cual se configura por los nexos de lazos interpersonales que unen al individuo con familia, amigos y otros individuos, los cuales proveen un tipo de soporte (69).

Las relaciones familiares y de amistad positivas dan un soporte que se relaciona con la percepción subjetiva de la salud, la promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades mentales (70) y los procesos de la recuperación de estas (71).

El apoyo social puede darse a través de todos los que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible, la oportunidad para compartir intereses comunes y condiciones por las cuales la persona se sienta comprendida y respetada. Es importante destacar que no se trata sólo de la presencia de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos (72). Es así como, dentro del ámbito académico, el apoyo social podría actuar como un potenciador en el logro de un rendimiento satisfactorio de los estudiantes (73).

Algunos investigadores han definido el apoyo social desde dos perspectivas: una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera, se relaciona con la cantidad de vínculos que genera un individuo con su entorno social, y la segunda, se refiere a la existencia de relaciones significativas. Se plantea entonces que el apoyo social es un factor protector, ya que apacigua los efectos negativos del estrés contribuyendo de esta manera a alcanzar la satisfacción y bienestar personal (9).

#### **h. Autoeficacia**

Se entiende por autoeficacia, como la percepción de los juicios que tiene cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (74). El concepto de autoeficacia también abarca la creencia de que la persona es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento para obtener resultados específicos (75).

Se debe señalar que la autoeficacia está constituida por juicios concretos y carece de un componente emocional, sobre las propias habilidades o la capacidad para realizar conductas en circunstancias concretas (26).

Actualmente, diversos estudios señalan la autoeficacia como un factor relevante en el rendimiento académico, junto con la autorregulación y las estrategias de estudio (76). Esto se debe a que las creencias que se tengan de las capacidades personales pueden afectar el nivel de esfuerzo, persistencia y elección de actividades, de modo que aquellos estudiantes que presenten un nivel de mayor eficacia percibido, enfrentarán los desafíos académicos con un mayor éxito (77).

## 2.2.2 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Diversas teorías en enfermería describen, interpretan o conjeturan las relaciones entre los conceptos de los fenómenos enfermeros, las cuales se desarrollan en varios niveles de abstracción. Asimismo, plantean relaciones acorde al problema y expresan posibles resultados (17). Dentro de las grandes teorías, se encuentra el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), de Nola J. Pender, que se describe a continuación.

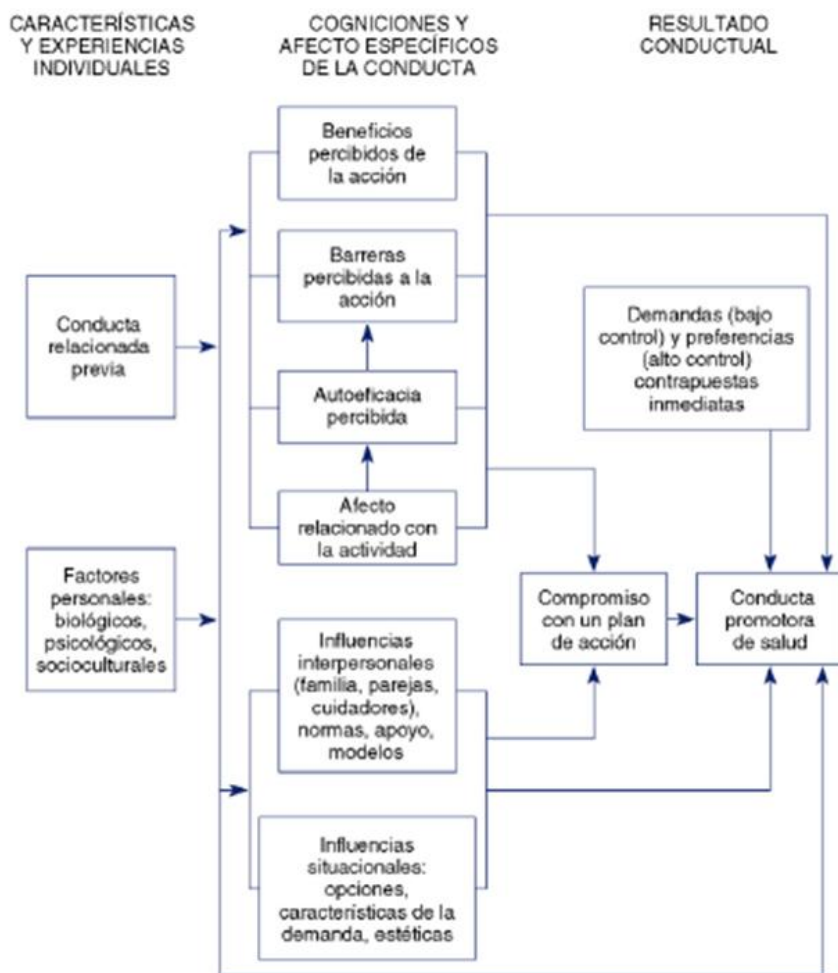


Imagen 1. Modelo de Promoción de la Salud revisado (38)

El MPS se sustenta en dos teorías: la Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather. Por su parte, Bandura plantea la influencia de los procesos cognitivos y factores psicológicos en el cambio de conducta, postulando

cuatro requisitos que la condicionan; la atención, la retención, la reproducción y la motivación. Por otro lado, Feather sostiene que la conducta es racional, estimando que el motor de los cambios conductuales es la intencionalidad, ya que la existencia de ésta facilita el logro de los objetivos (79).

A partir de estas teorías, Nola Pender desarrolla el Modelo de Promoción de la Salud, que considera 3 grandes componentes; *Características y experiencias individuales*, *Cogniciones y afecto específicos de la conducta*, y el *Resultado conductual*, los cuales se desglosan en variables o conceptos específicos (79).

El primer componente engloba la conducta relacionada previa y factores personales de tipo biológico, psicológicos y socioculturales. En relación a la *conducta relacionada previa*, el MPS la define como las experiencias anteriores o similares, que pueden tener efectos directos e indirectos, incidiendo en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud (17, 79). A su vez, los factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, resultan predictivos respecto a ciertas conductas y se encuentran marcados por la naturaleza de la meta de esta conducta. Los *factores personales biológicos* aluden a variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), transición de la adolescencia a la adultez, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio, entre otros. Los *factores personales psicológicos* incluyen aspectos como autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud. Por último, los *factores personales socioculturales*, comprenden la etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico (17).

Por su parte, el segundo componente contempla; beneficios percibidos por la acción, barreras percibidas a la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales (familia, parejas, cuidadores), normas, apoyo, modelos e influencias situacionales (opciones, características de las demandas y estéticas) (17, 79).

Los *beneficios percibidos por la acción*, se definen como los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud (17). Así mismo, las *barreras percibidas a la acción*, son bloqueos anticipados, imaginados o reales y los costos personales de la adopción de una conducta determinada, es decir, los límites autoimpuestos debido a la percepción negativa de sí mismo, que impiden comprometerse con la acción, la modificación de esta y la conducta real (17, 79). Se define a la

*autoeficacia percibida* como el juicio de las competencias personales para ejecutar una conducta, o sea, en la medida que aumenta la percepción de la autoeficacia, hay mayor compromiso con la acción y la ejecución, lo que produce que los sujetos perciban menos barreras para modificar sus conductas en salud (79).

El *afecto relacionado con el comportamiento* se refiere a los pensamientos positivos o negativos hacia una conducta determinada, que producen sentimientos favorables o desfavorables respecto a la conducta, antes, durante y después de esta. Por su parte, las *influencias interpersonales* se entienden como el efecto propulsor que ejercen las personas significativas, como familia, pareja y cuidadores de la salud, en la adopción de conductas de promoción de la salud, ya que contribuyen a modelar la conducta, esperando que se produzca y ofreciendo apoyo para permitirla, lo que puede aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud. Las *influencias situacionales* son descritas como las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado, pudiendo aumentar o disminuir el compromiso con la conducta de salud (79).

Por último, el tercer componente se constituye por las *demandas (bajo control)* y *preferencias (alto control) contrapuestas inmediatas*. Estas demandas son definidas como conductas alternativas, mediante las cuales los sujetos tienen un bajo control debido a que existen elementos contingentes del entorno, como el trabajo o la responsabilidad que implica el cuidado de la familia. Las preferencias personales son conductas alternativas, que facilitan que los individuos posean un control relativamente alto sobre las acciones para la modificación de la conducta (17).

Los elementos anteriormente señalados confluyen en el *compromiso con un plan de acción*, que es la intención de cada persona que permite proyectar diferentes conductas en salud y generar estrategias específicas para las acciones (80).

En el ámbito de la Enfermería, tales componentes permiten efectuar una valoración, observando los factores protectores y de riesgo, que permiten formular un diagnóstico y su consecuente plan de acción, que culmina con el compromiso y la *conducta promotora de salud*, lo cual facilita el bienestar, cumplimiento personal y la vida productiva (79).

Es posible aplicar el MPS en el ámbito de la salud mental, ya que sus componentes permiten valorar de manera integral a la persona, facilitando la identificación de factores protectores y de riesgo que condicionan el bienestar psicológico.

En el presente estudio se abordan algunos aspectos del MPS, los que se valorarán a través del instrumento de recolección de información. Por un lado, se incluyen y analizan dentro de los *factores personales de tipo biológico*; edad y sexo; *factores psicológicos* como malestar psicológico, sintomatología y violencia en el lugar de estudio; *factores socioculturales*, como nivel socioeconómico, preocupación económica, procedencia de origen y trabajo part time.

Respecto a las *barreras percibidas de acción*, se abordan en aquellas de carácter interno la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, potencial suicida y malestar psicológico autopercibido; mientras que en las de carácter externo se pueden mencionar el nivel socioeconómico, trabajo part time, atraso en la malla académica, promedio de horas dedicadas al estudio y promedio de horas dedicadas a clases y/o talleres. En relación a la *autoeficacia percibida*, esta se medirá a través de la *Escala de Autoeficacia General de Bandura*. En relación a las *influencias interpersonales*, se menciona el apoyo social percibido por parte de la familia, amigos, pareja u otras personas significativas y la dimensión de relaciones interpersonales del *Cuestionario OQ-45.2*, que permite identificar dificultades en esta área. En cuanto a las *influencias situacionales*, se analiza la preocupación económica, la percepción de rendimiento académico y la satisfacción con la carrera.

En cuanto a las *demandas y preferencias contrapuestas inmediatas*, se estudiará el trabajo part time, promedio de horas de recreación, carrera a la que pertenece el estudiante y promedio de horas diarias dedicadas al estudio personal.

### 2.2.3 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	Hace referencia a algunas características de los estudiantes sobre edad, sexo, procedencia de origen, nivel socioeconómico, preocupación económica, trabajo part-time y tiempo dedicado a la recreación.	Sexo		- Mujer - Hombre
		Edad		Número de años cumplidos
		Nivel socioeconómico		QUINTILES: - Quintil 1: \$0 - \$74.969 - Quintil 2: \$74.970 - \$125.558 - Quintil 3: \$125.559 - \$193.104 - Quintil 4: \$193.105 - \$352.743 - Quintil 5: \$352.744 - \$611.729
		Nivel de Preocupación Económica		- Nada preocupado - Medianamente preocupado - Muy preocupado
		Trabajo Part-time		- Sí - No

		Procedencia de origen		- Región - Ciudad de origen
		Promedio de horas diarias dedicadas a la recreación		Nº de horas diarias dedicadas a recreación

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES
<b>ACADÉMICAS</b>	Alude a las características relacionadas al contexto académico del estudiante.	Carrera a la que pertenece		Nombre de la carrera
		Carga Horaria		Promedio de horas diarias en clases y/o talleres
		Rendimiento Académico	Año que cursa	- 1er año - 2do año - 3er año - 4to año - 5to año

			Atraso en la malla académica	- Sí - No
			Motivo de atraso en los estudios (si es que lo hay)	-Reprobación de asignatura(s) -“Congelar” por motivos económicos -“Congelar” por otros motivos: Indicar cuál
			Percepción de rendimiento académico	-Muy bueno -Bueno -Regular -Deficiente
		Grado de satisfacción con la carrera.	- Totalmente satisfecho. -Medianamente satisfecho. -Totalmente Insatisfecho.	
		Promedio de horas diarias de estudio personal	Nº de horas diarias dedicadas al estudio personal	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
<p><b>PSICOSOCIALES</b></p>	<p>Esta se medirá a través del Apoyo Social percibido y Autoeficacia. El primer concepto se define como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social, la cual se configura por los nexos de lazos interpersonales que unen al individuo con familia, amigos y otros individuos, los cuales proveen un tipo de soporte (55). El segundo se entiende como la percepción de los juicios que tiene cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (74).</p> <p>La primera de estas variables se mide a través del cuestionario <i>Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet</i>, elaborada por Zimet, Dahlem, y Farley en el año 1988. Ésta mide el apoyo social percibido desde tres fuentes: familia, amigos o pares y la pareja u otras personas significativas (81). Compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo Likert entre 1 y 7 puntos, cuyos puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido (81, 82).</p> <p>La segunda se mide a través de la <i>Escala de autoeficacia general de Bandura</i>, desarrollada en 1979 por los psicólogos alemanes Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer. Esta mide la sensación de competencia total de la persona para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (83). La escala es de tipo unidimensional, la cual consta de 10 ítems, con 4 respuestas tipo likert, siendo 1 Incorrecto y 4 Cierto. Los puntajes de los 10 ítems se suman y clasifican en tres categorías: autoeficacia baja, moderada y alta.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>MALESTAR PSICOLÓGICO</b></p>	<p>Se define como el nivel de estrés percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego. Además incluye la información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental, dependiendo del nivel del malestar psicológico (2).</p>	Sintomatología		Puntajes altos, $\geq 43$ puntos, indican que la persona se encuentra con sintomatología ansiosa y depresiva o desórdenes de ajuste y estrés.
	<p>Esta variable se mide a través del <i>Cuestionario OQ-45.2</i>, elaborado por Lambert, Hansen, Umpress, Lunnen, Okishi y Burlingame en 1996, para ser utilizado como un test autoadministrado destinado a detectar malestar psicológico. Este se compone de 45 ítems con respuestas tipo Likert, distribuidos en tres dimensiones: Sintomatología (25 ítems); Relaciones interpersonales (11 ítems) y rol social (9 ítems) (84).</p>	Relaciones interpersonales		Puntajes altos, $\geq 16$ puntos, significan problemas con la familia, pareja u otras personas significativas.
	<p>Los puntajes mínimos y máximos posibles son entre 0 y 180 puntos (85). Un puntaje total alto, <math>\geq 73</math> puntos, indica malestar psicológico referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, en tanto que un puntaje bajo, <math>&lt; 73</math> puntos, sugiere que la persona presenta malestar psicológico no mayor que el de la población general (84).</p> <p>Por otro lado, este mismo instrumento a través del ítem 8 “Pienso en quitarme la vida”, mide el potencial suicida, tomando en consideración todos aquellos puntajes distintos a cero (Nunca).</p>	Rol social		Puntajes altos, $\geq 14$ puntos, señalan conflictos en el trabajo (trabajadores, dueña de casa o estudiantes), exceso de trabajo, estrés e ineficiencia en los roles.

## CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1 Diseño de la investigación

El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal.

### 3.2 Población en estudio

La población en estudio corresponde a 290 estudiantes regulares de pre-grado, de las escuelas de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, en modalidad diurna, contemplando los cursos de I a V año de la escuela de Diseño y de I a IV año de la escuela de Teatro, ya que su malla curricular finaliza durante el primer semestre del quinto año.

**Tabla N°1:** Distribución de la Población según Escuela

Año cursado	Carrera	
	Diseño	Teatro
I	60	22
II	47	20
III	38	22
IV	37	9
V	35	0
Total de estudiantes	217	73
	290 estudiantes	

### 3.3 Selección de la muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, considerando un margen de error de 5%, nivel de confiabilidad del 95%, nivel de precisión del 0.05 y nivel de significancia del 0.05, quedando constituida la muestra por 190 estudiantes de Diseño y Teatro.

Luego a través de un muestreo probabilístico estratificado, se calculó el porcentaje y número de estudiantes a participar por escuela, proporcionalmente al número de estudiantes por carrera

respecto a la muestra total, quedando seleccionados de esta forma 146 estudiantes de Diseño y 44 estudiantes de Teatro.

Posteriormente, se realizó un listado con números correlativos de todos los estudiantes por curso y Escuela para seleccionar de forma aleatoria a través del método de tómbola, a los 146 participantes de Diseño y 44 participantes de Teatro, más un 50% de reposición.

**Tabla N° 2:** Distribución de la muestra según carrera y año académico

CURSO	CARRERA			
	DISEÑO		TEATRO	
	N° DE ESTUDIANTES	% DE ESTUDIANTES	N° DE ESTUDIANTES	% DE ESTUDIANTES
<b>Primer Año</b>	43	29,45%	13	29,55%
<b>Segundo Año</b>	27	18,49%	13	29,55%
<b>Tercer Año</b>	32	21,92%	13	29,55%
<b>Cuarto Año</b>	23	15,75%	5	11,36%
<b>Quinto Año</b>	21	14,38%	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Dentro de la investigación, se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Ser estudiante regular de pregrado en modalidad diurna de las escuelas de Diseño y Teatro.

Criterios de Exclusión:

- No ser estudiante regular de pregrado en modalidad diurna de las Escuelas de Diseño y Teatro.
- Ser estudiante regular vespertino en la Escuela de Diseño

### 3.4 Descripción de los instrumentos

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario Características Sociodemográficas y Académicas.

- Cuestionario OQ/45.2
- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, de Zimet.
- Escala de Autoeficacia General, de Bandura.

### **3.4.1. Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Académica.**

Para la caracterización sociodemográfica y académica se confeccionó un cuestionario de 18 preguntas, cerradas y abiertas, a partir de la evidencia encontrada en bibliografía relacionada al estudio.

Variabes Sociodemográficas: Edad, sexo, procedencia de origen, nivel socioeconómico, preocupación económica, trabajo part – time, y promedio de horas diarias dedicadas a recreación.

Variabes Académicas: Carrera a la que se pertenece y año de ingreso, año que cursa, atraso en la malla y motivo de este, percepción de rendimiento académico, carga horaria, horas diarias de estudio personal, y satisfacción con la carrera.

### **3.4.2. Cuestionario OQ-45.2.**

El Cuestionario OQ-45.2 fue elaborado por Lambert, Hansen, Umpruss, Lunnen, Okishi y Burlingame en 1996, para ser utilizado como un test autoadministrado destinado a detectar malestar psicológico, el cual posteriormente en el año 2006 fue validado en Chile, por De la Parra y Von Bergen (84).

El coeficiente de confiabilidad del alfa de Cronbach es de 0.93 y los coeficientes de especificidad de 0.83, y sensibilidad de 0.84 (84).

El OQ.45.2 consiste en una escala Likert que consta de 45 ítems, distribuidos en tres dimensiones: Sintomatología (25 ítems); Relaciones interpersonales (11 ítems) y rol social (9 ítems) (84).

Cada ítem tiene 5 alternativas de respuestas (0-1-2-3-4) de esta manera, los puntajes mínimos y máximos posibles son entre 0 y 180 puntos (85). Un puntaje total alto,  $\geq 73$  puntos, indica malestar psicológico referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, en tanto que un puntaje bajo,  $< 73$  puntos, sugiere que la persona presenta malestar psicológico no mayor que el de la población general (84).

Los puntajes de corte para medir cada dimensión son los siguientes (84):

- Sintomatología: Puntajes altos,  $\geq 43$  puntos, indican que la persona se encuentra con sintomatología ansiosa y depresiva o desórdenes de ajuste y estrés. Las preguntas abordadas para esta dimensión son las N° 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 41, 42 y 45.
- Relaciones interpersonales: Puntajes altos,  $\geq 16$  puntos, significan problemas con la familia, pareja u otras personas significativas, que se observa a través de las preguntas N° 1, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 30, 37 y 43.
- Rol social: Puntajes altos,  $\geq 14$  puntos, señalan conflictos en el trabajo (trabajadores, dueña de casa o estudiantes), exceso de trabajo, estrés e ineficiencia en los roles, que se evidencia en las preguntas N° 4, 12, 14, 21, 28, 32, 38, 39, 44.

Los siguientes ítems corresponden a valoraciones específicas:

- Ítem 8: Mide potencial suicida.
- Ítems 11, 26 y 32: Miden abuso de sustancias.
- Ítem 44: Mide violencia en el trabajo.

Por tratarse de un cuestionario de uso no público, se realizó la compra de la licencia del instrumento para su utilización en la investigación.

### **3.4.3. Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet.**

Elaborada por Zimet, Dahlem, y Farley en el año 1988. Mide el apoyo social percibido desde tres fuentes: familia, amigos o pares y la pareja u otras personas significativas (81). Compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo Likert entre 1 y 7 puntos, cuyos puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido (81, 82).

El apoyo otorgado por los amigos o pares se evalúa a través de la suma del puntaje de los ítems 6, 7, 9 y 12. El apoyo proporcionado por la familia se observa mediante la suma de los ítems 3, 4, 8 y 11. Por último, el apoyo de la pareja u otras personas significativas se aprecia gracias a la suma de los ítems 1, 2, 5 y 10. La suma total de los puntajes de cada subescala indican el apoyo social percibido general.

El puntaje total y de las subescalas se puede clasificar en 3 categorías:

- Bajo apoyo: 4 a 8 puntos en las subescalas y de 12 a 24 para la escala general.
- Moderado apoyo: 9 a 12 puntos en las subescalas y de 25 a 36 para la escala general.
- Alto apoyo: 13 a 16 puntos en las subescalas y de 37 a 48 puntos para la escala general.

El análisis de confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach mayor a 0.85 tanto para las subescalas como en la escala total, obteniéndose validez de criterio mediante la correlación entre sus resultados y la presencia de ansiedad y depresión, alcanzando correlaciones inversas significativas. El análisis factorial realizado en la revalidación demostró la agrupación de los ítems en las tres medidas de resumen iniciales (81, 82). Todo esto indica que las características psicométricas de esta escala son óptimas para su utilización (86).

Traducida y adaptada para su uso en Chile (2002) por Arechabala y Miranda, considera una reducción de la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1 que indica casi nunca, hasta 4 que señala casi siempre o siempre (87). El análisis de confiabilidad para la escala total, se realizó a través de medición de alfa de Cronbach obteniendo 0.86. La validación posterior confirmó su consistencia interna con una alfa de Cronbach 0.85 (87,88).

El instrumento es de uso público en Chile.

#### **3.4.4 Escala de Autoeficacia General de Bandura.**

Desarrollada en 1979 por los psicólogos alemanes Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer, su finalidad es medir la sensación de competencia total de la persona para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (83), estos mismos autores posteriormente participaron en la investigación que realizó la traducción de este instrumento a diferentes idiomas, incluyendo el español (89).

La escala es de tipo unidimensional, la cual consta de 10 ítems, con 4 respuestas tipo Likert, siendo 1 *Incorrecto* y 4 *Cierto*. Los puntajes de los 10 ítems se suman y clasifican en tres categorías:

- Autoeficacia Baja: 10 a 20 puntos.
- Autoeficacia Moderada: 21 a 30 puntos.
- Autoeficacia Alta: 31 a 40 puntos.

Los autores determinaron la confiabilidad de esta escala a través de la consistencia interna, reportando un alfa de Cronbach de 0.81. Se evaluó validez de criterio correlacionando los resultados obtenidos con los informados por otros instrumentos, lo que mostró correlación positiva con optimismo y correlación negativa con depresión y ansiedad, lo que expresa validez discriminante y congruencia con los aspectos señalados por la Teoría de Autoeficacia (90). Todo esto indica que las características psicométricas de esta escala son óptimas para su utilización.

El año 2010, Cid, Orellana y Barriga (91) realizaron la validación de la versión en español de esta escala para su uso en Chile, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.85 y validez de criterio concurrente mediante correlaciones positivas con mayor autoestima y mejor percepción de salud (91).

Finalmente, es importante señalar que el autor ha explicitado la autorización para el uso público de la escala (92).

### **3.5 Procedimiento de recolección de datos**

#### **3.5.1 Autorización de Secretarios Académicos, en Escuelas de Diseño y Teatro.**

Se coordinó una reunión con los Secretarios /as Académico/a de ambas Escuelas seleccionadas, con el fin de explicar lo comprendido por la investigación, junto a sus objetivos, instrumentos de recolección de datos, y la relevancia del estudio. Al término de estas, se obtuvo la autorización por parte de ambas autoridades para la realización del estudio.

#### **3.5.2 Coordinación con Centro de Atención Psicológica (CAPSI)**

Se solicitó apoyo al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, cuyo Director Javier Morán, se comprometió a realizar una evaluación y tratamiento a aquellos estudiantes con malestar psicológico sugerente de problemas en salud mental y que solicitasen medidas de apoyo terapéutico.

#### **3.5.3 Aprobación Comité de Ética**

Una vez obtenidas todas las autorizaciones, éstas se enviaron junto al protocolo de la investigación, consentimiento y acta de consentimiento informado, al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, el cual aprobó el proyecto a realizarse en las Escuelas de Diseño y Teatro, durante el segundo semestre del año 2015.

### **3.5.4 Consentimiento informado y Acta de Consentimiento Informado**

Las Escuelas de Diseño y Teatro, mediante sus respectivos Secretarios Académicos y profesores, facilitaron la aplicación de los instrumentos a los estudiantes seleccionados.

Una vez convocados los estudiantes en los lugares indicados, se realizó el proceso de consentimiento informado, donde fue explicado el propósito y objetivos del estudio, características y beneficios, enfatizando que su participación era absolutamente voluntaria y anónima.

Se finaliza con la firma del acta de consentimiento informado, entrega del consentimiento informado e instrumento a los participantes.

### **3.5.5 Aplicación del Instrumento**

Previo a la aplicación, fueron entregadas las instrucciones para responder el cuestionario. Posteriormente éstos fueron contestados en un lapso de 20-30 minutos y depositados en el buzón en conjunto con el acta de consentimiento informado, ubicado dentro de la misma sala destinada a su aplicación.

La aplicación se realizó en Diseño durante el 1 de Octubre y 18 de Noviembre, en Teatro entre el periodo del 27 de Octubre al 19 de Noviembre.

Se proporcionaron los resultados el 20 de noviembre de 2015, en un sobre cerrado identificado con pseudónimo correspondiente, a través de la Secretaría de Dirección de las escuelas de Diseño y Teatro.

Para informar los resultados del instrumento, se confeccionaron dos informes: uno para aquellos estudiantes con malestar psicológico sugerente de problemas de salud mental (con puntaje  $\geq 80$  pts., o respuesta distinta a 0 pts. en ítem 8) y otro para aquellos estudiantes sin malestar psicológico.

### **3.6 Prueba Piloto**

La prueba piloto fue ejecutada en la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Valparaíso, en un grupo piloto constituido por 20 estudiantes de distintos cursos, que corresponden al 11% del número total de la muestra.

El análisis de la prueba piloto arrojó respuestas omitidas en el *Cuestionario de caracterización sociodemográfica y académica* en; ítem 5 “¿Cuál es el ingreso mensual con que cuenta tu familia?”, ítem 15 “Número promedio de horas diarias en clases” y en ítem 17 “Promedio de horas diarias dedicadas al estudio personal”. En estos dos últimos ítems, los estudiantes consultaron por el significado de los términos “clases” y “estudio”, debido a que lo asociaban a actividades de tipo teóricas. Así mismo, varios participantes manifestaron dudas respecto al ítem número 7 del Cuestionario OQ-45.2 De acuerdo a ello, se realizaron las siguientes modificaciones:

- Se clarificaron las instrucciones para contestar el instrumento. Se enfatizó que el *Cuestionario OQ-45.2*, debe ser contestado de acuerdo a como el participante se ha sentido en los últimos 7 días y que la pregunta número 7, de acuerdo a la situación personal de cada estudiante, podía no ser contestada.

- Se aclaró que el ítem número 5 “¿Cuál es el ingreso mensual con que cuenta tu familia?” no debe ser un monto exacto, sino el más cercano a la realidad.

- Se realizaron cambios en la redacción de los ítems número 15 y 17:

Ítem 15, “Número promedio de horas diarias en clases y/o talleres”

Ítem 17, “Promedio de horas diarias dedicadas al estudio y/o trabajo de talleres”.

### **3.7 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron organizados y procesados mediante la tabulación en el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2010 versión 14.0.7015.1000, y el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23.0.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, académicas y psicosociales., para luego analizar la distribución malestar psicológico autopercibido, de acuerdo al puntaje total y sus dimensiones (sintomatología, relaciones interpersonales y rol social), estableciendo las medidas de tendencia central (media, mediana y desviación estándar).

Finalmente, se realizó el análisis descriptivo de la distribución de las variables sociodemográficas, académicas y psicosociales, según malestar psicológico autopercibido, mediante tablas de contingencia.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La evaluación de esta investigación fue realizada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Dentro de la población en estudio, cada estudiante tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado, ya que los participantes fueron elegidos mediante un muestreo aleatorio simple, acorde al principio de justicia.

Con el fin de resguardar la autonomía de los participantes, se realizó en una primera instancia el proceso de consentimiento informado, enfatizando que la participación en la investigación era completamente voluntaria y anónima, pudiéndose retirar en cualquier momento, sin costo para los estudiantes.

El anonimato se resguardó a través del uso de un pseudónimo al momento de responder los cuestionarios, los cuales posteriormente se depositaron en un buzón cerrado por ellos mismos, de manera que su identidad no fue revelada durante ninguna etapa de la investigación. De esta forma, los participantes que así lo decidieron, pudieron solicitar en sus respectivas Escuelas los resultados obtenidos a través de su pseudónimo. Estos resultados fueron entregados en sobres individuales y cerrados en la Secretarías Académicas correspondientes.

En relación al principio de beneficencia, a los estudiantes cuyos resultados evidenciaron malestar psicológico sugerente de problemas de salud mental, se les dio la posibilidad de asistir al Centro de Asistencia Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (CAPSI).

Los instrumentos respondidos se guardarán y mantendrán bajo llave en la oficina de la investigadora principal durante un período de cinco años. De la misma forma, la información correspondiente a la base de datos y análisis de los resultados, se guardarán y mantendrán en el computador personal de la principal investigadora por el mismo período de tiempo.

## CAPÍTULO 4

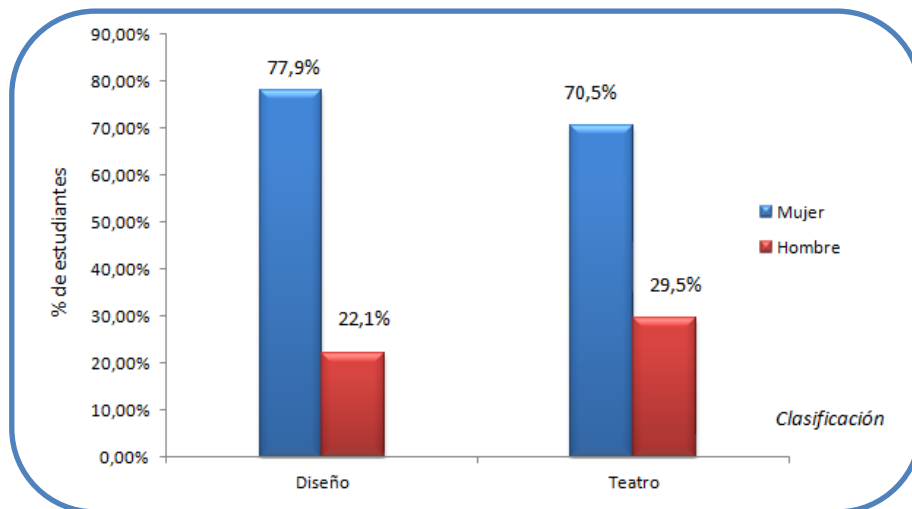
### RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados de la caracterización sociodemográfica, académica y psicosocial. Posteriormente, se presentan los resultados de la distribución del malestar psicológico y según las variables antes mencionadas.

#### 4.1 Resultados de las Variables

##### 4.1.1 Caracterización sociodemográfica

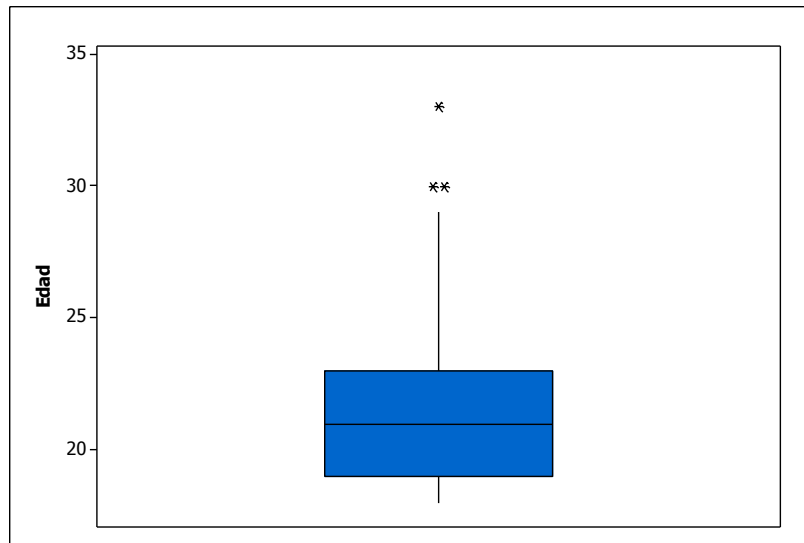
**Gráfico 1:** Sexo de los estudiantes de Diseño y Teatro.



**n = 189**

Se observa que predomina el porcentaje de mujeres sobre el de hombres, alcanzando porcentajes similares en ambas carreras.

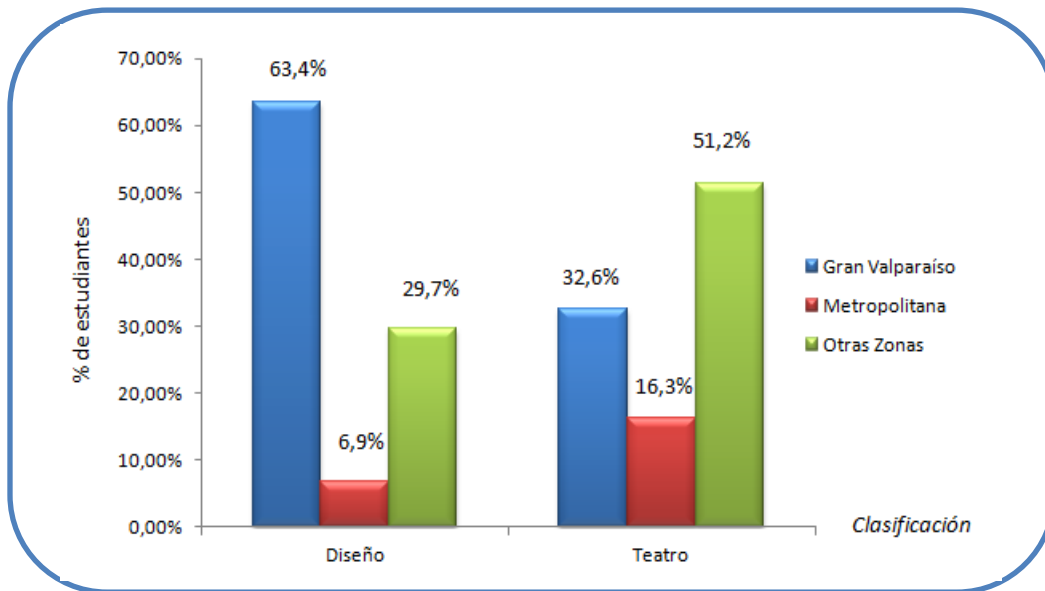
**Gráfico 2:** Edad de los estudiantes de Diseño y Teatro.



**n = 178**

El gráfico 2 muestra que el 50% de los estudiantes se encuentra entre los 19 y 23 años, mientras que un 25% se encuentra entre los 24 y 29 años.

**Gráfico 3:** Procedencia de origen de los estudiantes de Diseño y Teatro.



**n = 188**

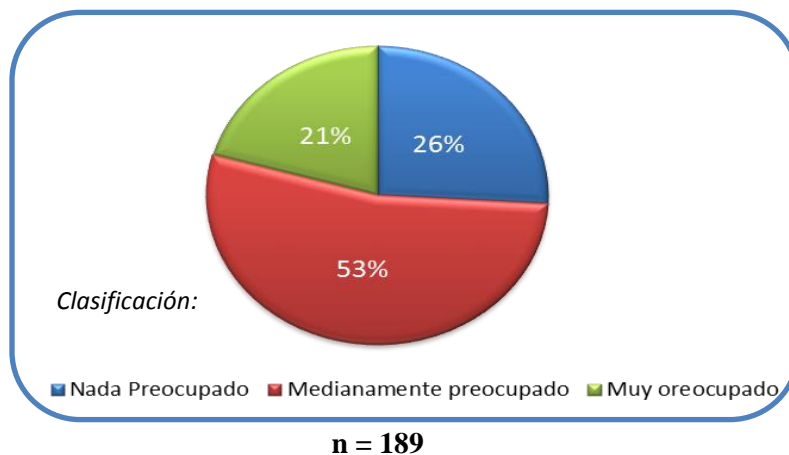
Se observa en los estudiantes de Diseño que el mayor porcentaje procede del *Gran Valparaíso* (63.4%), seguido por *Otras Zonas* (29.7%) del país. Por el contrario, en los estudiantes de Teatro el mayor porcentaje proceden de *Otras Zonas* (51.2%), seguido del *Gran Valparaíso* (32.6%).

**Tabla 3:** Distribución de los estudiantes de Diseño y Teatro según nivel socioeconómico.

		Diseño		Teatro	
Rango	Quinti l	N° de estudiantes	% de estudiantes	N° de estudiantes	% de estudiantes
Menos de \$74.970	1	10	9,6%	5	13,2%
\$74.970 - \$125.558	2	38	36,5%	10	26,3%
\$125.559 - \$193.104	3	20	19,2%	7	18,4%
\$193.105 - \$352.743	4	24	23,1%	12	31,6%
Más de 352.743	5	12	11,5%	4	10,5%
<b>Total</b>		104	100%	48	100%

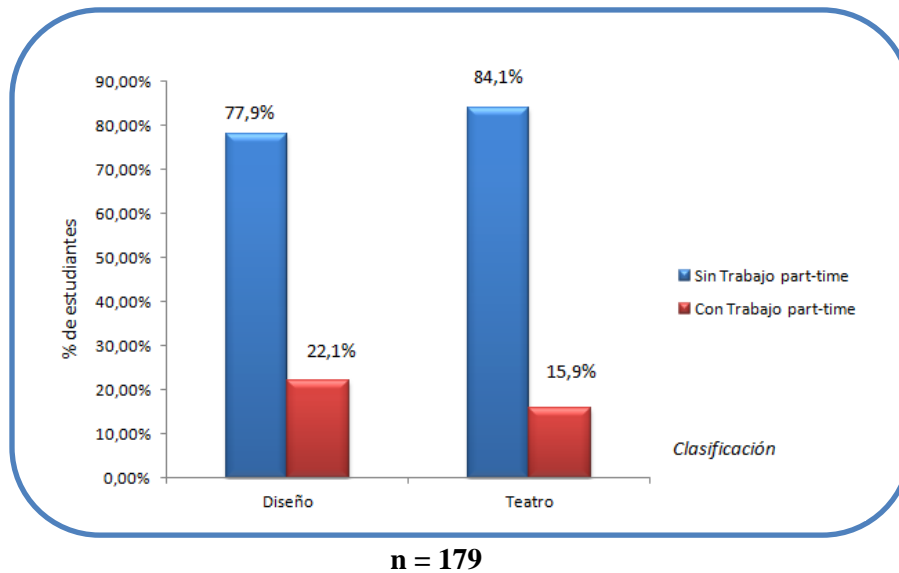
La Tabla 3 muestra que el 78.8% y 76.3% de los estudiantes de Diseño y Teatro respectivamente, pertenecen a los quintiles 2, 3 y 4. Además, se observa en Diseño que más de un tercio pertenece al *segundo quintil* (36.5%), seguido por el *cuarto quintil* (25.4%). Por el contrario, en los estudiantes de Teatro un 31.6% pertenece al *cuarto quintil*, seguido por un 26.3% que clasifica en el *segundo quintil*.

**Gráfico 4:** Nivel de preocupación económica en estudiantes de Diseño y Teatro.



El gráfico 4 reporta que el 74% de los estudiantes se encuentra *medianamente* (53%) o *muy preocupado* (21%) por su situación económica.

**Gráfico 5:** Trabajo Part-time en estudiantes de Diseño y Teatro.

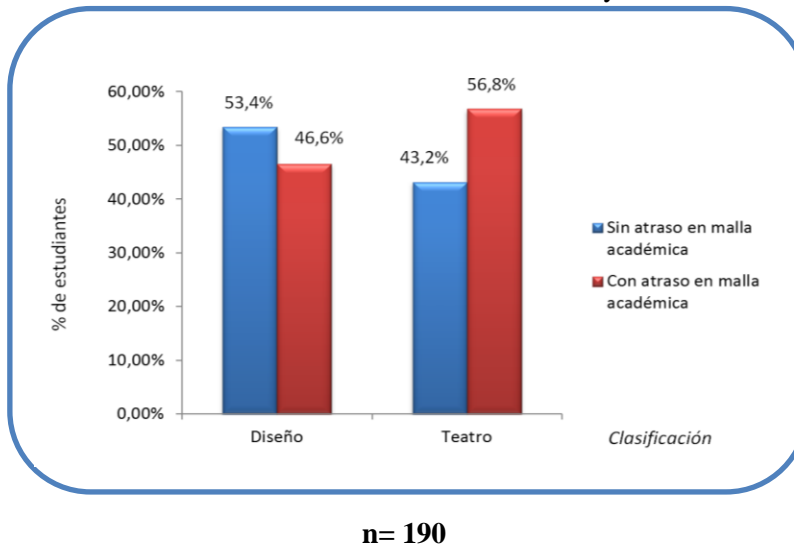


En el gráfico 5 se evidencia que el 22.1% y el 15.9% de los estudiantes de Diseño y Teatro reportan trabajar además de estudiar.

Cabe destacar que la variable sociodemográfica; horas diarias dedicadas a recreación no fue considerada debido al bajo porcentaje de respuestas registradas lo que impidió su análisis.

#### 4. 1.2 Caracterización Académica

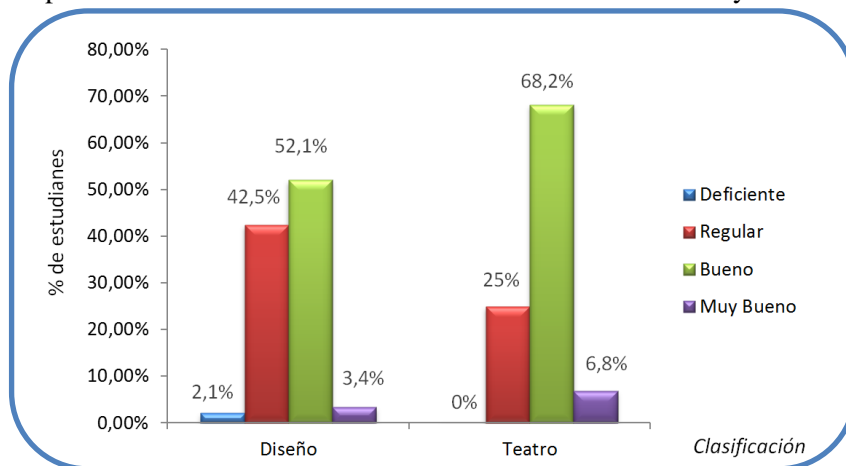
**Gráfico 6:** Atraso en la malla académica en estudiantes de Diseño y Teatro.



El gráfico 6 reporta que el 46.6% de los estudiantes de Diseño y el 56.8% de los estudiantes de Teatro se encuentran atrasados en su malla académica.

Casi tres cuartas partes de los estudiantes de Diseño (73.53%) y la mayor parte de Teatro (88%), declaran estar atrasados principalmente por la reprobación de asignaturas, seguido por la suspensión de semestre en alguna oportunidad, con un 25% y 8% respectivamente.

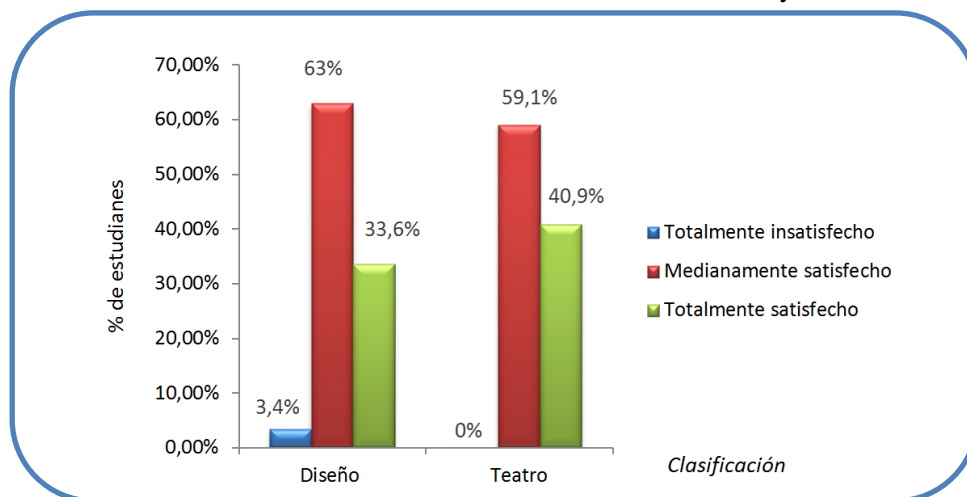
**Gráfico 7:** Percepción de rendimiento académico en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

Casi la mitad de los estudiantes de Diseño (44.6%) percibe su rendimiento académico como *regular* (42.5%) o *deficiente* (2.1%). Por su parte un cuarto de los estudiantes de Teatro (25%) percibe su rendimiento académico como regular. Se puede señalar que ningún estudiante de la carrera de Teatro percibe su rendimiento académico como deficiente.

**Gráfico 8:** Grado de satisfacción con la carrera en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

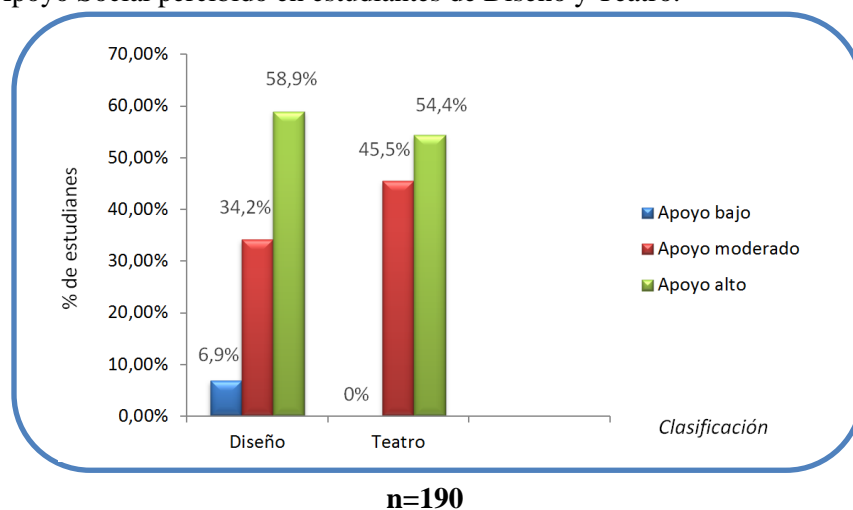
El gráfico 8 reporta que dos tercios de los estudiantes de Diseño (66.4%) se sienten *medianamente satisfechos* (63%) o *totalmente insatisfechos* con la carrera (3.4%), y un poco más de la mitad de los estudiantes de Teatro se encuentran *medianamente satisfechos* (59.1%).

Cabe destacar que las variables académicas; número de promedio de horas dedicadas a clases y/o talleres y promedio de horas dedicadas a estudio personal, fueron descartadas debido a que se obtuvo un bajo porcentaje de respuestas, lo que impide su análisis.

#### 4.1.3 Caracterización psicosocial

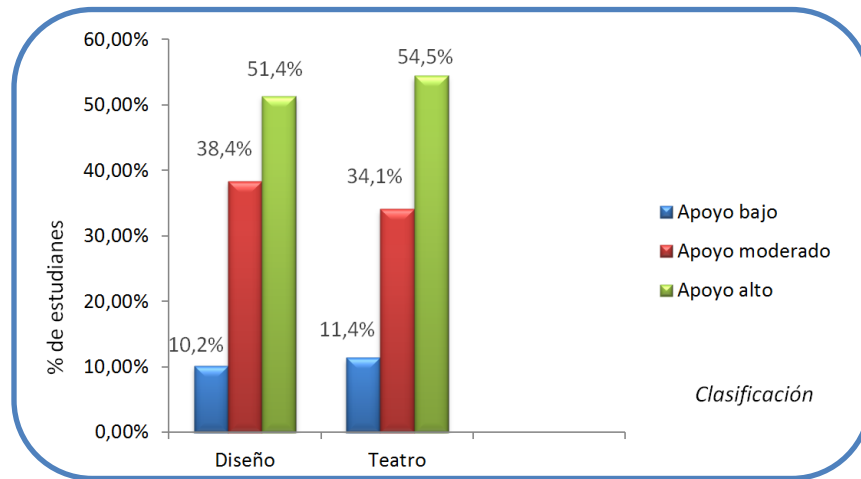
##### a. Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet

**Gráfico 9:** Apoyo Social percibido en estudiantes de Diseño y Teatro.



El gráfico 9 señala que el 41.1% de los estudiantes de Diseño percibe *apoyo social bajo* (34.2%) o *moderado* (6.9%). Por su parte, en Teatro, el 45.5% de los estudiantes percibe *apoyo moderado*, no encontrándose estudiantes que perciban *apoyo bajo*.

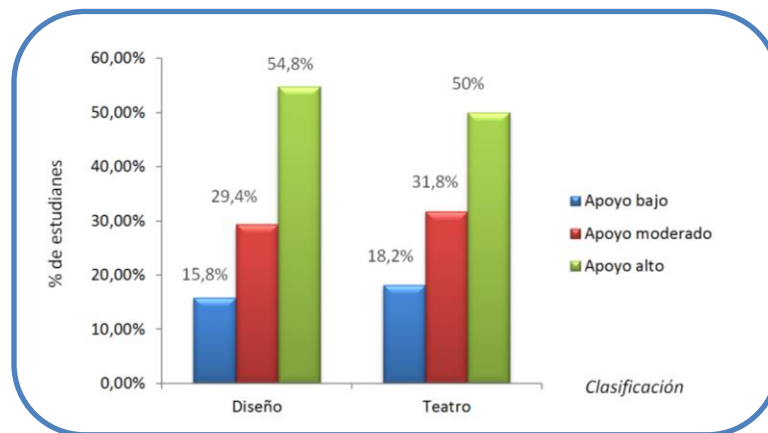
**Gráfico 10:** Apoyo familiar percibido, en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

El gráfico 10 reporta que el 48.6% de los estudiantes de Diseño percibe un *apoyo familiar bajo* (10.2%) o *moderado* (38.4%). Un 45.5% de los estudiantes de Teatro percibe un *nivel de apoyo bajo* (11.4%) o *moderado* (34.1%).

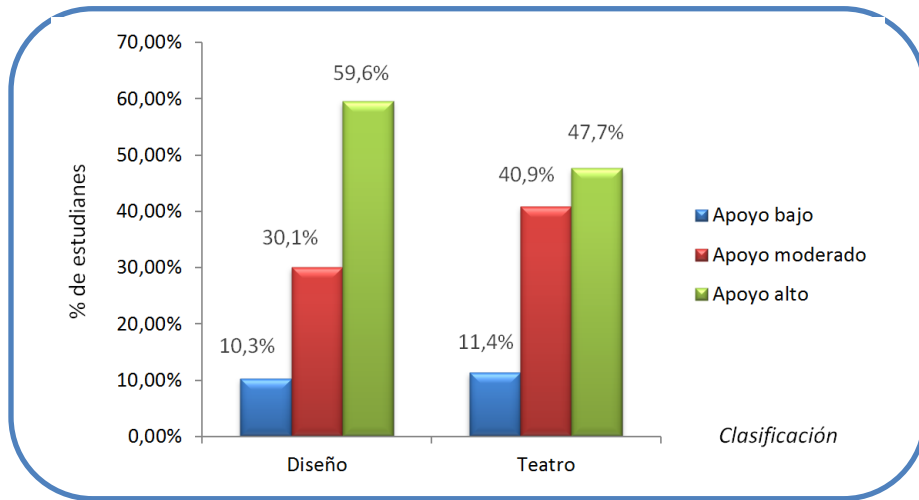
**Gráfico 11:** Apoyo percibido de parte de los Amigos, en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

El gráfico 11 muestra que el 45.2% de los estudiantes de Diseño percibe *apoyo de amigos bajo* (15.8%) o *moderado* (29.4%). En Teatro, la mitad de los estudiantes percibe *apoyo bajo* (18.2%) o *moderado* (31.8%).

**Gráfico 12:** Apoyo percibido de parte de la pareja, en estudiantes de Diseño y Teatro.

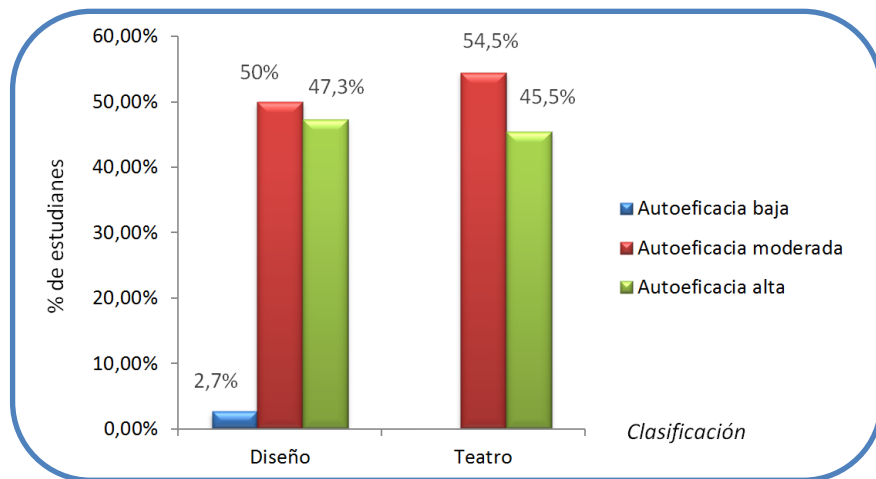


**n= 190**

El gráfico 12 evidencia que el 40.4% de los estudiantes de Diseño percibe un apoyo por parte de la pareja *bajo* (10.3%) o *moderado* (30.1%). En Teatro, más de la mitad de los estudiantes (52.3%) perciben apoyo *bajo* (11.4%) o *moderado* (40.9%).

### b. Escala de Autoeficacia General de Bandura

**Gráfico 13:** Autoeficacia en estudiantes de Diseño y Teatro.

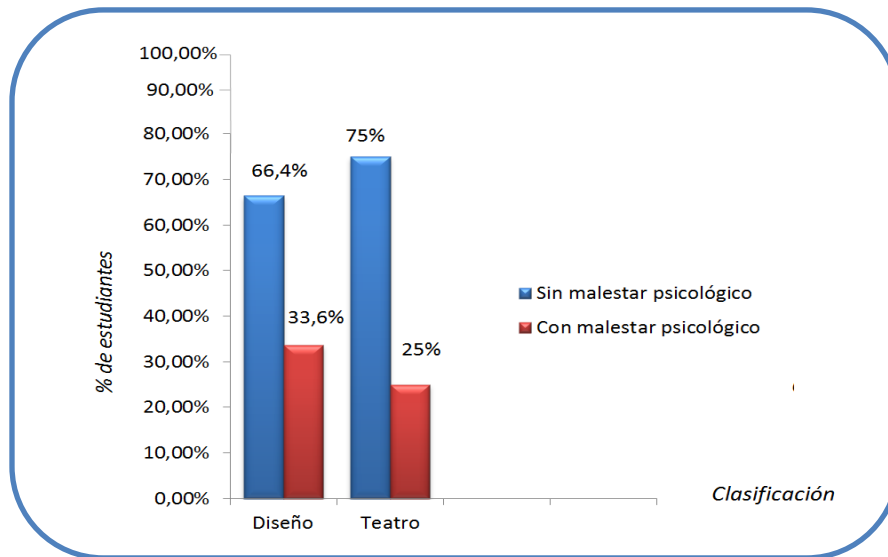


**n= 190**

El gráfico 13 muestra que el 52.7% de los estudiantes de Diseño percibe una *autoeficacia baja* (2.7%) o *moderada* (50%). En cuanto a los estudiantes de Teatro, el 54.5% de ellos percibe una *autoeficacia moderada*, no encontrándose estudiantes con *autoeficacia baja*.

#### 4.1.4 Malestar Psicológico

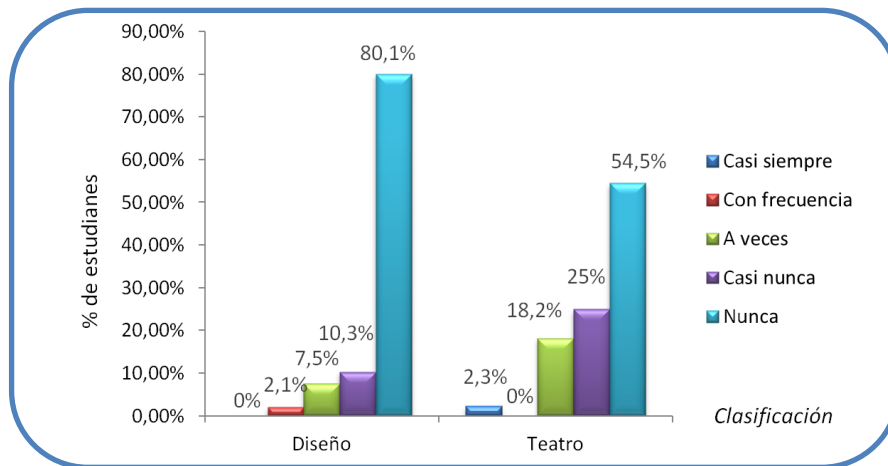
**Gráfico 14:** Malestar Psicológico autopercebido en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

El gráfico 14 muestra que un 33.6% y 25% de estudiantes de Diseño y Teatro respectivamente, percibe malestar psicológico.

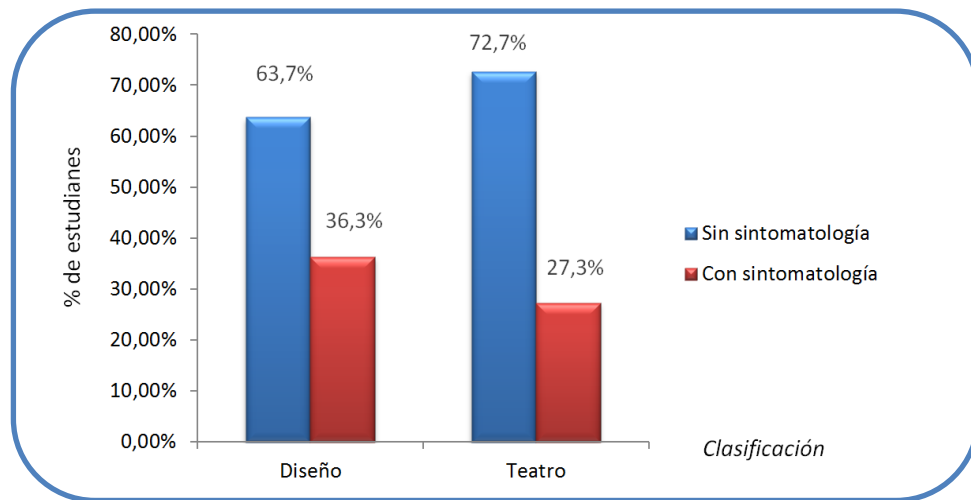
**Gráfico 15:** Potencial suicida en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

Los resultados revelan que un 19.9% de los estudiantes de Diseño han pensado quitarse la vida a lo menos en alguna oportunidad. En cuanto a los estudiantes de Teatro, un 45.5% ha pensado en quitarse la vida en más de una ocasión.

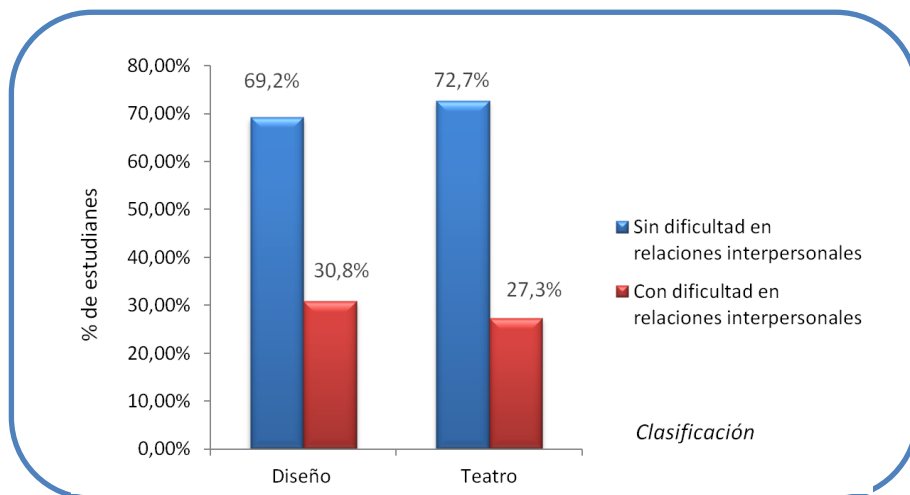
**Gráfico 16:** Presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

Se observa en el gráfico 16 que un 36.3% y 27.3% de los estudiantes en Diseño y Teatro respectivamente, presenta sintomatología ansiosa y depresiva.

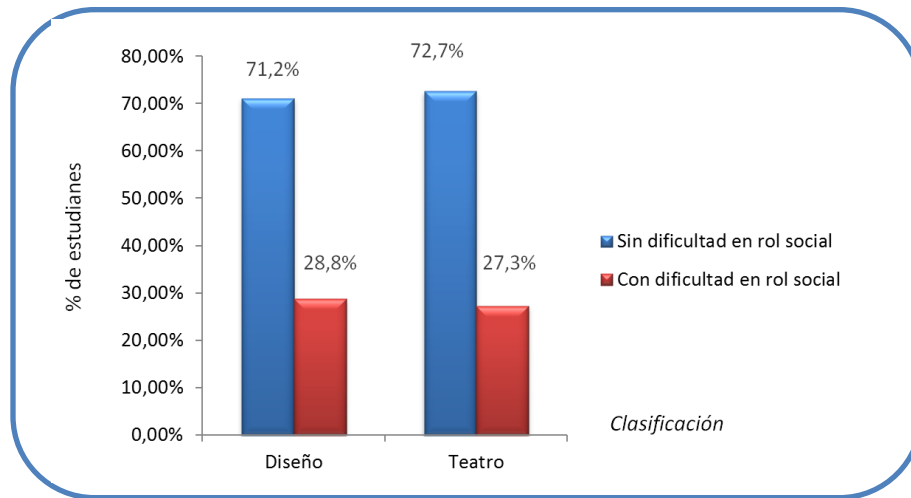
**Gráfico 17:** Nivel de dificultad en las relaciones interpersonales en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 190**

Se observa en el gráfico 17 que casi un tercio de los estudiantes de Diseño (30.8%) y un 27.3% de los estudiantes de Teatro presentan dificultad en sus relaciones interpersonales.

**Gráfico 18:** Nivel de dificultad en Rol Social en estudiantes de Diseño y Teatro.



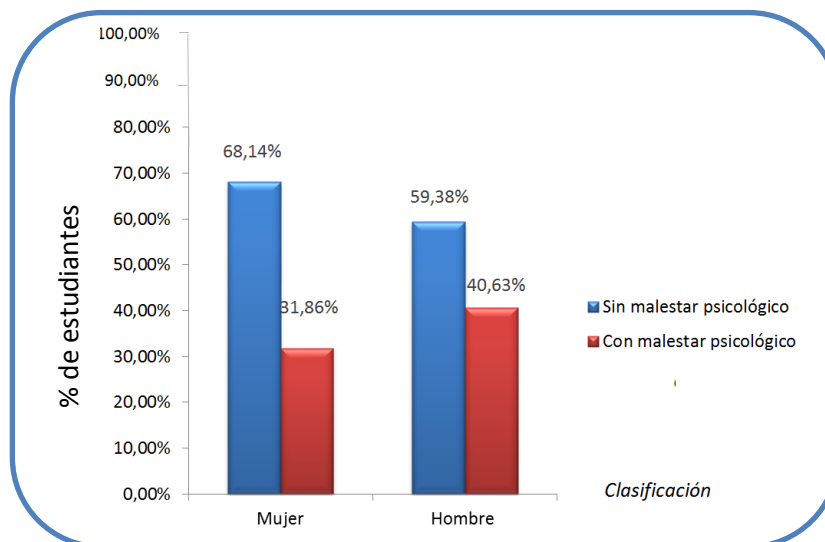
**n= 190**

El gráfico 18 muestra que la proporción de estudiantes de Diseño (28.8%) y Teatro (27.3%) que presentan dificultad en su rol social es similar.

#### **4.2. Nivel de Malestar Psicológico según variables en estudio**

##### **4.2.1 Nivel de Malestar Psicológico autopercebido según variables sociodemográficas**

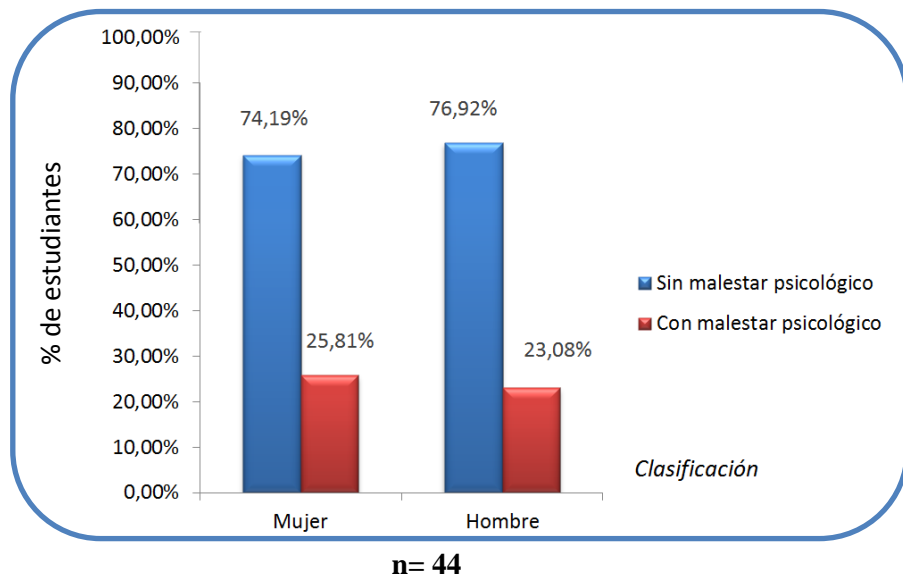
**Gráfico 19:** Malestar Psicológico autopercebido según Sexo, en estudiantes de Diseño.



**n= 145**

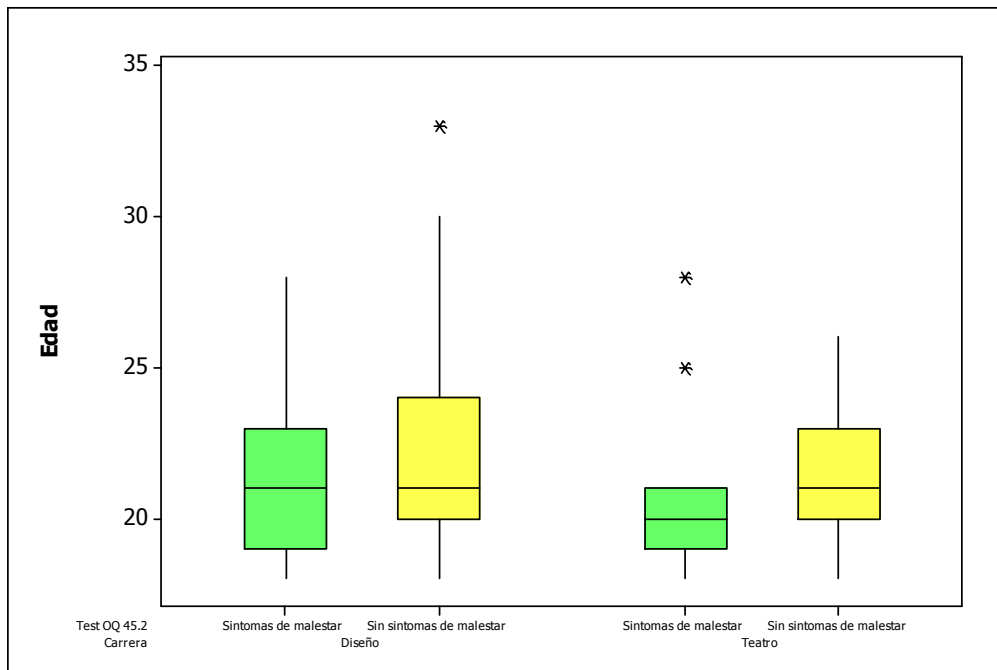
El gráfico 19 muestra que los hombres son quienes presentan una mayor proporción de malestar psicológico autopercebido (40.63%) en comparación con las mujeres (31.86%).

**Gráfico 20:** Malestar Psicológico autopercebido según Sexo, en estudiantes de Teatro.



Se observa en los estudiantes de Teatro que el 25.81% de mujeres y el 23.08% de los hombres se percibe con malestar psicológico.

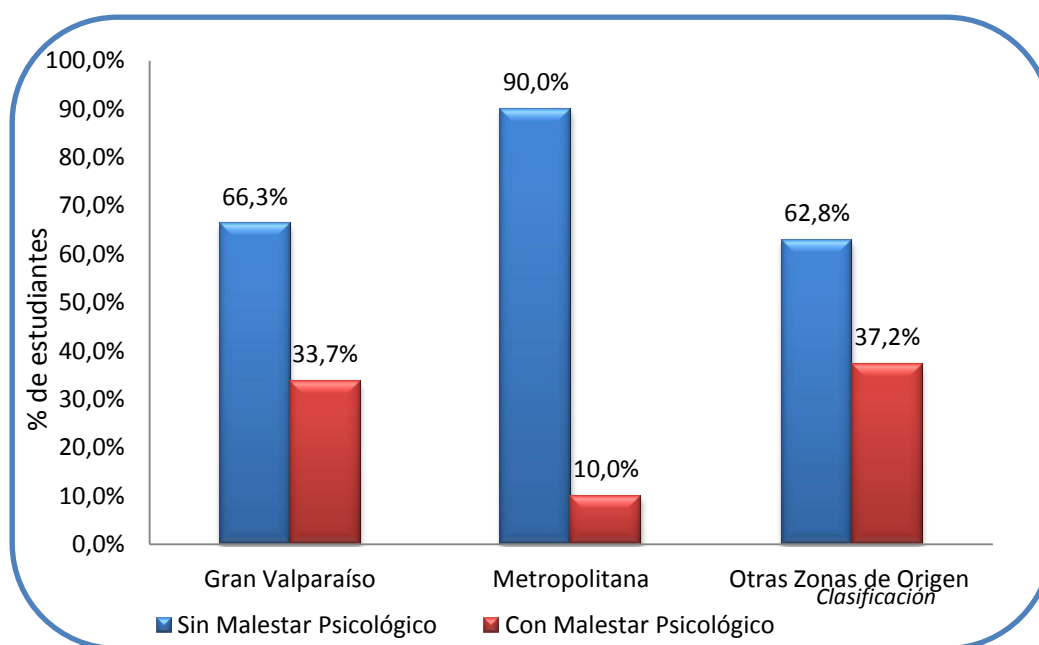
**Gráfico 21:** Malestar Psicológico autopercebido según Edad, en estudiantes de Diseño y Teatro.



**n= 178**

El gráfico 21 muestra que existe una mayor variabilidad de edad en los estudiantes de Diseño con malestar psicológico, cuyo rango de edad fluctúa entre los 18-28 años, concentrándose el 50% entre los 19-23 años. A diferencia de Diseño, en los estudiantes de Teatro con malestar psicológico se observa una variabilidad menor, concentrándose el 75% en edades inferiores que van desde los 18 y 21 años.

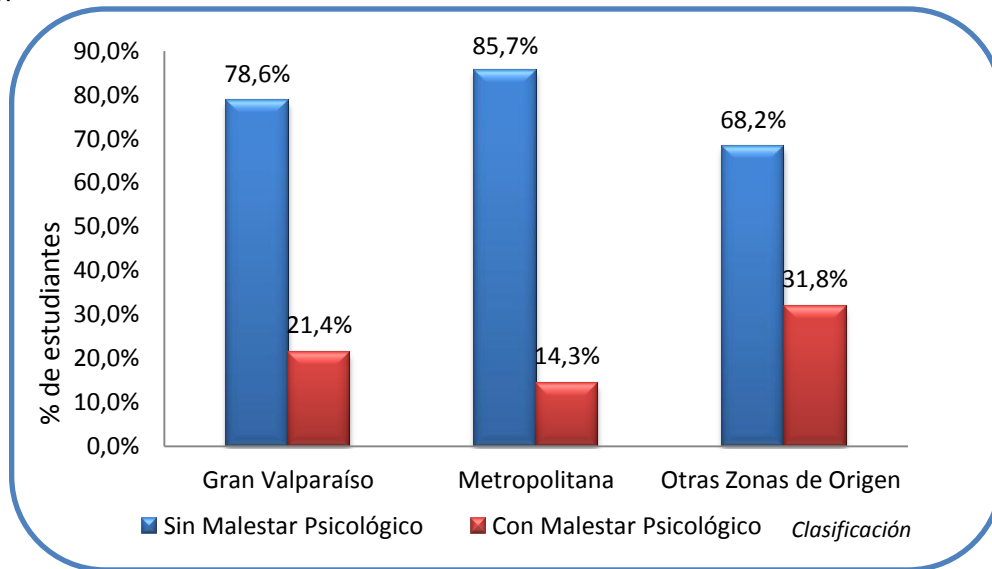
**Gráfico 22:** Malestar Psicológico autopercebido según Procedencia de origen, en estudiantes de Diseño.



n= 145

Se observa que existe un porcentaje similar de estudiantes de Diseño que perciben malestar psicológico entre aquellos que son del Gran Valparaíso (33.7%) y aquellos que proceden de otras zonas del país (37.2%), existiendo un menor porcentaje de estudiantes con malestar psicológico (10%) en los que provienen de la Región Metropolitana.

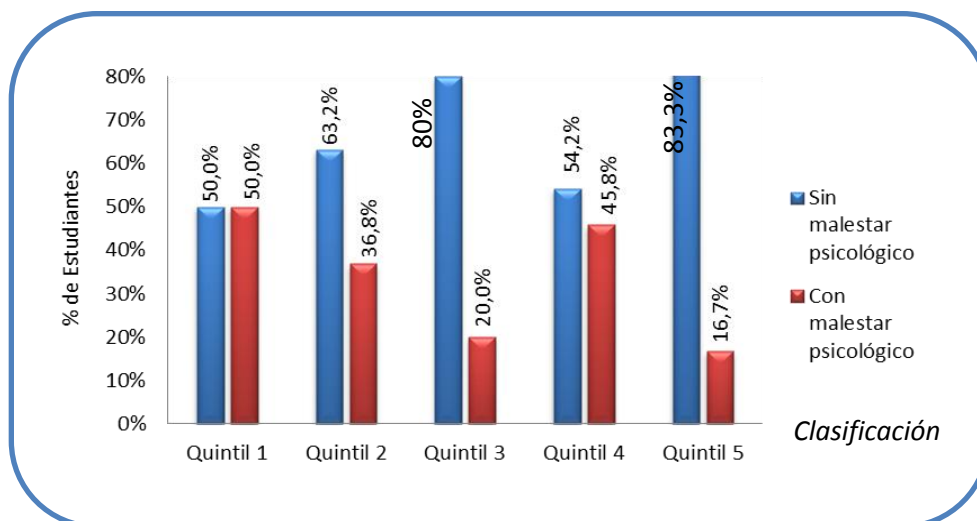
**Gráfico 23:** Malestar Psicológico autopercebido según Procedencia de origen, en estudiantes de Teatro.



**n= 43**

Se evidencia que el mayor porcentaje de estudiantes de Teatro con malestar psicológico autopercebido se encuentra en aquellos que provienen de otras zonas del país (31.8%), seguido por aquellos que viven en el Gran Valparaíso (21.4%), encontrándose finalmente el porcentaje más bajo en aquellos que son de la Región Metropolitana (14.3%).

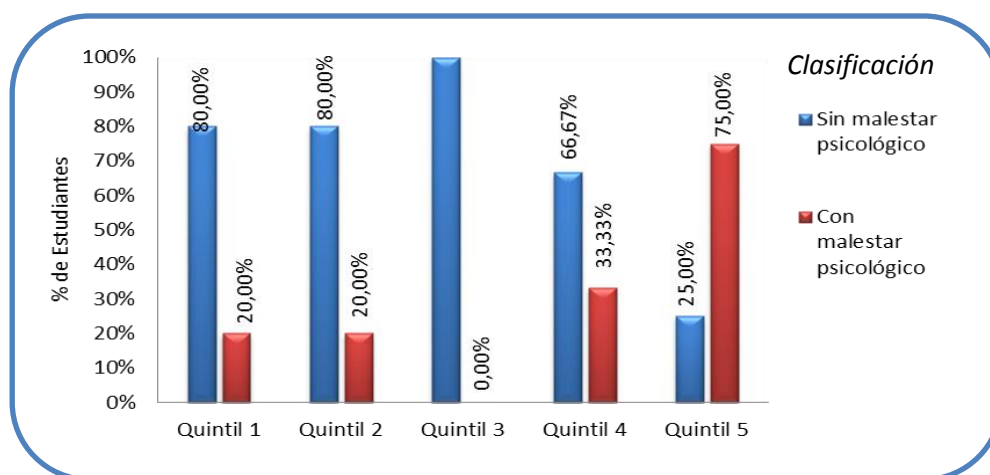
**Gráfico 24:** Malestar Psicológico autopercebido según Nivel Socioeconómico, en estudiantes de Diseño.



**n= 104**

En el gráfico 24 se observa que en los estudiantes que pertenecen al quintil 5, solo el 16.7% se perciben con malestar psicológico, siendo este el porcentaje más bajo en comparación de aquellos estudiantes de los quintiles 3 (20.0%), 2 (35.8%), 4 (45.8%) y 1 (50%).

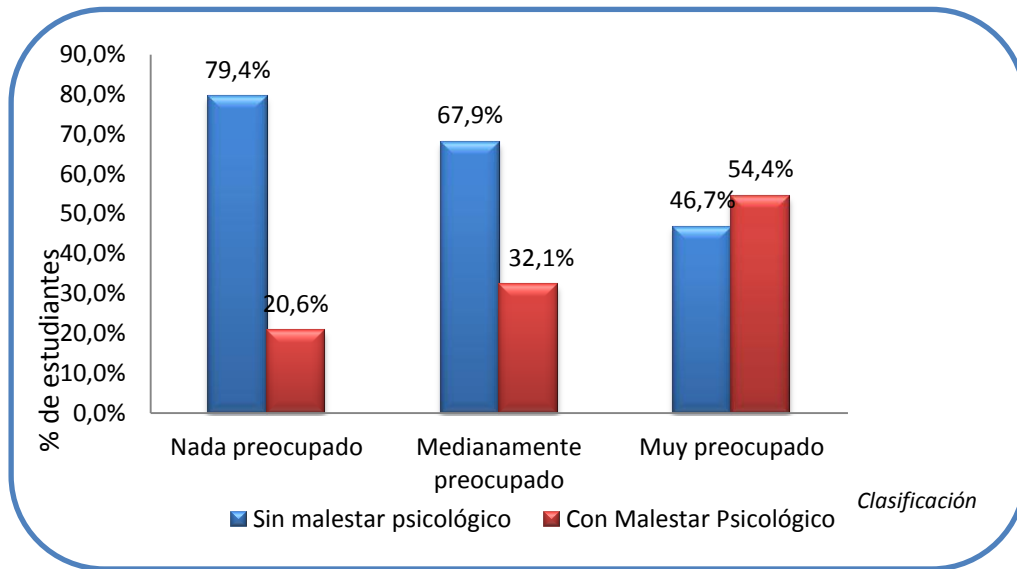
**Gráfico 25:** Malestar Psicológico auto percibido según Nivel Socioeconómico, en estudiantes de Teatro.



**n= 38**

En el gráfico 25 se observa que los porcentajes de estudiantes con malestar psicológico en el quintil 5 (75%) y quintil 4 (33.3%) son mayores en comparación con los quintiles 1 y 2, donde ambos alcanzan sólo un 20%. Se destaca que no se encuentran estudiantes con malestar psicológico en el Quintil 3.

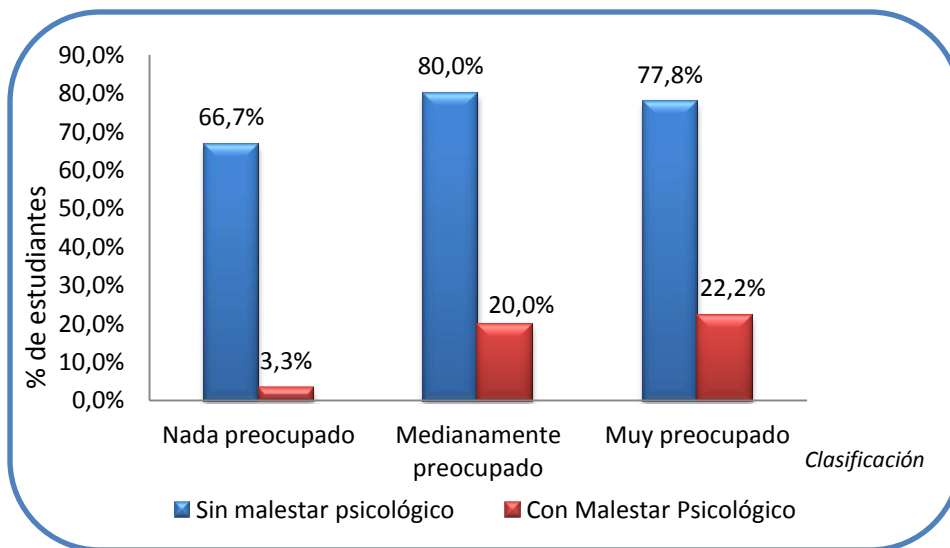
**Gráfico 26:** Malestar Psicológico autopercebido según Nivel de preocupación económica, en estudiantes de Diseño.



**n= 145**

El gráfico 26 muestra que la proporción de estudiantes con malestar psicológico aumenta de acuerdo al grado de preocupación económica, encontrándose que más de la mitad (54.4%) de los estudiantes *Muy preocupados* se perciben con malestar psicológico. Se destaca que el 79.4% de los estudiantes *Nada preocupados* se perciben sin malestar psicológico.

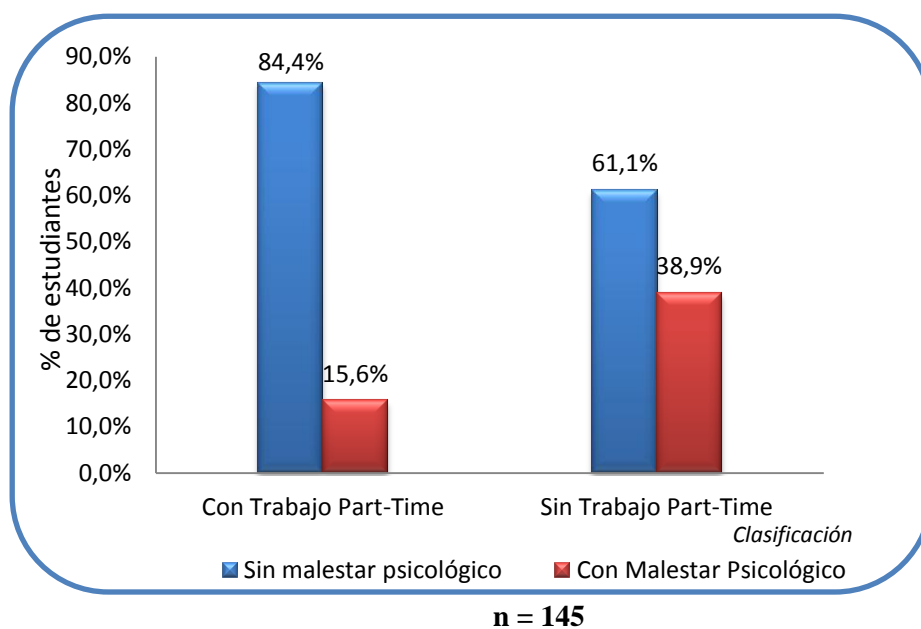
**Gráfico 27:** Malestar Psicológico autopercebido según Nivel de preocupación económica, en estudiantes de Teatro.



**n= 44**

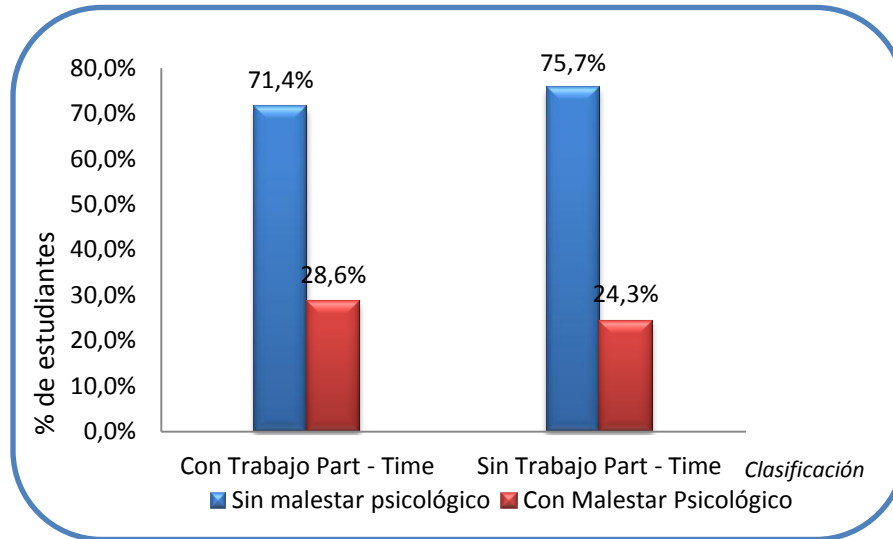
En Teatro, se evidencia una proporción similar de estudiantes que se perciben con malestar psicológico *Medianamente preocupados* (20%) y *Muy preocupados* (22.2%), mientras que el menor porcentaje de ellos (3.3%) se encuentra en el grupo de estudiantes *Nada preocupados* por su situación económica.

**Gráfico 28:** Malestar Psicológico autopercebido según Trabajo Part-Time, en estudiantes de Diseño.



En el gráfico 28 se observa que en los estudiantes de Diseño con trabajo part - time, sólo un 15.6% se percibe con malestar psicológico, mientras que en los estudiantes que no trabajan, el 38.9% se percibe con malestar psicológico.

**Gráfico 29:** Malestar Psicológico autopercebido según Trabajo Part-Time, en estudiantes de Teatro.

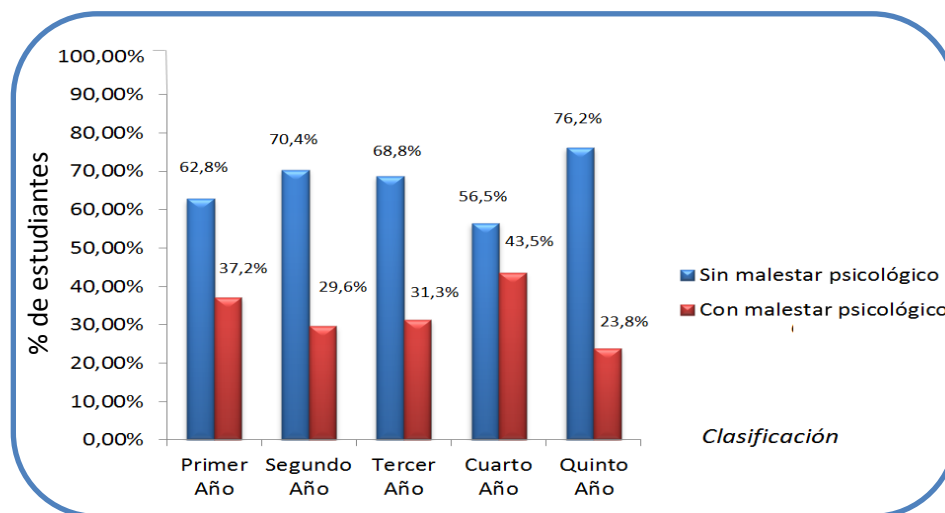


**n= 44**

El gráfico 29 muestra que en Teatro, los porcentajes de estudiantes que se perciben con malestar psicológico son similares tanto en aquellos que realizan trabajo part - time (28.6%) y los que no lo hacen (24.3%).

#### 4.2.2 Nivel de Malestar Psicológico según variables académicas

**Gráfico 30:** Malestar psicológico autopercebido según año académico, en estudiantes de Diseño.

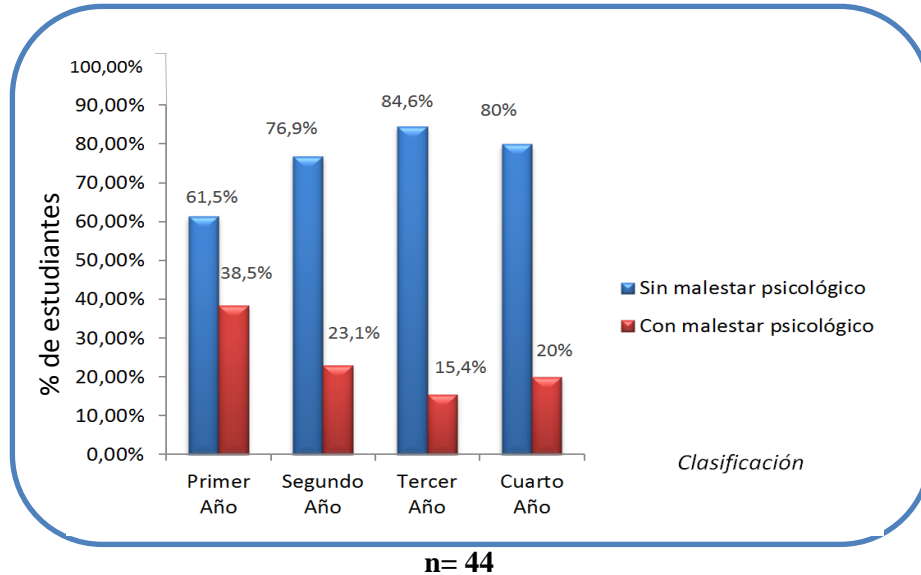


**n= 146**

Los resultados muestran que el porcentaje de estudiantes con malestar psicológico se distribuye de manera similar en los tres primeros años académicos (37.2%, 29.6% y 31.3%), alcanzando el

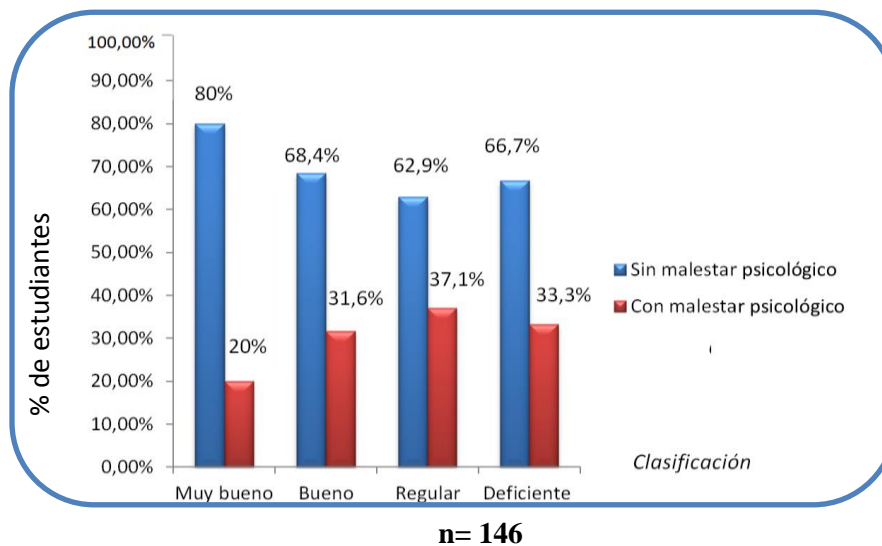
máximo porcentaje de estudiantes en cuarto año (43.5%) y el menor porcentaje de ellos en los que cursan quinto año (23.8%).

**Gráfico 31:** Malestar psicológico autopercebido según año académico, en estudiantes de Teatro.



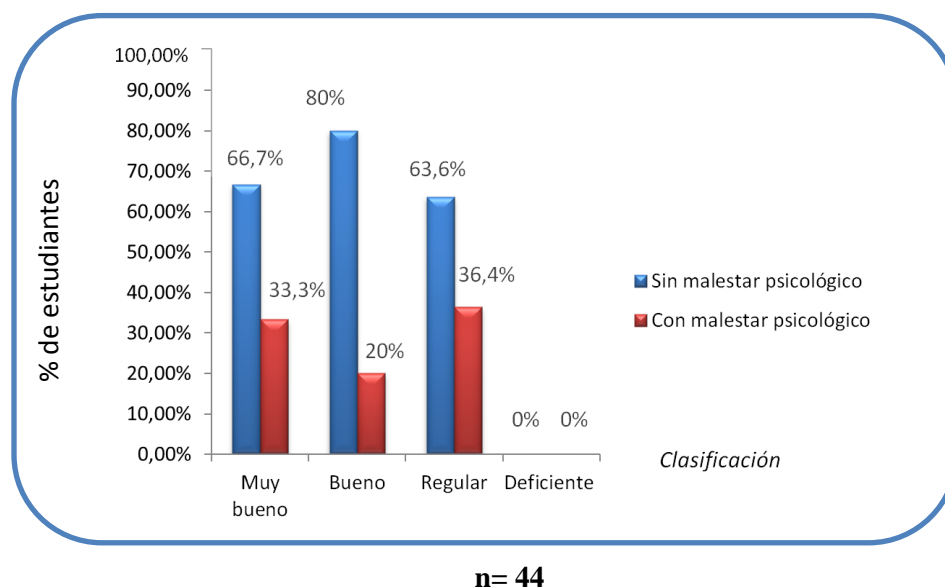
Se evidencia que el mayor porcentaje de estudiantes de Teatro con malestar psicológico autopercebido se encuentra en primer año académico con un 38.5%, descendiendo a medida que avanzan los años de la carrera, aumentando levemente en cuarto año académico con un 20%.

**Gráfico 32:** Malestar psicológico autopercebido según percepción de rendimiento académico, en estudiantes de Diseño.



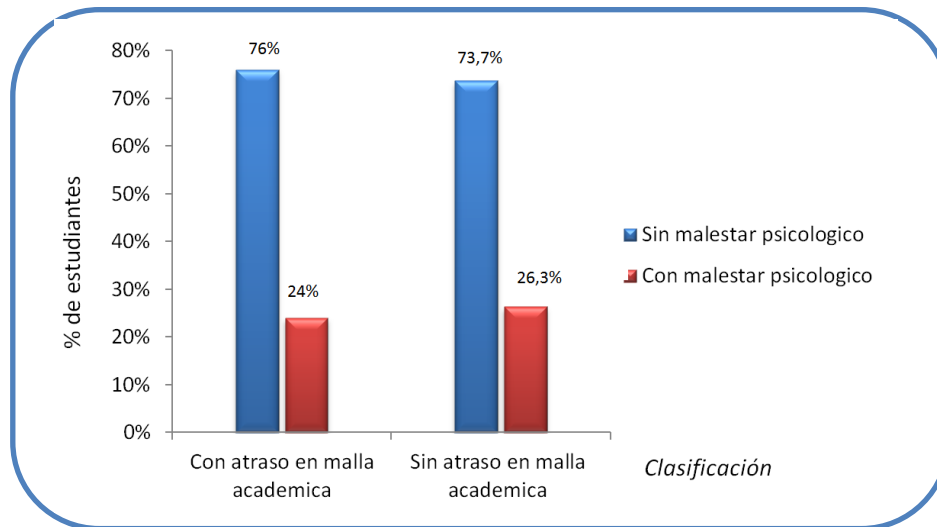
El gráfico 32 revela que no existe una diferencia considerable entre aquellos que perciben su desempeño académico como *Bueno* (31.6%), *Regular* (37.1%) y *Deficiente* (33.3%). Cabe mencionar que un menor porcentaje de estudiantes de Diseño con malestar psicológico perciben su rendimiento académico como *Muy bueno* (20%), a diferencia de los estudiantes sin malestar, donde la mayoría lo percibe así.

**Gráfico 33:** Malestar psicológico autopercebido según percepción de rendimiento académico, en estudiantes de Teatro.



Se observa que el porcentaje de estudiantes con malestar psicológico que percibe su rendimiento académico como *Regular* (36.4%) y *Muy bueno* (33.3%) son similares. Se destaca que el menor porcentaje de estudiantes con malestar psicológico perciben su desempeño académico como *Bueno* (20%).

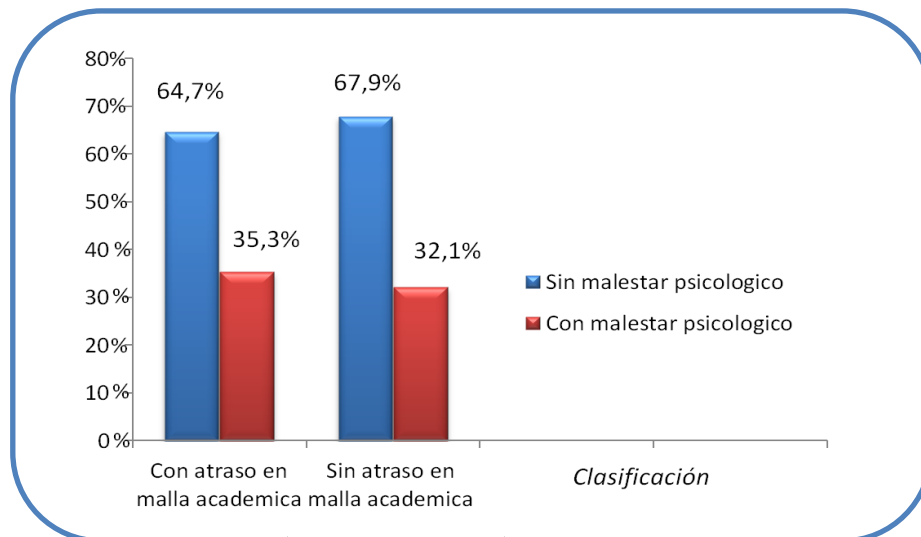
**Gráfico 34:** Malestar psicológico autopercebido según atraso en malla académica, en estudiantes de Diseño.



**n=146**

Los resultados muestran que el porcentaje de estudiantes que perciben malestar psicológico, es similar tanto en aquellos que se encuentran atrasados en la malla académica (35.3%) como en aquellos que no (32.1%).

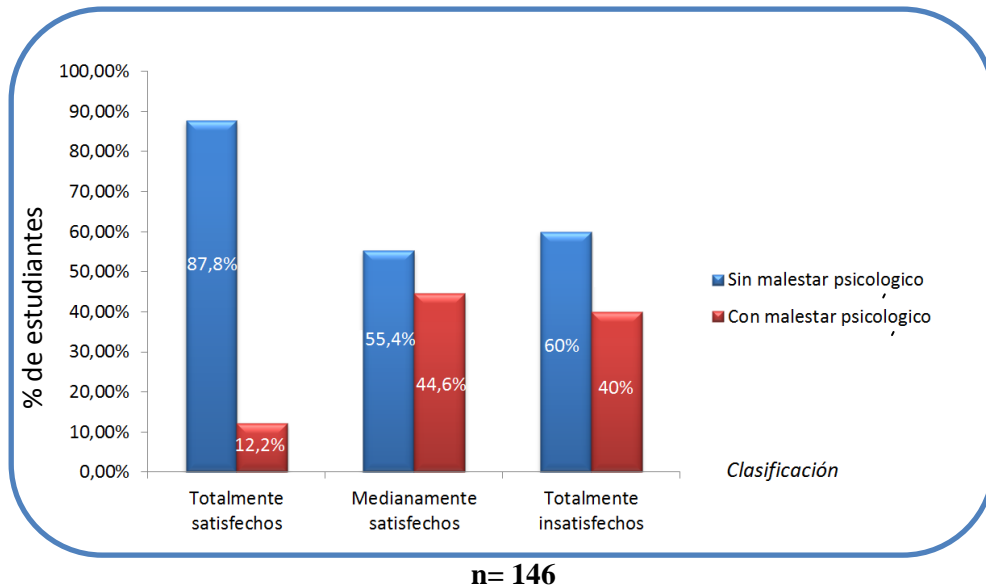
**Gráfico 35:** Malestar psicológico autopercebido según atraso en malla académica, en estudiantes de Teatro.



**n=44**

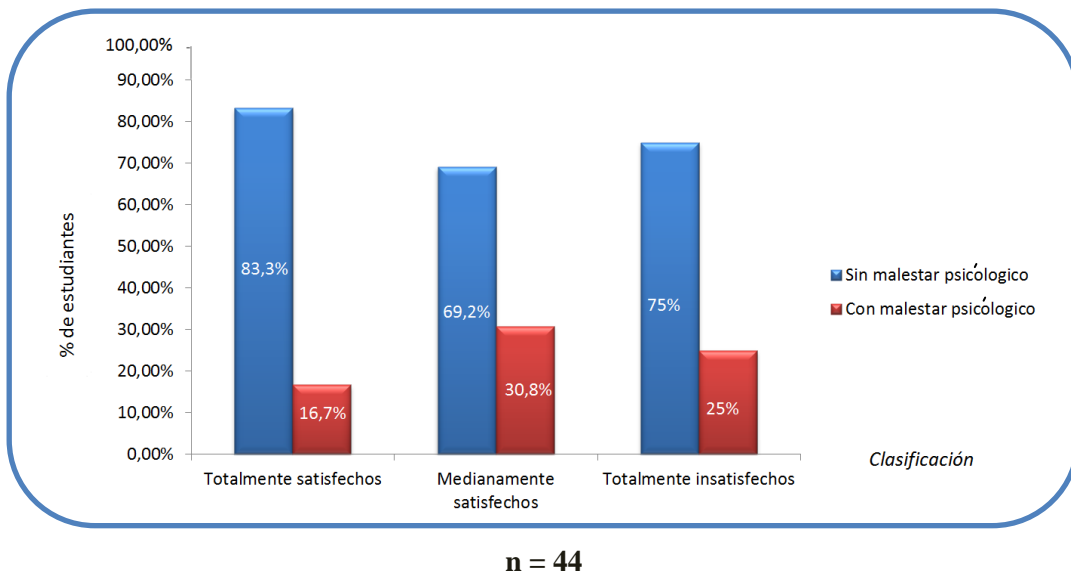
El gráfico muestra que el porcentaje de estudiantes que presentan malestar psicológico es similar tanto en aquellos que se encuentran atrasados en la malla académica (24%) como en aquellos sin atraso (26.3%).

**Gráfico 36:** Malestar psicológico autopercebido según grado de satisfacción con la carrera, en estudiantes de Diseño.



Se puede observar un porcentaje similar de estudiantes con malestar psicológico que se perciben *Medianamente satisfechos* y *Totalmente insatisfechos* con su carrera, con un 44.6% y 40% respectivamente. Además, la mayor parte de estudiantes *Totalmente satisfechos* con su carrera, se encuentra sin malestar psicológico (87.8%).

**Gráfico 37:** Malestar psicológico autopercebido según grado de satisfacción con la carrera, en estudiantes de Teatro.

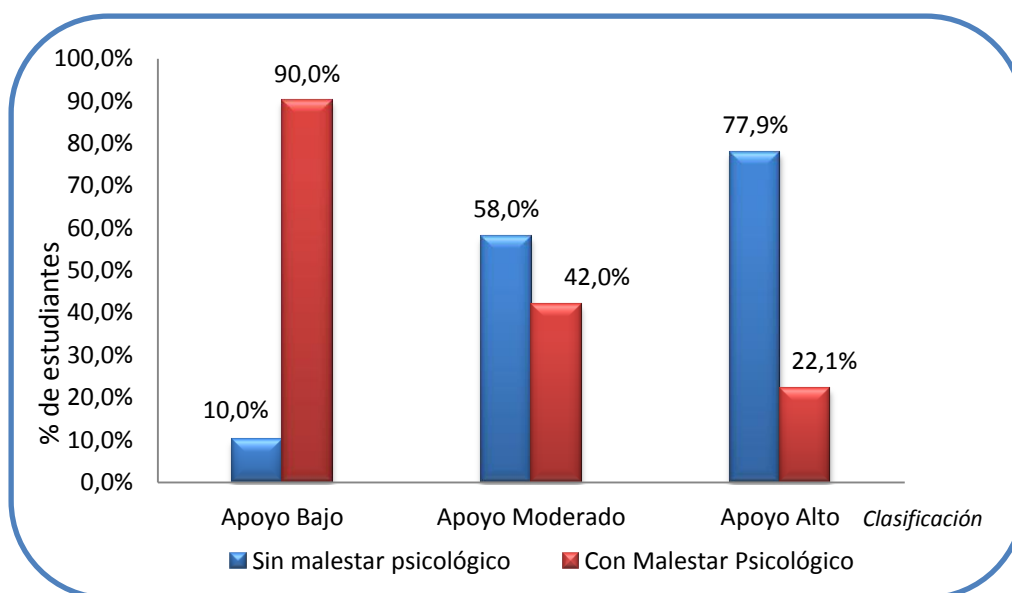


Se evidencia que la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico autopercibido se encuentra *Medianamente satisfechos* con su carrera, alcanzando casi un tercio (30.8%). Mientras que un cuarto de aquellos *Totalmente insatisfechos* se percibe con malestar psicológico (25%). Se destaca que la mayor proporción de estudiantes sin malestar psicológico se encuentra en aquellos *Totalmente satisfechos* con su carrera (83.3%).

#### 4.2.3 Malestar Psicológico según variables psicosociales

a. Malestar psicológico autopercibido según Apoyo Social percibido.

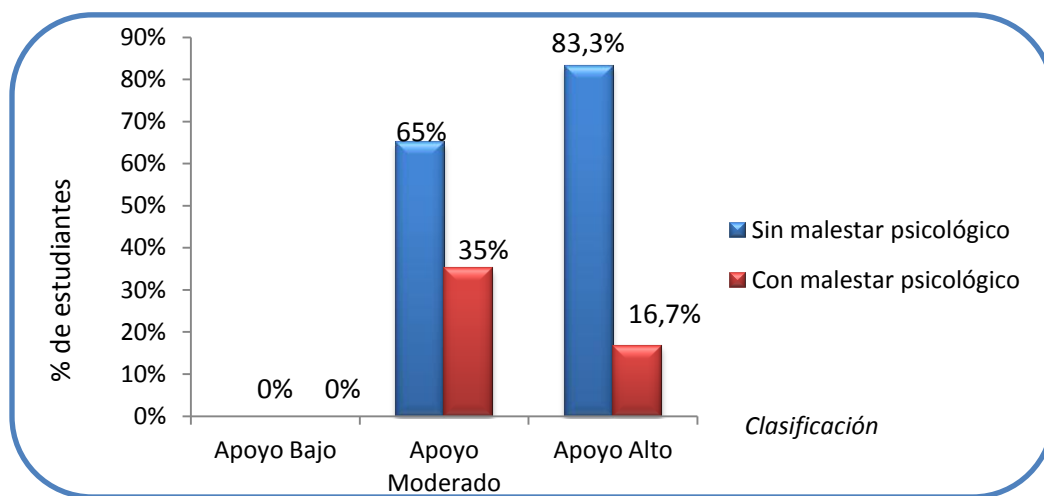
**Gráfico 38:** Malestar psicológico autopercibido según Apoyo Social, en estudiantes de Diseño.



**n= 146**

En el gráfico 38 se evidencia que a medida que disminuye la percepción de apoyo social, aumenta la proporción de estudiantes con malestar psicológico. Cabe destacar que un 90% de estudiantes con *Apoyo bajo* se percibe con malestar psicológico.

**Gráfico 39:** Malestar psicológico autopercebido según apoyo social, en estudiantes de Teatro.

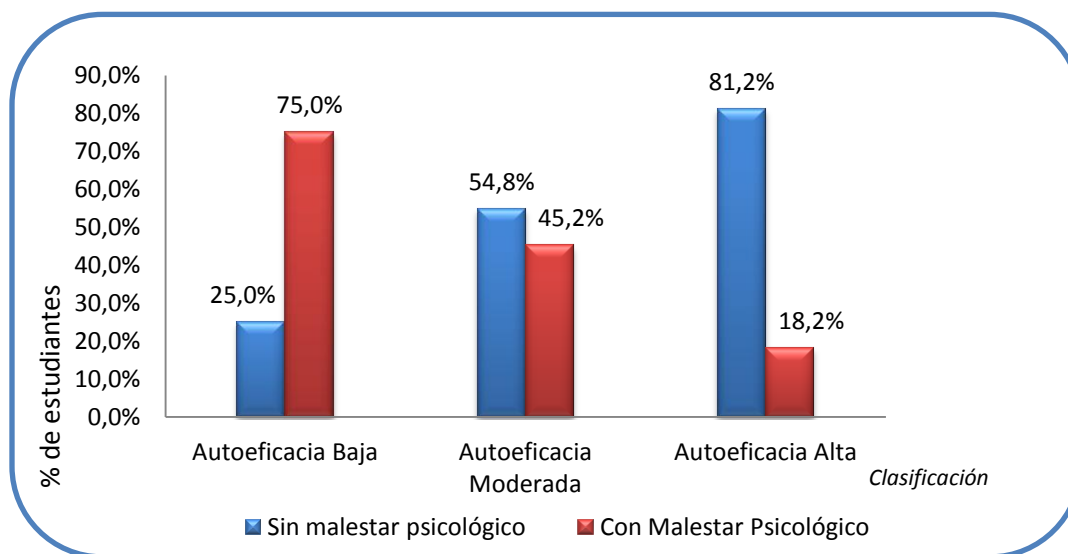


**n = 44**

Se observa en el gráfico 39 que la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico se perciben con *Apoyo moderado* (35%), disminuyendo este porcentaje en casi la mitad en los que tienen *Apoyo alto* (16,7%).

b. Según Escala de Autoeficacia General de Bandura

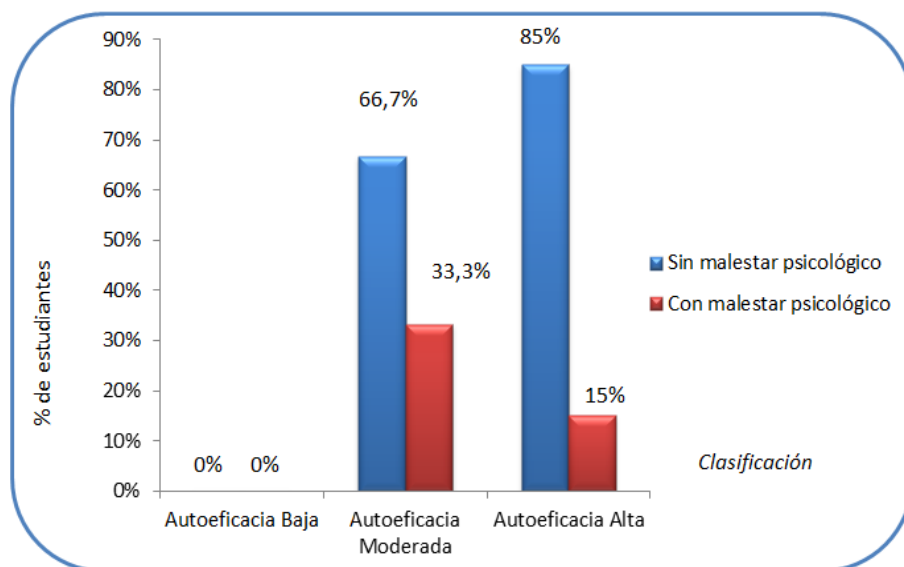
**Gráfico 40:** Malestar psicológico autopercebido según Autoeficacia, en estudiantes de Diseño.



**n= 146**

El gráfico 40 evidencia que la proporción de estudiantes de Diseño con malestar psicológico autopercebido disminuye a medida que aumentan los niveles de autoeficacia, observándose la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico en los que reportan *Autoeficacia baja* (75%).

**Gráfico 41:** Malestar psicológico autopercibido según Autoeficacia, en estudiantes de Teatro.



**n= 44**

En el gráfico 41 se identifica que un 33.3% de los estudiantes de Teatro con *Autoeficacia moderada* se percibe con malestar psicológico, siendo esta la mayor proporción observada. De los estudiantes con *Autoeficacia alta* sólo un 15% se percibe con malestar psicológico. Cabe destacar que ningún estudiante, con o sin malestar psicológico se percibe con *Autoeficacia baja*.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **5.1 Discusiones**

El análisis de los resultados evidenció que la prevalencia de malestar psicológico autopercebido por carrera corresponde a un 33.6% en Diseño y un 25% en Teatro, lo cual es levemente inferior en relación a las diversas investigaciones internacionales y nacionales que evidencian una prevalencia más alta de malestar psicológico en estudiantes universitarios, la cual fluctúa entre un 36% y 47,7% (2, 4, 6, 7, 8, 9, 10).

Los resultados de este estudio señalan que en los estudiantes de Diseño, un 19.9% ha pensado en quitarse la vida en alguna oportunidad, mientras que en los estudiantes de Teatro, un 45.5% lo ha considerado. La evidencia señala a nivel nacional una prevalencia de 57% de ideación suicida en adolescentes (93), lo cual difiere con los resultados obtenidos en Diseño, aunque concuerda con Teatro. No obstante, se debe considerar que la ideación suicida se relaciona con la edad, sexo, depresión y otros factores que no fueron considerados para el desarrollo de este ítem en particular.

Se observan diferencias en las carreras de Diseño y Teatro en cuanto a la distribución de malestar psicológico según sexo. En Diseño, la proporción de estudiantes con malestar psicológico es mayor en los hombres, representando un 40.63%, mientras que en las mujeres esta proporción alcanza un 31.86%. En los estudiantes de Teatro, las mujeres representan la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico (25.81%), mientras que en los hombres corresponde a un 23.08%. Los resultados obtenidos en Teatro concuerdan con ciertos hallazgos de la revisión bibliográfica (7, 4, 37, 38) que evidencian que en la población femenina predominan los trastornos asociados a la salud mental. No obstante, el porcentaje de estudiantes hombres con malestar psicológico percibido en Diseño se contrapone con esta evidencia. Lo anterior podría explicarse debido a que no existen estudios realizados en carreras del área artística, por lo cual es plausible que los porcentajes varíen, debido al perfil diferente de los estudiantes de Diseño, comparado con otras carreras tradicionales estudiadas previamente.

En lo que a edad respecta, el 50% de los estudiantes de Diseño con malestar psicológico autopercebido se encuentran en el rango etario de 19 y 23 años de edad. Similares resultados se

evidencian en los estudiantes de Teatro, donde el 75% de los encuestados con malestar psicológico se hallan en un rango etario que abarca desde los 18 hasta 21 años de edad. Tales hallazgos coinciden con la evidencia analizada, la cual señala que los estudiantes universitarios se encuentran en la etapa de vida correspondiente a la adolescencia tardía y juventud, siendo esto un factor de vulnerabilidad para presentar problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad y del estado del ánimo (4).

Los resultados arrojan que en Diseño la proporción de estudiantes con malestar psicológico es similar en aquellos cuya procedencia de origen es el Gran Valparaíso (33.7%) y otras zonas del país (37.2%), encontrándose la menor proporción de estudiantes con malestar psicológico en los que provienen de la región Metropolitana (10%). No obstante, se debe considerar que estos últimos también son estudiantes que no son de la zona. En cuanto a Teatro, la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico autopercebido provienen de otras zonas del país (31.8%) en comparación con los que son del Gran Valparaíso (21.4%). Según la bibliografía revisada, los estudios señalan que aquellos estudiantes de provincia presentan mayor porcentaje de malestar psicológico que aquellos que viven en la misma ciudad que la que estudian (2, 39), lo cual concuerda con los resultados obtenidos. Los mayores porcentajes de estudiantes con malestar psicológico cuyo origen es de provincia, podrían explicarse por la reducción de la red de apoyo familiar y/o social. Por otra parte, los bajos porcentajes de estudiantes con malestar psicológico provenientes de la región Metropolitana podrían explicarse por el cambio positivo en la calidad de vida existente en la región.

Los resultados de esta investigación muestran en los estudiantes de Diseño un mayor porcentaje de malestar psicológico en los quintiles 1 y 4, con 50% y 45.8% respectivamente, mientras que los estudiantes que pertenecen al quintil 5, solo el 16.7% se perciben con malestar psicológico, siendo este el porcentaje más bajo. En cuanto a los estudiantes de Teatro, el mayor porcentaje se distribuye entre los quintiles 4 (33.3%) y 5 (75%). Diversos estudios revisados señalan que a menor estrato socioeconómico aumenta la incidencia de trastornos de salud mental (11), ubicando a aquellos estudiantes con sintomatología ansiosa y depresiva en niveles socioeconómicos medios o bajos (4), lo cual se condice con los datos obtenidos en Diseño. En Teatro, si bien los resultados no concuerdan con la evidencia, se podría explicar debido a la reducida frecuencia de estudiantes pertenecientes al quintil 5 (2), encontrándose la mayor parte de ellos con malestar psicológico (11), lo que podría condicionar que exista un porcentaje mayor en este quintil.

En cuanto al nivel de preocupación económica, es posible observar en los estudiantes de Diseño, que en aquellos muy preocupados por su situación económica, más de la mitad (54.4%) se percibe con malestar psicológico, mientras que en Teatro existe una proporción similar de estudiantes que se perciben con malestar psicológico medianamente preocupados (20%) y muy preocupados (22.2%). Cabe señalar que en ambas carreras los porcentajes más bajos de estudiantes con malestar psicológico se encuentran en aquellos sin preocupación por su situación económica. Lo anterior concuerda con la evidencia, que indica que el mayor porcentaje de malestar psicológico se distribuye entre los estudiantes con algún grado de preocupación económica, encontrándose cifras similares (54.8%) en un estudio de nuestro país (2). Se debe destacar que la preocupación económica es un aspecto importante en la salud mental de los estudiantes, considerando el elevado costo económico que involucra acceder a la educación superior chilena y el aumento del porcentaje de estudiantes pertenecientes a los dos primeros quintiles que han ingresado a esta en los últimos años (33)

Respecto a trabajo part time, los resultados reflejan que en Diseño, la proporción de estudiantes que se percibe con malestar psicológico es más baja en aquellos estudiantes que trabajan (15.6%). Mientras en Teatro, existen porcentajes similares de estudiantes con malestar psicológico, entre quienes trabajan y aquellos que no realizan esta actividad (28.6% v/s 24.3%). La evidencia señala que no hay una asociación significativa entre malestar psicológico y trabajo part time (2), lo que concuerda con los datos obtenidos en este estudio. Se debe considerar que el trabajo part - time es un factor que puede ser o no una fuente de estrés, considerando sus características (tipo de jornada, rubro, vinculación profesional, etc.), contexto socioeconómico (ingreso principal o complementario) y familiar del estudiante.

Por otro lado, algunos estudios (94,95) establecen que el trabajo part time podría tener un efecto positivo en el rendimiento académico, especialmente cuando se relaciona con el desarrollo profesional, lo que podría estar relacionado con la percepción de malestar psicológico.

Los resultados muestran que en Diseño, el mayor porcentaje de estudiantes con malestar psicológico se observa en cuarto año académico (43.5%), seguido por primer año (37.2%). En cuanto a los estudiantes de Teatro, se evidencia que el mayor porcentaje de estudiantes con malestar psicológico autopercebido se encuentra en primer año (38.5%), descendiendo a medida que se avanzan los años de la carrera, encontrándose un incremento en cuarto año (20%). Respecto al nivel académico, diversos estudios señalan mayor sintomatología de malestar psicológico en primer y

segundo año (4), así como otro estudio evidencia un incremento de malestar en cuarto año (10), lo que concuerda con los resultados encontrados. Lo anterior se explica debido a que en los primeros años de carrera se produce una adecuación al sistema educativo con nuevas responsabilidades, tareas y retos. Así mismo, el aumento del porcentaje de malestar psicológico en los estudiantes de Diseño y Teatro en cuarto año puede deberse a una mayor exigencia asociada a proyectos de título y tesis.

En cuanto a la percepción de rendimiento académico, se observa en Diseño que las mayores proporciones de estudiantes con malestar psicológico se encuentran entre aquellos que perciben su rendimiento como *regular* (37.1%) y *deficiente* (33.3%). Respecto a Teatro, se tiene que la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico se encuentra en aquellos estudiantes que perciben su rendimiento como *regular* (36.4%). La evidencia existente concuerda con los resultados obtenidos, ya que refleja una asociación entre bajo rendimiento académico y malestar psicológico (36).

En los estudiantes de Diseño con malestar psicológico, se observa una distribución similar tanto para quienes se encuentran atrasados en la malla académica (35.3%) y quienes no (32.1%). En cuanto a los estudiantes de Teatro con malestar psicológico, se aprecia una situación similar, encontrando un 24% con atraso en la malla y un 26.3% sin atraso, por lo cual los resultados no arrojan diferencias significativas entre los estudiantes con y sin malestar psicológico. Sin embargo, la evidencia revisada sugiere una correlación directamente proporcional entre atraso en la malla académica y malestar psicológico (40). En los estudiantes de Diseño y Teatro, lo anterior podría deberse a la flexibilidad de su malla académica, que les permite avanzar a pesar de la reprobación de asignaturas.

Diversos estudios señalan que aquellos estudiantes que manifiestan algún grado de insatisfacción con la carrera, presentan mayor prevalencia de malestar psicológico que aquellos que se encuentran totalmente satisfechos (2). Lo anterior concuerda con lo evidenciado tanto en los estudiantes de Diseño y Teatro. En la primera carrera, cerca de la mitad de los estudiantes con malestar psicológico se encuentran medianamente satisfechos (44.6%) y totalmente insatisfechos (40%). En cuanto a los estudiantes de Teatro con malestar psicológico, cerca de un tercio de ellos se encuentra medianamente satisfecho (30.8%) y un cuarto totalmente insatisfechos (25%).

Respecto al apoyo social percibido en Diseño, se observa que a medida que aumenta el nivel de apoyo social percibido, disminuye la proporción de estudiantes con malestar psicológico, encontrándose el mayor porcentaje de ellos en quienes perciben un *Apoyo bajo* (90%). En Teatro, la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico se encuentra en aquellos con *Apoyo moderado* (35%), disminuyendo este porcentaje en casi la mitad en los que tienen *Apoyo alto* (16.7%). Lo anterior concuerda con la evidencia revisada, que asocia el apoyo social percibido bajo con malestar psicológico, donde la ausencia de redes familiares, amigos y/o conocidos que ayuden moral, emocional y materialmente a una persona se relaciona con una mayor presencia de síntomas de malestar físicos y psicológicos (13). Lo anterior sugiere que el apoyo de amigos, familia y pareja es un factor que permite mantener una percepción satisfactoria del apoyo social, aun cuando existen presiones en el ámbito universitario.

Una percepción satisfactoria de apoyo social podría estar revelando que, si bien existen presiones en el aspecto universitario, los estudiantes cuentan con apoyo de amigos, familias y pareja o persona significativa (96).

El análisis de los resultados evidencia que los estudiantes con *Autoeficacia baja o moderada* son los que reportan mayores porcentajes de malestar psicológico. Es así como en Diseño, se tiene que la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico se encuentra en los que refieren *Autoeficacia baja* (75%), siendo en Teatro los estudiantes con *Autoeficacia moderada* los que tienen la mayor proporción de malestar psicológico, con un 33.3%. Estos hallazgos coinciden con la evidencia analizada (41,43) la cual señala que las personas que se consideran menos capaces para afrontar las demandas del entorno tienden a aumentar sus deficiencias y disminuir sus recursos personales, lo cual conduce a experimentar estrés. Según esto, los estudiantes de Diseño y Teatro con los menores niveles de autoeficacia percibirán negativamente diferentes situaciones académicas, lo cual puede constituir una amenaza para su propio bienestar, así como también índices de malestar físico y psicológico informados (42).

## **5.2 Limitaciones del estudio**

- La presente investigación es de tipo descriptiva, lo que no permitió correlacionar los datos para determinar si hay relaciones estadísticamente significativas entre las variables.
- La inexistencia de evidencia científica sobre el fenómeno en estudio, en estudiantes de Diseño y Teatro u otras carreras afines, limitó la interpretación de los resultados puesto que no permitió una comparación con otras investigaciones.
- El análisis de la prueba piloto no permitió captar la dificultad de las preguntas dirigidas a conocer el promedio de horas de estudio personal, clases y/o talleres y de recreación, obteniendo una baja muestra lo que no permitió un análisis correcto, razón por lo cual estas variables fueron eliminadas del estudio.
- La extensión del instrumento, conformación y características de este, podría haber incidido en la omisión de preguntas
- El tamaño reducido de la muestra en Teatro, podría haber arrojado resultados menos representativos debido a la baja frecuencia de los estudiantes que respondieron el cuestionario.

## **5.3 Conclusiones**

- El presente estudio permitió determinar la prevalencia de malestar psicológico autopercebido en estudiantes de las carreras de Diseño y Teatro, y realizar una valoración de acuerdo al Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Nola Pender, extrapolándose diversos componente de éste a las variables abordadas. Lo anterior, enfocado a la promoción del bienestar psicológico y salud mental de los estudiantes universitarios.
- En este estudio, los resultados evidenciaron que el porcentaje de estudiantes con malestar psicológico en Diseño (33.6%) y Teatro (25%) es levemente inferior en comparación a la revisión bibliográfica, pero no por ello menos relevante.

- Además se observó que tanto en Diseño como en Teatro, el porcentaje de estudiantes con dificultades en las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales y rol social, es similar al porcentaje total de estudiantes con malestar psicológico.

- En el área de sintomatología, Diseño es la carrera que presentó mayor porcentaje de estudiantes con dificultades en este ámbito, lo que se manifiesta a través de la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, como también desórdenes de ajuste y estrés.

- Respecto a relaciones interpersonales, el mayor porcentaje de estudiantes con dificultades en esta área se encuentra en la carrera de Diseño. Tales dificultades en este ámbito se expresan como insatisfacción en sus relaciones más cercanas, conflictos con otros, problemas con la familia y la pareja.

- En relación al rol social, se encontraron porcentajes similares de estudiantes de Diseño y Teatro con dificultades en esta área, las que se manifiestan con problemas en el ajuste del rol social, conflicto en el lugar de estudio, estrés e ineficiencia.

Respecto al malestar psicológico autopercibido según las variables sociodemográficas, se observó:

- En cuanto al sexo, el mayor porcentaje de estudiantes que se percibe con malestar psicológico en Teatro corresponde a estudiantes mujeres, mientras que en la carrera de Diseño, a estudiantes hombres, lo cual difiere con la realidad epidemiológica que señala que la mujeres presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental.

- En lo que respecta a la edad de los estudiantes, los resultados muestran una tendencia, en ambas carreras, a concentrar la mayor proporción de aquellos con malestar psicológico a edades menores.

- En relación a la procedencia de origen, aquellos que provienen de zonas diferentes al Gran Valparaíso, representan la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico. Paralelamente la menor proporción los estudiantes que se perciben con malestar psicológico provienen del área Metropolitana.

- Respecto al nivel socioeconómico, en Diseño se encontró que la mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico autopercibido se ubicó en el primer quintil, a diferencia de Teatro, que se

situó en el cuarto y quinto quintil, cuyos resultados en esta carrera no se condicen con la literatura revisada.

- Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que hay una mayor proporción de estudiantes con malestar psicológico a medida que aumenta la preocupación por su situación económica.

- La investigación no arrojó una mayor frecuencia de estudiantes con malestar psicológico y trabajo part-time, puesto que en Diseño la proporción de estudiantes con malestar psicológico que trabajan es menor que aquellos que no realizan esta actividad, mientras que en Teatro los estudiantes que se perciben con malestar psicológico, en ambos grupos son similares. Esta realidad concuerda con la revisión bibliográfica.

En relación al malestar psicológico autopercibido según las variables académicas, se obtuvo que:

- En cuanto a año académico, la mayor proporción de estudiantes de Teatro con malestar psicológico se encuentra en primer año, mientras que en Diseño el segundo mayor porcentaje corresponde a los que cursan este nivel.

- Por otra parte, un rendimiento académico regular se vincula con la mayor proporción de malestar psicológico autopercibido, tanto en Diseño y Teatro.

- Respecto al atraso en la malla académica, se puede concluir que ésta no incide en una mayor percepción de malestar psicológico para ninguna de las carreras en estudio, pues el porcentaje de estudiantes con malestar psicológico es similar en aquellos con y sin atraso en la malla académica.

- En relación al grado de satisfacción con la carrera, se evidencia en los estudiantes de Diseño y Teatro que percibir algún grado de insatisfacción, se vincula con una mayor presencia de malestar psicológico, lo cual concuerda con los estudios revisados referentes al área de la salud.

- Según las variables psicosociales, en ambas carreras los resultados mostraron una disminución en la proporción de estudiantes con malestar psicológico a medida que aumenta el nivel de apoyo social. Así mismo, se evidencia una disminución en la proporción de estudiantes que perciben malestar psicológico a mayor nivel de autoeficacia.

#### **5.4 Sugerencias.**

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere lo siguiente:

- Realizar nuevas investigaciones en carreras afines al campo estudiado, incluyendo aspectos no abordados por el MPS, tales como la conducta relacionada previa, beneficios percibidos de acción, afecto relacionado con la actividad y potencial suicida, con el fin de profundizar y comparar los resultados encontrados.
- Difundir en la comunidad de la Universidad de Valparaíso, los hallazgos encontrados para aportar con conocimientos actualizados respecto a la realidad de esta problemática en la casa de estudio.
- Dar a conocer los resultados al cuerpo directivo de ambas Escuelas, con el fin de contribuir a la incorporación de medidas que promuevan el bienestar psicológico de los estudiantes.
- Incentivar que ambas escuelas fomenten el desarrollo de competencias personales en los estudiantes, que les permitan afrontar los desafíos propios de su área de estudio. Evaluando la posibilidad de incorporar talleres o crear espacios durante las horas de clases que aborden temas de desarrollo personal guiados por docentes capacitados en el área.
- Gestionar la posibilidad de que profesionales idóneos capaciten al cuerpo académico de ambas escuelas, para que estos desarrollen las herramientas para detectar sintomatología y factores que hagan al estudiante más vulnerable de presentar problemas de salud mental, como procedencia de origen de otras zonas del país, desempeño académico regular, bajo apoyo social, autoeficacia baja, así como también realizar un primer acercamiento e intervención.
- Socializar en ambas escuelas las posibilidades de apoyo psicológico que existen para los estudiantes en la Universidad de Valparaíso; Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA) y Centro de Atención Psicológica (CAPSI).
- Ayudar a formular en ambas carreras un conducto regular que permita derivar oportunamente, por parte de los docentes, a aquellos estudiantes que presenten problemas sugerentes de salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espíndola JG, Morales-Carmona F, Díaz E, Pimentel, Meza P, Henales C, et al. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *PerinatolReprodHum*. 2006; 20(4): 112-122.
2. Herrera M, Rivera M. Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011. [Acceso 2 Ago 2015]; 17(2): 55-64. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532011000200007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532011000200007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200007>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza; 2001
4. Antúnez Z, Vinet E. Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revméd Chile* [Internet]. 2013. [Acceso 2 May 2015]; 141(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013000200010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200010)
5. Consejo Nacional de Educación. Índices: Estadísticas y bases de datos, Índices Educación Superior [Internet]. CNED; 2014. [Actualizado 2014; Acceso 23 Abr 2015]. Disponible en: [http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/Indices\\_Sistema.aspx](http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesPostulantes/Indices_Sistema.aspx)
6. Balanza S, Morales I, Guerrero J, Conesa A. Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicofamiliares durante el curso 2004-2005. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2008 [Acceso 2 May 2015]; 82(2): 189-200. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272008000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272008000200005&lng=es)

7. Gutiérrez J, Montoya L, Toro B, Briñón M, Rosas E, Salazar L. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Rev. CES Med. [Internet]. 2010. [acceso 30 jul 2015]; 24(1): 7-17. Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012087052010000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012087052010000100002&lng=en)
8. Cova F, Alvial W, Aro M, Bonifetti A, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. Ter Psicol. [Internet]. 2007. [Acceso 22 Abr 2015]; 25(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001&lng=es&nrm=iso)
9. Labarca A, Fuhrmann I. Familia, salud mental y rendimiento en estudiantes universitarios. Rev. de Familias y Terapias. [Internet]. 2011. [Acceso 21 Dic 2015]; 20(30): 35-43. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3784302>
10. Armstrong L, Rivera M. Malestar psicológico en estudiantes de enfermería de la universidad de Valparaíso y su relación con variables sociodemograficas, académicas y familiares. [Tesis de magister]; Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2008.
11. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, et al. Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. PLoS ONE [Internet]. 2013. [acceso 31 jul 2015]; 8(11): 10.1371. Disponible en:<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058379>
12. Salanova M, Martinez I, Bresó E, Llorens G. Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. Rev. Anales de Psicología. [Internet]. 2005 [Acceso 3 Mar 2015]; 21(1): 170-80. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/16-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/16-21_1.pdf)
13. Páez D, Iraurgi J, Valdosedá M, Fernández I. Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. Bol.S. Vasco-Nav.Ped. 1993; XXVII (87): 34 – 48.
14. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Programa de Salud Mental [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [Acceso 24 Nov 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/salud-mental/>

15. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Rev. chil. neuro-psiquiatr [revista en Internet]. 2002 [citado 4 Oct 2015]; 40 (2): 8-19. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci_arttext)
16. Firmino S, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa S, Lima C, Carvalho A, Santos M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2013 [acceso 10 Ene 2016]; 12(32): 260-269. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es).
17. Sakraida T. El modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2011. p. 434-453.
18. De la Parra G, Von Bergen A. Medición de los resultados en psicoterapia: Uso del OQ.45.2, un instrumento validado en Chile. Rev GU. 2006; 2 (2): 208-222.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas y Proyectos: Cerrar la brecha en Salud Mental [Internet]. OMS; 2010 [Actualizado 7 Oct 2010, acceso 22 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap\\_forum\\_20101007/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/)
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington DC, Estados Unidos; 2014
21. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta [Internet]. OMS; 2014 [Actualizado Ago 2014, acceso 20 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
22. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos; 2009.
23. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos; 2013.
24. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington DC, Estados Unidos; 2014.

25. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. Washington DC, Estados Unidos; 2014
26. Vicente B, Rioseco P, Saldivia B, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Revméd Chile. [Internet]. 2002. [Acceso 20 Abr 2015];130(5). Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&nrm=isso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&nrm=isso)
27. Echávarri O, Maino M, Fischman R, Morales S, Barros J. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas UC. [Internet]. 2015 [acceso 15 Dic 2015]. Disponible en: <http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
28. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2010. Santiago de Chile; 2011.
29. Jiménez A, Abarzúa M. Centro de Investigación Periodística (CIPER) [Internet]. Santiago de Chile; 2014 [Actualizado 2014; acceso 21 Dic 2015]. Disponible en: <http://ciperchile.cl/2014/03/26/deuda-pendiente-desigualdad-y-trastornos-mentales-de-ninos/>
30. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry.[Internet]. 2012. [Acceso 21 Dic 2015]; 53(10):1026-35.Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/225080255\\_Prevalence\\_of\\_child\\_and\\_adolescent\\_mental\\_disorders\\_in\\_Chile\\_A\\_community\\_epidemiological\\_study](https://www.researchgate.net/publication/225080255_Prevalence_of_child_and_adolescent_mental_disorders_in_Chile_A_community_epidemiological_study)
31. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile; 2013.
32. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [Internet]. MINSAL; 2014. [Actualizado 2014; Acceso 15 Jun 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/>

33. Libertad y Desarrollo. CASEN 2011: Aumento de cobertura en Educación Superior en los primeros quintiles [Internet]. LYD; 2012. [Acceso 23 Abr 2015]. Disponible en: <http://lyd.org/wp-content/uploads/2012/09/Cobertura-ed-superior-por-quintil-y-tipo-IES-CASEN-2011.pdf>
34. Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Ter Psicol [Internet]. 2011. [Acceso 1 Jul 2015]; 29(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100006&script=sci_arttext)
35. Baader T, Rojas C, Molina JL, Gotelli M, Álamo C, Fierro C, et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. Revchil neuro-psiquiatr [Internet]. 2014. [Acceso 10 Jul 2015]; 52 (3). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272014000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272014000300004&script=sci_arttext)
36. Riveros A, Rubio T, Candelario J, Mangín M. Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de profesiones de pronta ocupación. Revlatinoampsicol [Internet]. 2013. [Acceso 5 Jul 2015]; 45(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-053420130002000092.2](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-053420130002000092.2)
37. Liébana-Presa C, Fernández-Martínez ME, Ruiz A, Muñoz-Villanueva MC, Vasquez Casares AM, Rodríguez-Borrego MA. Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con engagement académico. [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2014. [acceso 22 ene 2016]; 48(4):715-22. Disponible en: <http://www.scielo.br/.../0080-6234-reeusp-48-04-715.pdf>
38. Geemp R, Avendaño C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. Ter Psicol. [Internet]. 2008. [Acceso 22 ene 2016]; 26 (1): 39-58. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100004)
39. Balanza S, Morales I, Guerrero J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. Clínica y Salud. [Internet]. 2009. [acceso 22 ene 2016]; 20(2): 177-187. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

40. Burgos, M. Calidad de vida y estrés de los estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile, 2 semestre académico 2013 [Tesis de pregrado]; Valdivia (Chile): Universidad Austral de Chile, Valdivia; 2004.
41. Paoloni, PV, Bonetto, V. Creencias de autoeficacia y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista Psicología Científica [Internet]. 2013. [acceso 10 Ago 2015]; 15(5). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/creencias-de-autoeficacia-y-rendimiento-academico>
42. Fundación Dialnet [Internet]. La Rioja, España: Dialnet; 2001 [actualizado 19 Ene 2015; acceso 20 Dic 2015]. Resumen de artículo. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3120899>
43. Universitat Jaume I (UJI) [Internet]. Valencia, España: UJI; 1991 [actualizado Ene 2016; acceso 19 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi12/4.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Un Estado de Bienestar. OMS; 2008. [Actualizado Dic 2013, Acceso 14 Dic 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
45. Sánchez E, Álvaro JL. Medición de la salud mental. Revista Chilena de Salud Pública. [Internet]. 2002. [Acceso 14 dic 2015];6(1): 41-51.
46. Peña L, Clavijo A, Casas L, Fernández Y, Bermudez O, Ventura R. Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. RevCubMed Mil [Internet]. 2013. [Acceso 1 Dic 2015]; 42(2): 221-234. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200011&lng=es)
47. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Tema de Salud de la OMS: Salud mental. [Internet]. PAHO; 2010 [Actualizado Jun 2010, Acceso 18 Sept 2015]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=210&Itemid=40242](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=210&Itemid=40242)
48. Blum, R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. 2da Ed. Mexico DF (Mex): Mc Graw Hill; 2000. 656-672p

49. Cillán, JU. La protección de la juventud por el Derecho internacional. En: Especial referencia a la Convención Iberoamericana de los derechos de los jóvenes. En: I Congreso sobre retos sociales y jurídicos para los menores y jóvenes del siglo XXI; Granada, 23-24 de abril de 2013. Granada: Comares Editores; 2013. p. 42.
50. Reynaldos C, Saavedra E. Caracterización cognitiva y emocional de los estudiantes de la Universidad Católica del Maule: Años 1999, 2001, 2003. *Estud. pedagóg.* 2006; 32(2): 87-102
51. Alpízar L, Bernal M.. La Construcción Social de las Juventudes. Notas de investigación [internet]. 2003. [acceso 21 de Dic 2015]; 11(19), 105-123. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071822362003000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822362003000200008&lng=es&nrm=iso)>
52. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Arroyo, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología.* 2011; 20 (2): 149
53. Carrasco E, Osses S. Estudio del perfil valórico: El caso de los estudiantes de primer nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. *Estudios pedagógicos.* 2005; 21(1): 7-32
54. Almonte C, Correa A, Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago (Chile): Mediterráneo Ltda. 2003. 37-61p.
55. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia temprana y tardía. UNICEF; 2011. [Actualizado 25 abr 2015, acceso 10 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
56. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J, Klein D, Gotlib I. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *Am J Journal Psychiatry.* 2000; 157 (10): 1584-1597.
57. Lázarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona (es): Martínez Roca; 1986.

58. Barraza A, Acosta M. El estrés de examen en educación media superior. Caso Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Juárez del Estado de Durango. *Innovación Educativa* 2007; 7: 17-37.
59. Ochoa E. *Psicología médica, Sicopatología y Psiquiatría*. Madrid (Es): Interamericana-McGraw-Hill; 1990.
60. Hernández GG, Orellana VG, Kimelman JM, Nuñez MC, Ibáñez HC. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *RevMéd Chile* [Internet]. 2005 [acceso 15 Jul 2015]; 133: 895-902. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000800005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005)
61. Spielberger, C. *Tensión y Ansiedad*. Ciudad de Mexico (Mx): Harla; 1980.
62. Lang, P. Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*. 1968; 3.
63. Navas J. Ansiedad ante los exámenes. Algunas explicaciones cognitivasconductuales. *Revista de aprendizaje y comportamiento*. 1989; 7(1)
64. Papalia D. *Psicología*. Madrid (Es): Mc Graw-Hill; 1994.
65. Bensabat S, Selye H. *Stress*. Madrid (ES): Editorial Mensajero; 1987.
66. González Ceinos Martha. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2007. [Acceso 4 Dic 2015]; 23(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es).
67. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud Mental: Depresión* [internet]. OMS; 2015. [Actualizado Oct 2012; Acceso 18 Sept de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

68. Eaton W, Ritter C. Distinguishing anxiety and depression with field survey data. *Psychol Med.* 1988; 18 (1): 155-166.
69. Landero, R. y González, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16 (2), 149-157.
70. Gracia E, Herrero, J, Musita, G. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. Madrid (Es): Editorial Síntesis; 2002.
71. Pernice-Duca F. Family Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and FamilyTherapy.* 2010; 36(1): 13-27.
72. Feldman L, Concalves L, Chacon-Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolano. *UnivPsychol.* 2008; 7 (3): 739-751.
73. Román, C, Hernández, R. Variables psicosociales y su relación con el desempeño académico de estudiantes de primer año de la Escuela Latinoamericana de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación.* [Internet]. 2005. [Acceso 18 Sept 2015];37 (2): 1-8. Disponible en <http://www.rioei.org/deloslectores/1085Collazo.pdf>
74. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas y Proyectos [Internet]. OMS; 2010 [Acceso 22 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap\\_forum\\_20101007/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/)
75. Bandura, A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *RevistaEvaluar.* 2001; 2(15): 7-37.
76. Blanco H, Ornelas M, Aguirre JF, Guedea JC. Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *REDIE. Revista electrónica de Investigacion Educativa.* [Internet]. 2012. [Acceso 18 Sept 2015]; 17 (53): 555-71. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662012000200011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662012000200011)
77. Bandura, A. Exercise of personal and collective efficacy. Massachusetts (EEUU): University of Cambridge; 1995).

78. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4ta ed. Upper Saddle River, NJ (USA): Pearson Prentice-Hall; 2004.p.60.
79. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM. [Internet]. 2011. [acceso 8 ene 2016];8(4). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991/30231>
80. Giraldo A, Toro MY, Macías MA, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia promoc. Salud. [Internet]. 2010. [acceso 8 ene 2016]; 15(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en).
81. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. [Internet] 1988 [citado 10 Mar 2015]; 52 (1): 30-41. Disponible en: <http://www.yorku.ca/rokada/psycytest/socsupp.pdf>
82. Zimet G, Powell S, Farley G, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived. Journal of Personality Assessment [revista en Internet].1990 [citado 12 Mar 2015]; 55(3-4): 610-617. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Gregory\\_Zimet/publication/20876408\\_Psychometric\\_characteristics\\_of\\_the\\_Multidimensional\\_Scale\\_of\\_Perceived\\_Social\\_Support/links/02e7e521b87eb98210000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Gregory_Zimet/publication/20876408_Psychometric_characteristics_of_the_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support/links/02e7e521b87eb98210000000.pdf)
83. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology. Causal and control beliefs.[Internet]. 1995. Windsor, England: Wfer-Welson. [citado 30 Abr 2015]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm>
84. De la Parra G, Von Bergen A. OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. Rev Ter Psicol.[Internet]. 2002 [acceso 30 jul 2015]; 20 (2): 161-76. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/263314562\\_OQ452\\_CUESTIONARIO\\_PARA\\_EVALUACION\\_DE\\_RESULTADOS\\_Y\\_EVOLUCION\\_EN\\_PSICOTERAPIA\\_ADAPTACION\\_VALIDACION](https://www.researchgate.net/publication/263314562_OQ452_CUESTIONARIO_PARA_EVALUACION_DE_RESULTADOS_Y_EVOLUCION_EN_PSICOTERAPIA_ADAPTACION_VALIDACION)

[N E INDICACIONES PARA SU APLICACION E INTERPRETACION OQ452 AN OUTC  
OME QUESTIONNAIRE FOR MONITORING CH](#)

85. De la Parra G, Von Bergen A, del Río M. Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary Findings. Rev. chil. neuro-psiquiatr.[revista en Internet] 2002[citado 15 Mar 2015]; 40(3): 201-209. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000300003&script=sci_arttext)

86. Streiner D. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. J Pers Assess [revista en Internet]. 2003[citado 12 Mar 2015]; 80 (3): 217-222. Disponible en:[http://www.researchgate.net/profile/David\\_Streiner2/publication/10745530\\_Being\\_inconsistent\\_about\\_consistency\\_when\\_coefficient\\_alpha\\_does\\_and\\_doesn%27t\\_matter/links/02e7e51ed83c7b4530000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/David_Streiner2/publication/10745530_Being_inconsistent_about_consistency_when_coefficient_alpha_does_and_doesn%27t_matter/links/02e7e51ed83c7b4530000000.pdf)

87. Arechabala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Cienc. Enferm. [revista en Internet]. 2002 Jun [citado 05 Abr 2015 ]; 8(1):49-55. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es)

88. Ortíz M, Baeza M. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Universitas psychologica. [revista en Internet]. 2011 [citado 06 Abr 2015 ]; 10 (1): 189-96. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/524/791>

89. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. Ansiedad y Estrés. [revista en Internet]. 1996 [citado 12 May 2015]; 2 (1): 1-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>

90. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang J. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. Journal of Applied Psychology. [revista en Internet]. 1997 [citado 12 May 2015]; 46 (1): 69-88. Disponible en: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/schwa\\_baessler1997.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/schwa_baessler1997.pdf)

91. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev. méd. Chile [revista en Internet]. 2010 Mayo [citado 10 May 2015]; 138( 5 ): 551-557. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000500004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004&lng=es)
92. Schwarzer R. Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale. [Internet].2011. [citado 12 May 2015]. Disponible en: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff\\_public.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff_public.htm)
93. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2010. [acceso 26 ene 2016]; 138(3). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es)
94. Carrillo S, Ríos JG. Trabajo y rendimiento escolar de los estudiantes universitarios. El caso de la Universidad de Guadalajara, México. Rev. educ. [Internet]. 2013. [acceso 27 ene 2016];42 (166): 9-34. Disponible en: [www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-27602013000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-27602013000200001&script=sci_arttext)
95. Barahona R. Factores determinantes del rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad de Atacama. Estud. pedagóg. [Internet]. 2014- [acceso 27 ene 2016];40 (1):25-39. Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052014000100002&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052014000100002&script=sci_arttext)
96. Dávila A, Ruiz R. Niveles de Ansiedad, Depresión y Percepción de Apoyo Social en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. [Memoria para optar al Título de Psicólogo]. Santiago: Escuela de Psicología, Universidad de Chile; 2010.

## ANEXOS

### 1. Instrumento utilizado para la recolección de los datos.

**ESTUDIO "NIVEL DE MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN ALGUNOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y PSICOSOCIALES, EN ESTUDIANTES DE DISEÑO Y TEATRO DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015"**

Estimada(o) Estudiante:

El presente instrumento ha sido elaborado para conocer la presencia de problemas emocionales percibidos por los estudiantes según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales en universitarios de las carreras de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso.

Para ello, te solicitamos que respondas a todas las preguntas con veracidad. Recuerda que tus respuestas serán manejadas anónima y confidencialmente por los investigadores.

Te agradecemos sinceramente tu participación y el tiempo que dedicarás a responder este cuestionario. El cuestionario consta de cuatro ítems con preguntas de respuesta cerrada:

- Ítem I: Datos sociodemográficos y académicos.
- Ítem II: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
- Ítem III: Escala de Autoeficacia General de Bandura
- Ítem IV: Escala OQ 45-2.

#### **A.-CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

Marca con una X la alternativa correcta en tu caso, o escribe la respuesta en el espacio indicado.

1.-EDAD:	
2.-SEXO	a)Mujer __ b)Hombre __
3.- ¿CUAL ES TU REGIÓN Y CIUDAD DE ORIGEN?	3.a.-Región: _____ 3.b.-Ciudad: _____
4.-NOMBRA LA CIUDAD EN LA QUE VIVES DURANTE EL AÑO ACADÉMICO	
5.- ¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL CON QUE CUENTA TU FAMILIA? (considerando el ingreso mensual de todos los integrantes)	
6.- ¿CUÁNTAS PERSONAS CONFORMAN TU HOGAR FAMILIAR DE ORIGEN?	
7.- ¿SIENTES PREOCUPACIÓN RESPECTO A TU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL?	a)Nada preocupado__ b)Medianamente preocupado__ c)Muy preocupado__

8.-TRABAJO PART TIME	a) Sí __ b) No __
9.-CARRERA A LA QUE PERTENECES:	a) Diseño b) Teatro
10.-AÑO DE INGRESO A LA CARRERA:	
11.-CURSO ACTUAL EN EL QUE TE ENCUENTRAS (considerando atraso en los estudios, si es que los hay)	a) 1er año __ b) 2do año __ c) 3er año __ d) 4to año __ e) 5to año __ e) 6to año __
12) 12.a.-TE ENCUENTRAS ATRASADA(O) CON LA MALLA ACADÉMICA DE TU CARRERA ( SI NO TE ENCUENTRAS ATRASADA(O) PASA A LA PREGUNTA Nº 13 12.b.-.¿A QUÉ SE DEBE TU ATRASO EN LA MALLA ACADÉMICA?	a) Sí b) No  a)Reprobación de asignatura(s) __ b)“Congelar” por motivos económicos__ c)“Congelar” por otros motivos__  Indicar cual:_____
13.- ¿CÓMO PERCIBES TU DESEMPEÑO ACADÉMICO?	a)Muy bueno __ b)Bueno __ c)Regular __ d)Deficiente__
14.-NÚMERO DE RAMOS QUE TIENES ESTE SEMESTRE:	
15.-NÚMERO PROMEDIO DE HORAS DIARIAS EN CLASES Y/O TALLERES:	
16.- ¿TE SIENTES SATISFECHO CON TU CARRERA?	a)Totalmente satisfecho __ b)Medianamente satisfecho __ c)Totalmente Insatisfecho __
17.-PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DEDICADAS AL ESTUDIO PERSONAL	
18.- PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DEDICADAS A TU RECREACIÓN	

**B.-Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet**

La siguiente escala busca medir el apoyo social que sientes respecto a tu familia, amigos y otras personas significativas, en diversas situaciones. Por favor marca con una x la respuesta que más te caracterice (1 significa casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia, y 4 siempre o casi siempre).

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>
1-Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar.	1	2	3	4
2-Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4
3-Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.	1	2	3	4
4-Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	1	2	3	4
5-Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	1	2	3	4
6-Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	1	2	3	4
7-Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	1	2	3	4
8-Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
9-Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.	1	2	3	4
10-Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.	1	2	3	4
11-Mi familia me ayuda a tomar decisiones.	1	2	3	4
12-Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

**C.-Escala de Autoeficacia General de Bandura**

Esta escala busca medir la manera en que percibes tu capacidad para enfrentar nuevas tareas y adaptación respecto a diversas situaciones. Marca con una x la respuesta que más te identifique frente a cada una de las afirmaciones (el número 1 indica que es incorrecto, el 2 que es apenas cierto, 3 más bien cierto y 4 cierto).

	<b>Incorrecto</b>	<b>Apenas Cierto</b>	<b>Más bien cierto</b>	<b>Cierto</b>
1-Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2-Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3-Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4-Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5-Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6-Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7-Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8-Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9-Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10-Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

**D.-Cuestionario OQ-45.2.**

Lee cuidadosamente las frases y marca con una x la categoría que mejor describa cómo te sientes esta semana (**últimos 7 días, incluyendo el día de hoy**). En el cuestionario los términos de **“PAREJA y MATRIMONIO”** pueden ser OMITIDOS de acuerdo a tu situación personal.

	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Con Frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1-Me llevo bien con otros.					
2-Me canso rápidamente.					
3-Nada me interesa.					
4-Me siento presionado (estresado) en la universidad.					
5-Me siento culpable.					
6-Me siento irritado, molesto.					
7-Me siento contento con mi pololo(a).					
8-Pienso en quitarme la vida					
9-Me siento débil.					
10-Me siento atemorizado.					
11-Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior (si esto no le ocurre marque nunca).					
12-Encuentro satisfacción en mi universidad.					
13-Soy una persona feliz.					
14-Estudio excesivamente ( más de la cuenta).					
15-Me siento inútil.					
16-Me angustian los problemas de mi familia.					
17-Mi vida sexual me llena.					
18-Me siento solo					
19-Discuto frecuentemente					
20-Me siento querido y que me necesitan					

21-Disfruto mi tiempo libre					
22-Tengo dificultades para concentrarme					
23-Me siento sin esperanza en el futuro					
24-Estoy contento conmigo mismo					
25-Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer					
26-Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo ( no se refiere a medicamentos recetados) ( si esto no le ocurre marque nunca)					
27-Tengo malestares estomacales					
28-Estudio tan bien como lo hacía antes					
29-Mi corazón palpita demasiado					
30-Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos					
31-Estoy satisfecho con mi vida					
32-Tengo problemas en la universidad debido a las drogas o al alcohol (si esto no le ocurre marque nunca).					
33-Siento que algo malo va a ocurrir					
34-Tengo los músculos adoloridos					
35-Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etc.					
36-Me siento nervioso					
37-Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos					
38-Siento que me va bien en la universidad.					
39-Tengo muchas discusiones en la universidad.					
40-Siento que algo anda mal con mi mente.					
41-Tengo dificultades para dormir o no me puedo quedar dormido.					

42-Me siento triste.					
43-Mis relaciones con otros me satisfacen.					
44-Me enoja tanto en la universidad que puedo hacer algo de lo que me puedo arrepentir.					
45-Me dan dolores de cabeza					

## 2. Cartas de resultados del OQ 45.2 para estudiantes.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
 ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PSEUDONIMO DE ESTUDIANTE:**

### **RESULTADO CUESTIONARIO NIVEL DE MALESTAR PSICOLOGICO OQ/45.2**

**Estudio:** “Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015”.

Estimada(o) Estudiante:

Cumpliendo con lo acordado sobre tu derecho a acceder al resultado del CUESTIONARIO DE NIVEL DE MALESTAR PSICOLOGICO (OQ-45.2), te informamos que el resultado obtenido por ti es de XX puntos.

Esto significa que actualmente te percibes con niveles de malestar psicológico. Por ello, si es que actualmente no te encuentras en tratamiento psicológico, tienes la posibilidad de consultar en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de nuestra Universidad, ubicado en Avda. Brasil #2140, Valparaíso, enviando un e-mail a Javier Morán (javier.moran@uv.cl), psicólogo coordinador del CAPSI. Es importante que menciones tu participación en este estudio.

Si necesitas otra orientación u apoyo, estoy a tu disposición al mail lucy.armstrong@uv.cl, o al teléfono 32-2507427

**Lucy Armstrong B.  
Investigadora Principal**

Valparaíso, 16 de Noviembre de 2015

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PSEUDONIMO DE ESTUDIANTE:**

**RESULTADO CUESTIONARIO NIVEL DE MALESTAR PSICOLOGICO OQ/45.2**

**Estudio:** “Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores sociodemográficos, académicos y psicosociales en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015”.

Estimada(o) Estudiante:

Cumpliendo con lo acordado sobre tu derecho a acceder al resultado del CUESTIONARIO DE NIVEL DE MALESTAR PSICOLOGICO (OQ-45.2), te informamos que el resultado obtenido por ti es de XX puntos.

Esto significa que te percibes con bienestar psicológico.

**Lucy Armstrong B.  
Investigadora Principal**

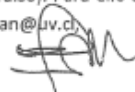
Valparaíso, 16 de Noviembre de 2015

**3. Consentimiento informado y Acta para participantes.**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado "Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, académicos y psicosociales en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015, cuya investigadora principal es la Lucy Armstrong Barea, Mg. Enfermera-Matrona, en colaboración de las co-investigadoras Celeste Almonacid Serantes, Natalia Araya Zuleta, Camila Astudillo Griffiths, Camila Fuentevilla Maturana, Bárbara Mora Méndez, y Camila Pozo Jeria. Para que puedas tomar una decisión informada, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu colaboración:

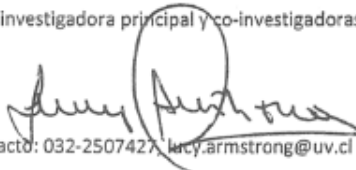
1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación: La investigación se realizará en las dependencias de las escuelas de Teatro y Diseño, durante el segundo semestre del año 2015.
2. Relevancia del estudio y beneficios: Es de interés conocer los niveles de malestar psicológico en estudiantes, ya que durante la vida universitaria se viven complejos procesos de adaptación, los que junto a las exigencias académicas, producen una tensión significativa que puede alterar el bienestar psicológico y rendimiento académico. Ello también será de utilidad para el diseño e implementación de estrategias de promoción y prevención de la salud mental de los estudiantes que pertenecen a dichas carreras.
3. Objetivos: Como objetivo se encuentra el describir el nivel de malestar psicológico autopercebido según factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de las escuelas de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015.
4. En qué consiste tu participación: Tu participación es voluntaria, y tu decisión de participar o no en ningún caso afectará tu presente o futura condición académica como estudiante de esta Carrera. Si te sientes incómoda/o al responder los cuestionarios que tocan aspectos personales de tu vida, siéntete libre de responder lo que puedas y de retirarte de la investigación en cualquier momento. Ello no afectará tu relación con esta casa de estudios en ninguna instancia. Tu participación además, consiste en responder un instrumento que contiene cuatro secciones. Hemos estimado que responderlos te tomará más o menos 30 minutos. Ellos, son: Cuestionario de características demográficas y académicas, Cuestionario OQ-45.2, para medir malestar psicológico, Escala de apoyo social percibido, y la Escala de autoeficacia general percibida.
5. Riesgos: No hay riesgos conocidos por participar en este estudio. En caso de presentar alguna dificultad emocional al momento de contestar los cuestionarios, las co-investigadores han recibido capacitación en contención emocional por el Psicólogo Felipe Garrido Díaz y Melisa Illanes Saavedra.
6. Costos y pagos: No hay costo económico para ti por participar en este estudio, así como tampoco serás remunerada/o.
7. Derechos del participante: Como participante tienes el derecho a conocer el resultado de tu Cuestionario OQ45-2 para saber si estás más propenso o no a presentar problemas comunes de salud mental, como estrés, ansiedad y/o depresión. Si tu test es positivo, tendrás la posibilidad de recibir evaluación y apoyo psicológico en el Centro de atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, (CAPSI), en las dependencias de la Escuela de Psicología (Avda. Brasil 2140, Valparaíso). Para ello debes comunicarte con Javier Morán, psicólogo coordinador del CAPSI, al mail [javier.moran@uv.cl](mailto:javier.moran@uv.cl).



8. Reserva de la identidad del participante: Para resguardar tu identidad, te solicitamos que escribas un pseudónimo en el cuestionario para que puedas acceder al resultado de TÚ test de malestar psicológico (OQ45-2) si lo deseas.
9. Confidencialidad de los datos: Es importante que sepas que la información que nos proporciones se manejará con absoluta reserva, bajo llave y no será revelada a terceros.
10. Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados de esta investigación se usarán sólo para los fines del estudio y en eventuales publicaciones o presentaciones en eventos científicos se entregarán sólo datos generales, protegiendo la identidad de los estudiantes y de la casa de estudios a la que perteneces.
11. Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes: Si necesitas más información sobre el estudio solicítala a Lucy Armstrong (investigadora principal) en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (Bías Cuevas 1028, Valparaíso), ya sea al teléfono 2507430 o al siguiente correo: [lucy.armstrong@uv.cl](mailto:lucy.armstrong@uv.cl).
12. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carraño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador.
13. En caso de aceptar participar, recibirás un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigadora principal y co-investigadoras

Lucy Armstrong Barea  
Mg. Enfermera - Matrona  
Rut: 7.983.415-7  
Teléfono y/o mail de contacto: 032-2507427, [lucy.armstrong@uv.cl](mailto:lucy.armstrong@uv.cl)



Co-Investigadoras:

Celeste Andrea Almonacid Serantes	rut: 16.402.746-5
Natalia Margarita Araya Zuleta	rut: 18.584.605-9
Camila Alejandra Astudillo Griffiths	rut: 17.994.190-2
Camila Mariana Fuentevilla Maturana	rut: 17.808.319-8
Bárbara Nicole Mora Méndez	rut: 17.355.503-2
Camila Cecilia Pozo Jeria	rut: 16.855.889-9

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

Yo, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, DECLARO que la investigadora principal Lucy Armstrong Barea, Mg. Enfermera-Matrona y las co-investigadoras Celeste Andrea Almonacid Serantes, Natalia Margarita Araya Zuleta, Camila Alejandra Astudillo Griffiths, Camila Mariana Fuentevilla Maturana, Bárbara Nicole Mora Méndez, Camila Cecilia Pozo Jeria de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina ubicada en calle Blas Cuevas 1028, Valparaíso me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, académicos y psicosociales en estudiantes de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015" y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es describir el nivel de malestar psicológico auto percibido según factores demográficos, psicosociales y académicos, y se verán beneficiados los alumnos de I y V año de las escuelas de Diseño y Teatro de la Universidad de Valparaíso. Esta se llevará a cabo en las dependencias de las escuelas durante el segundo semestre del año 2015.
2. Mi participación es voluntaria, y mi decisión de participar o no, en ningún caso afectará mi presente o futura condición académica como estudiante de esta Carrera. Si me siento incómoda/o al responder los cuestionarios que tocan aspectos personales de mi vida, fui notificada/o que puedo responder lo que pueda y de retirarme de la investigación en cualquier momento. Ello no afectará mi relación con esta casa de estudios en ninguna instancia. Mi participación además, consiste en responder un instrumento que contiene cuatro secciones. Se ha estimado que responderlos me tomará más o menos 30 minutos. Ellos, son: Cuestionario de características demográficas y académicas, Cuestionario OQ-45.2, para medir malestar psicológico, Escala de apoyo social percibido, y Escala de autoeficacia general percibida.
3. Dentro de aplicación de los instrumentos, debido al contenido psicológico abordado, puedo presentar dificultades emocionales al momento de contestarlos. Es por ello que fui notificada/o que las co-investigadoras han recibido capacitación en contención emocional por el Psicólogo Felipe Garrido Díaz y Melissa Illanes Saavedra.
4. Los datos obtenidos serán anónimos, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un pseudónimo que podré utilizar para retirar y conocer los resultados de los instrumentos que respondí.
5. Entiendo que la información que proporcione se manejará con absoluta reserva, bajo llave y no será revelada a terceros. Los resultados de esta investigación se usarán sólo para los fines del estudio y en eventuales publicaciones o presentaciones en eventos científicos se entregarán sólo datos generales, protegiendo la identidad de los estudiantes y de la casa de estudios a la que pertenezco.
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y las encuestas no son remuneradas.



1

7. Si obtengo un resultado alterado en mi test, tendré la posibilidad de recibir evaluación y apoyo psicológico en el Centro de atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, (CAPSI). Para ello puedo comunicarme con Javier Morán, coordinador del CAPSI, al mail javier.moran@uv.cl, en las dependencias de la Escuela de Psicología (Avda. Brasil 2140, Valparaíso).
8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla a la investigadora principal Lucy Armstrong Barea o alguna co-investigadora, en cualquier momento de la investigación, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (Blas Cuevas 1028, Valparaíso), ya sea al teléfono 2507430 o al siguiente correo lucy.armstrong@uv.cl.
9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.



Nombre, Apellidos y Firma *PARTICIPANTE*

Rut:

FECHA:

Mg. Lucy Armstrong Barea, EU - Matrona

Rut: 7.983.415-7

Teléfono y/o mail de contacto: 031-2507427, lucy.armstrong@uv.cl

Co-Investigadoras:

Celeste Andrea Almonacid Serantes rut: 16.402.746-5

Natalia Margarita Araya Zuleta rut: 18.584605-9

Camila Alejandra Astudillo Griffiths rut: 17.994.190-2

Camila Marlana Fuentesvilla Maturana rut: 17.808.319-8

Bárbara Nicole Mora Méndez rut: 17.355.503-2

Camila Cecilia Pozo Jera rut: 16.855.889-9

Marcela Inzunza Díaz

Secretaria Académica Escuela de Teatro  
Universidad de Valparaíso

Secretaria Académica  
ESCUELA DE TEATRO  
Facultad de Arquitectura  
Universidad de Valparaíso



Alejandro Osorio Morán

Secretario Académico Escuela de Diseño  
Universidad de Valparaíso

**5. Comprobante de compra del instrumento OQ 45.2**



OQ Measures LLC  
 PO Box 521047  
 Salt Lake City, UT 84152  
 (801)649-4392  
 Sales@OQMeasures.com  
 www.OQMeasures.com

**Invoice**

Date	Invoice #
07/07/2015	5080
Terms	
Due on receipt	

Bill To

Barbara Nicole Mora Mendez  
 Universidad de Valparaiso Chile  
 Arlegui 595  
 Departamento E-12  
 2571483 Vina Del Mar Chile

Customer Number  
 12336

Item Number	Description	Quantity	Price Each	Amount
201-	• OQ 45.2 Student - This license will expire upon graduation and you will need to upgrade your license if you would like to continue to use the OQ 45.2	1	50.00	50.00
212-	• OQ 45.2 Chile	1	25.00	25.00
401-	• Shipping and Handling	1	50.00	50.00
<b>Total</b>				<b>\$125.00</b>
<b>Payment</b>				<b>\$125.00</b>
<b>Balance Due</b>				<b>\$0.00</b>

PAID

Phone Number: (801) 649-4392

Fax Number: (801) 747-6900

Website: www.OQMeasures.com

## 6. Cartas de aceptación de los Directores de Diseño y Teatro.



Valparaíso, 23 de Abril de 2015

Señores

Comité de Bioética de la Facultad de Medicina

Universidad de Valparaíso



---

Junto con saludarle, la presente carta tiene como objetivo ratificar la realización de la tesis de pregrado **“Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de la Escuela de Diseño y Teatro, Facultad de Arquitectura de la Universidad de Valparaíso, durante el 2° semestre del 2015”**, en las dependencias de la Escuela de Diseño, considerando alumnado de I a V año. Cabe destacar, que la autorización cursará efecto, en cuanto se cuente con resolución a favor, por parte de Comité de Ética de la Facultad de Medicina (CBI-FAMED). La tesis será desarrollada por estudiantes de IV año, en el contexto de la cátedra de “Seminario Tesis” de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, siendo las tesisistas:

Celeste Andrea Almonacid Serantes	rut: 16.402.746-5
Natalia Margarita Araya Zuleta	rut: 18.584605-9
Camila Alejandra Astudillo Griffiths	rut: 17.994.190-2
Camila Mariana Fuentesvilla Maturana	rut: 17.808.319-8
Bárbara Nicole Mora Méndez	rut: 17.355.503-2
Camila Cecilia Pozo Jeria	rut: 16.855.889-9

**Académica a Cargo:** Mg. Lucy Armstrong Barea, Enfermera-Matrona PUC.  
Mg en Mención Enfermería Clínica  
Rut: 7.983.415-7

**Correo y Fono de Contacto:** [lucy.armstrong@uv.cl](mailto:lucy.armstrong@uv.cl) Celular: 61684559

  
  
Alejandro Osorio Moran  
Secretario Académico Escuela de Diseño  
Universidad de Valparaíso

Valparaíso, 23 de Abril de 2015

Señores

Comité de Bioética de la Facultad de Medicina  
Universidad de Valparaíso

---

Junto con saludarle, la presente carta tiene como objetivo ratificar la realización de la tesis de pregrado "Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de la Escuela de Diseño y Teatro, Facultad de Arquitectura de la Universidad de Valparaíso, durante el 2° semestre del 2015", en las dependencias de la Escuela de Teatro, considerando alumnado de I a V año. Cabe destacar, que la autorización cursará efecto, en cuanto se cuente con resolución a favor, por parte de Comité de Ética de la Facultad de Medicina (CBI-FAMED). La tesis será desarrollada por estudiantes de IV año, en el contexto de la cátedra de "Seminario Tesis" de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, siendo las tesis:

**Estudiantes Tesistas:**

Celeste Andrea Almonacid Serantes	rut: 16.402.746-5
Natalia Margarita Araya Zuleta	rut: 18.584605-9
Camila Alejandra Astudillo Griffiths	rut: 17.994.190-2
Camila Mariana Fuentevilla Maturana	rut: 17.808.319-8
Bárbara Nicole Mora Méndez	rut: 17.355.503-2
Camila Cecilia Pozo Jeria	rut: 16.855.889-9

**Académica a Cargo:** Mg. Lucy Armstrong Barea, Enfermera-Matrona PUC.  
Mg en Mención Enfermería Clínica  
Rut: 7.983.415-7

**Correo y Fono de Contacto:** [lucy.armstrong@uv.cl](mailto:lucy.armstrong@uv.cl) Celular: 61684559

Secretaría Académica  
ESCUELA DE TEATRO  
Facultad de Arquitectura  
Universidad de Valparaíso



**Marcela Inzunza Díaz**  
Secretaría Académica Escuela de Teatro  
Universidad de Valparaíso

**7. Apoyo del Centro de Atención Psicológico de la Universidad de Valparaíso para realización del estudio.**

Valparaíso, 7 de Abril de 2015

Señores  
Comité de Bioética  
Facultad de Medicina  
Universidad de Valparaíso  
Presente

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia a todos aquellos casos que requieran de atención terapéutica que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación que esta Escuela lleve a cabo.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio, a los casos que sean detectados "de riesgo" como resultado de las investigaciones:

**"Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, durante el 2° semestre del 2015".**

**"Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de la Facultad de Arquitectura de la Universidad de Valparaíso, durante el 2° semestre del 2015".**

Dichos estudios, están siendo ejecutados por: Angélica Mosqueda Díaz y Lucy Armstrong Barea respectivamente.

Atte



**JAVIER MORAN KNEER**  
Coordinador CAPSI  
Escuela de Psicología  
Universidad de Valparaíso

## 8. Capacitación en Contención Emocional.



Valparaíso, 20 de Abril de 2015

Señores

Comité de Bioética de la Facultad de Medicina  
Universidad de Valparaíso

---

A través de la presente carta certifico la capacitación en *Contención Emocional* realizada en las dependencias de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso durante el jueves 16 de Abril, a las estudiantes que se mencionan a continuación:

### Estudiantes Tesistas participantes de la capacitación:

Celeste Andrea Almonacid Serantes	rut: 16.402.746-5
Natalia Margarita Araya Zuleta	rut: 18.584605-9
Camila Alejandra Astudillo Griffiths	rut: 17.994.190-2
Camila Mariana Fuentevilla Maturana	rut: 17.808.319-8
Bárbara Nicole Mora Méndez	rut: 17.355.503-2
Camila Cecilia Pozo Jeria	rut: 16.855.889-9

El proceso de capacitación tuvo una duración de 6 horas pedagógicas, las que consideraron, introducción a los conceptos básicos de la contención emocional, elementos significativos y componentes de abordaje, estrategias para abordar la contención emocional, herramientas para el trabajo interpersonal y ejercicios prácticos de trabajo.

La capacitación fue realizada en el marco de la investigación denominada: "Nivel de malestar psicológico autopercebido según algunos factores demográficos, psicosociales y académicos, en estudiantes de la Escuela de Diseño y Teatro, Facultad de Arquitectura de la Universidad de Valparaíso, durante el II semestre del 2015", cuya profesora guía es Lucy Armstrong Barea, Enfermera-Matrona PUC, Mg en Mención Enfermería Clínica.

**Felipe Garrido Díaz**  
16.502.909-7  
Psicólogo  
Profesional Programa Propedéutico.  
Equipo Gestión Personal  
Universidad de Valparaíso

**Melisa Illanes Saavedra**  
17.477.706-3  
Psicóloga  
Centro de Atención Psicológica  
Escuela de Psicología  
Universidad de Valparaíso