

RESERVA

M
R467
2000
C.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**BIENESTAR PSICOLÓGICO EN UN GRUPO DE ACADÉMICAS Y ACADÉMICOS
DE UNA UNIVERSIDAD ESTATAL DE LA V REGIÓN**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO
Y**

**AL GRADO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

**CARLA CRISTINA REYES LEPORATI, MACARENA IVANA NAZARALA RAMÍREZ
SUSANA DEL PILAR BERMÚDEZ GÓMEZ**

PROFESORA PATROCINANTE

BIANCA DAPELO PELLERANO

**VIÑA DEL MAR, CHILE
NOVIEMBRE, 2000**



N. NANC 52000 R. 266

A nuestros padres..

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla/gráfico 1 Salud mental docentes.....	153
Tabla/gráfico 2 Depresión docentes	154
Tabla/gráfico 3 Autoestima docentes	155
Tabla/gráfico 4 Satisfacción vida actual docentes	156
Tabla/gráfico 1.1 Salud mental/género.....	157
Tabla/gráfico 1.2 Salud mental/edad.....	159
Tabla/gráfico 1.3 Salud mental/situación familiar.....	160
Tabla/gráfico 1.4 Salud mental/ apoyo social familiar.....	161
Tabla/gráfico 2.1 Depresión/ género.....	162
Tabla/gráfico 2.2 Depresión/edad.....	163
Tabla/gráfico 2.3 Depresión/situación familiar.....	164
Tabla/gráfico 2.4 Depresión/ apoyo social familiar.....	165
Tabla/gráfico 3.1 Autoestima/ género.....	166
Tabla/gráfico 3.2 Autoestima/ edad.....	167
Tabla/gráfico 3.3 Autoestima/ situación familiar.....	168
Tabla/gráfico 3.4 Autoestima/ apoyo social familiar.....	169
Tabla/gráfico 4.1 Satisfacción vida actual / género.....	170
Tabla/gráfico 4.2 Satisfacción vida actual / edad.....	171
Tabla/gráfico 4.3 Satisfacción vida actual / situación familiar.....	172
Tabla/gráfico 4.4 Satisfacción vida actual / apoyo social familiar.....	173
Tabla/gráfico 1.5 Salud mental / profesión.....	174
Tabla/gráfico 1.6 Salud mental / función.....	175
Tabla/gráfico 1.7 Salud mental / años de experiencia.....	177
Tabla/gráfico 1.8 Salud mental / perfeccionamiento.....	178
Tabla/gráfico 1.9 Salud mental / situación contractual.....	179
Tabla/gráfico 1.10 Salud mental / jornada de trabajo.....	180
Tabla/gráfico 2.5 Depresión / profesión.....	181
Tabla/gráfico 2.6 Depresión / función.....	182
Tabla/gráfico 2.7 Depresión / años de experiencia.....	184

Tabla/gráfico 2.8 Depresión / perfeccionamiento.....	185
Tabla/gráfico 2.9 Depresión / situación contractual.....	186
Tabla/gráfico 2.10 Depresión / jornada de trabajo.....	187
Tabla/gráfico 3.5 Autoestima / profesión.....	188
Tabla/gráfico 3.6 Autoestima / función.....	189
Tabla/gráfico 3.7 Autoestima / años de experiencia.....	190
Tabla/gráfico 3.8 Autoestima / perfeccionamiento.....	191
Tabla/gráfico 3.9 Autoestima / situación contractual.....	192
Tabla/gráfico 3.10 Autoestima / jornada de trabajo.....	193
Tabla/gráfico 4.5 Satisfacción vida actual / profesión.....	194
Tabla/gráfico 4.6 Satisfacción vida actual / función.....	195
Tabla/gráfico 4.7 Satisfacción vida actual / años de experiencia.....	197
Tabla/gráfico 4.8 Satisfacción vida actual / perfeccionamiento.....	198
Tabla/gráfico 4.9 Satisfacción vida actual / situación contractual.....	199
Tabla/gráfico 4.10 Satisfacción vida actual / jornada de trabajo.....	200

CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	2
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
CAPÍTULO I.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
Antecedentes generales.....	8
Epidemiología de la salud mental en Chile.....	8
Prevalencia en población laboral.....	14
Desarrollo histórico de la universidad en Chile.....	18
Diferencias en la situación laboral de los géneros en la educación superior.....	27
Mujer y trabajo.....	35
Mujer y educación	40
Panorama universitario de la mujer en Chile.....	42
Planteamiento del problema.....	45
Objetivos.....	46
Objetivos generales.....	46
Objetivos específicos.....	46
CAPÍTULO II.....	48
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	48
Perspectiva psicosocial del empleo.....	48
Trabajo y empleo.....	48
Enfoques teóricos.....	49
Teoría de la privación v/s teoría de la agencia.....	49
Teoría de la incongruencia mental.....	53
El modelo de roles y vitamínico.....	55
Transiciones psicosociales.....	56
Teoría de la autoeficacia y locus de control.....	57
Funciones de la actividad laboral.....	58
Trabajo e ingresos económicos.....	60
Trabajo e identidad.....	61
Trabajo y actividad.....	62
Trabajo y estructuración del tiempo.....	62

Trabajo y relaciones interpersonales.....	63
Funciones psicosociales del trabajo.....	64
Consecuencias psicológicas del empleo.....	65
Investigación psicosocial sobre el desempleo.....	67
Impacto del desempleo sobre la salud mental.....	68
Género.....	70
Dimensión social de la identidad de género.....	73
Salud Mental.....	78
El modelo de salud mental de Warr.....	81
La salud mental en la mujer.....	83
Situación demográfica.....	84
Situación epidemiológica.....	85
Depresión.....	86
Salud mental y género.....	87
Bienestar psicológico.....	89
Bienestar psicológico en el trabajo.....	93
Proyecto de mejoramiento de la calidad de la educación superior.....	95
Impacto de la reforma educacional en las facultades de educación.....	104
Malestar docente.....	106
Apoyo social.....	112
Efectos del apoyo social en la salud mental.....	113
Desarrollo histórico y perspectivas teóricas.....	115
El apoyo social en la vida adulta.....	119
Efectos positivos del apoyo social en el funcionamiento familiar.....	120
Determinantes del apoyo social.....	122
Diferencias en el apoyo social asociadas al género.....	124
Evaluación y medida del apoyo social.....	125
CAPÍTULO III.....	128
METODOLOGÍA.....	128
Tipo De investigación.....	128
Diseño.....	128
Población y Muestra.....	129
Sujetos.....	131
Sujetos no incluidos en la muestra.....	131

Caracterización de la muestra.....	132
Definiciones conceptuales y operacionales de las variables.....	134
Instrumentos utilizados.....	139
General Health Questionnaire (G. H. Q.).....	139
Inventario de Depresión de Beck (IDB).....	141
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	143
Ítem de Satisfacción con la Vida Actual.....	144
Cuestionario de apoyo social familiar.....	145
Cuestionario académicos.....	146
Análisis estadístico de los instrumentos.....	147
Plan de trabajo.....	151
Procedimiento.....	152
CAPÍTULO IV.....	153
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	153
Objetivo 1.....	153
Objetivo 2.....	157
Objetivo 3.....	174
CAPÍTULO V.....	201
DISCUSIÓN.....	201
BIBLIOGRAFÍA.....	217
ANEXOS.....	224
Anexo A: Cuestionario académicos	
Anexo B: General Health Questionnaire (G. H. Q.)	
Anexo C: Inventario de Depresión de Beck (I.D.B.)	
Anexo D: Escala de Autoestima de Rosenberg	
Anexo E: Cuestionario de Apoyo Social Familiar	

RESUMEN

El siguiente es un estudio exploratorio descriptivo sobre el bienestar psicológico en un grupo de académicas y académicos de una universidad estatal de la V región, considerando algunas variables personales y profesionales.

El principal objetivo es estudiar y analizar el bienestar psicológico a través de los cuestionarios: General Health Questionnaire (GHQ), Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg e Ítem de Satisfacción con la vida actual de Warr.

Los resultados obtenidos en la investigación permiten concluir que, el grupo de sujetos estudiados se ubica en la dimensión de Bienestar Psicológico Positivo en tres de los cuatro indicadores evaluados, esto es, un 78,1% de la muestra presenta riesgo probable y alto riesgo de presentar un trastorno psíquico; el 87,4% de los académicos no presenta sintomatología depresiva; en cuanto a la autoestima, 58,6% de los docentes presenta una alta autoestima y en relación a la satisfacción con la vida actual 89,6% de los académicos se encuentran muy satisfechos o satisfechos con su vida actual.

Las conclusiones de esta investigación, contribuirán a ampliar el conocimiento actual sobre la realidad laboral del profesor a nivel académico y universitario, pudiendo generar posibles lineamientos interventivos, de prevención en salud mental desde una perspectiva psicosocial.

ABSTRACT

The following is an exploratory descriptive study about the psychological well being and the social support in a group of academics that work at a local university in Chile's Fifth region considering some personal and professional variables.

The main purpose of the investigation is to analyze and study the psychological well being through the General Health Questionnaire (GHQ), Rosenberg's Self esteem Scale, Beck's Depression Inventory and Warr's Satisfaction Item about present life.

The results obtained in the study allows us to conclude that, the group of the studied individuals is located in the positive psychological well being in three out of the four tested indicators, that means that: 78,1% of the studied teachers show possible and high risk of suffering from a psychological disorder; 87,4% of the academics don't show depressive symptoms. In the Self-esteem dimension 58,6% of the teachers show high self-esteem and in the Satisfaction about present life's dimension 89,6% of the academics show that they are satisfied and very satisfied about their present life.

The conclusions of this study will help to develop a base of knowledge about the university teaching work that could generate possible interventions and develop prevention programs in mental health from a psychosocial basis.

I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la globalización es hoy en día un tema que trasciende lo económico y que afecta diversos ámbitos del quehacer humano como son la ciencia, la tecnología, la política y la educación.

La educación dentro de este mundo globalizado marcha hacia una nueva sociedad donde la información, el conocimiento y la tecnología de la inteligencia son objetivos primordiales que tendrán un predominio incuestionable dentro del mundo académico.

Las universidades de nuestro país no quedan exentas de los nuevos requerimientos y demandas que trae el siglo XXI implicando con esto nuevas exigencias que estarán afectando directamente al profesorado universitario.

La necesidad por el mejoramiento y modernización de la educación superior en Chile se ve traducida en el proyecto MESESUP que ya se está aplicando en las principales sedes universitarias del país. Este proyecto educativo exige mayores especializaciones y aplicación de tecnologías en los profesores además de otras implicancias.

El bienestar de los docentes se ve influido directamente por todas estas nuevas demandas que les obliga a perfeccionarse y adquirir destrezas tecnológicas para quedar a la par con el profesorado de las principales universidades mundiales.

Las mujeres y los hombres podrían verse afectados distintamente por el bienestar psicológico lo que se podría atribuir a la mayor diferenciación de roles de la mujer, los accesos desiguales a cargos directivos y diferencias en las remuneraciones de ambos géneros.

ANTECEDENTES GENERALES

Epidemiología de la Salud Mental en Chile

Chile fue uno de los países pioneros en la epidemiología de enfermedades mentales, destacándose los estudios poblacionales realizados por los doctores José Horwitz y Juan Marconi en las décadas de los 50 y 60, los que permitieron disponer de una aproximación inicial al conocimiento de esta realidad y formular los primeros planes de salud mental con una visión de salud pública. En la última década, el equipo investigador de la Universidad de Concepción, dirigido por el Dr. Benjamín Vicente, hicieron disponible nuevamente este tipo de información para varias ciudades del país.

La primera de estas investigaciones epidemiológicas fue el Estudio de Prevalencia de Trastornos Mentales en el Gran Santiago, dirigido por Horwitz en 1957-58. En él se encontró que los cuadros clínicos de mayor frecuencia eran: Neurosis (10%), Alcoholismo (5.1%) y Epilepsia (2%). En 1966, Moya estudió la distribución de desórdenes mentales en poblaciones de diversos niveles socioeconómicos. En general, las tasas de Neurosis, Alcoholismo y Epilepsia fueron mayores en los estratos socioeconómicos más bajos. En 1968 en un estudio realizado por Marconi en 15 comunas del Gran Santiago, con un total de 2705 personas encuestadas, se encontró una tasa bruta global de enfermedades mentales de un 19.8%.

En relación a los estudios de Vicente y colaboradores, el objetivo fue conocer la prevalencia de vida y seis meses de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población adulta (sin inclusión de los individuos institucionalizados y sin domicilio) de las

provincias de Concepción, Santiago e Iquique y analizar las diferencias según algunas variables sociodemográficas y comuna de residencia. En Concepción el estudio se realizó el año 90, en Santiago entre el 92 y el 93 y en Iquique, el 95.

En la provincia de **Concepción** (Vicente, 1992), la prevalencia de vida para el conjunto de los trastornos mentales identificados por el CIDI/DIS, alcanza el 36.5%. Las enfermedades mentales de mayor prevalencia son la Depresión Mayor, la Distimia, la Agorafobia y la Dependencia del Alcohol, esto es similar a las otras dos ciudades estudiadas. En las **mujeres**, las prevalencias de Distimia, Agorafobia y Estrés Post-Traumático son significativamente mayores. Los **hombres**, en tanto, alcanzan prevalencias más altas en Dependencia y Abuso de Alcohol y Personalidad Antisocial. Con excepción del Desorden Bipolar, el Abuso y Dependencia de algunas drogas y la Personalidad Antisocial, los trastornos registrados presentan, en general, un aumento progresivo con la edad hasta los 59 años, siendo éste más marcado para los diagnósticos de Distimia y Dependencia del Alcohol.

En **Santiago**, la tasa general de trastornos mentales encontrada fue de 33.74%. Destacan por su magnitud las mismas enfermedades que en Concepción: la Depresión Mayor (11,30%), la Distimia (6,75%), la Agorafobia (7,99%) y la Dependencia al Alcohol (4,70%). Las diferencias por sexo también son similares a las de Concepción, alcanzando significación estadística para las **mujeres** en: Depresión Mayor, Distimia, Agorafobia y Estrés Post-Traumático y, para los **hombres** en: Abuso y Dependencia al Alcohol y Trastorno Antisocial de la Personalidad. Respecto al análisis por grupo de edad, al igual que

en Concepción, las cuatro enfermedades de mayor prevalencia se concentran en el grupo de 40 a 59 años. En las personas jóvenes es mayor el abuso y dependencia a sustancias ilícitas.

En **Iquique** (Vicente, 1998), la prevalencia de vida de enfermedades mentales en general es de 42,18%, claramente superior al 36,5% de Concepción y al 33,7% de Santiago. Esta diferencia está dada especialmente por la Depresión (Mayor y Distímica) y el Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas. En cuanto al análisis por género, en las **mujeres** son más frecuentes los cuadros ansiosos y depresivos, y, en los **hombres**, los por abuso y dependencia. La distribución etárea de las enfermedades mentales en Iquique es notoriamente diferente a la de las otras dos ciudades, con una menor concentración de problemas en el tramo de 40 a 59, y una mayor prevalencia en las personas de 15 a 24. Son especialmente notorias en este último grupo las cifras para Depresión Mayor (21.56%), Distimia (7.84%), Dependencia y Abuso de Alcohol ($7.84 + 9.80 = 17.64\%$), y Dependencia y Abuso de Cocaína (3.92%).

En general, las prevalencias de vida son similares en las tres ciudades estudiadas. Las diferencias más marcadas corresponden a Iquique, donde existe una prevalencia global notoriamente mayor.

En cuanto a la **distribución por género**, al igual que lo encontrado en otros países, existe una diferencia importante entre ambos sexos en la forma de perturbarse la salud mental. En las **mujeres** predominan los Trastornos Depresivos (Depresión Mayor y Distimia) y Ansiosos (Agorafobia, Trastornos de Pánico y Ansiedad Generalizada), así como el Trastorno de Estrés Posttraumático. En los hombres alcanzan mayores frecuencias el Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas Ilícitas y la Personalidad Antisocial. No

obstante la menor prevalencia relativa, los Trastornos Depresivos y Ansiosos representan también un problema significativo de salud pública en el sexo masculino.

En relación a las diferencias en la distribución de las enfermedades mentales por edades en las tres ciudades, lo más notorio es la mayor prevalencia de Trastornos Depresivos y el Abuso y Dependencia de Alcohol y Cocaína en los adolescentes y adultos jóvenes en Iquique. El deterioro psicorgánico tiene una mayor prevalencia en los mayores de 40 años, y especialmente en los mayores de 60 en las ciudades en que fue estudiado (Concepción e Iquique).

En **Concepción** (Vicente, 1999), se encontró una prevalencia global de seis meses de trastornos psiquiátricos del 22,78%. Los trastornos específicos más frecuentes son, al igual que para la prevalencia de vida, la Depresión Mayor y la Dependencia al Alcohol.

En **Santiago** (Vicente, 1994), la prevalencia global de seis meses fue de 24%. Los diagnósticos más frecuentes fueron similares a los encontrados para la prevalencia de vida: Depresión Mayor (7%), Distimia (3%), Dependencia o Abuso de Alcohol (4,8%), Agorafobia (4,3%) y Deterioro Orgánico Severo (4,4%). Se observa una mayor prevalencia de Trastornos Depresivos y Ansiosos en las **mujeres** y en el grupo etáreo de 40 a 59, mientras que el Abuso y Dependencia de Alcohol es más frecuente en los **hombres** y también en las edades de 40 a 59. La distribución por comuna mostró prevalencias inversamente proporcionales al nivel socio-económico para casi todos los diagnósticos, y en especial para la Dependencia al Alcohol. Se observó que el 46,8% de las personas con Depresión Mayor tenían también un Trastorno Ansioso, el 6,4% abusaba o dependía del alcohol y el 13% de los sedantes. En el caso de la Distimia, el 77% presentaba además algún

trastorno ansioso y el 31% abusaba o dependía de sustancias psicoactivas, sin considerar el alcohol. En cuanto a los intentos suicidas, el 4,9% admite haberlos tenido en los seis meses previos al estudio, de ellos el 50% presentaba alguno de los diagnósticos estudiados, y en especial Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Trastorno Ansioso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas.

La prevalencia de seis meses de algún trastorno en **Iquique** alcanza al 27,78%, cifra superior a lo observado en Santiago. Al igual que en las prevalencias de vida, se observan tasas elevadas de Trastornos Afectivos y Ansiosos, y Abuso y Dependencia de Sustancias, especialmente en la población de 15 a 24 años.

Se destacan las mayores frecuencias de varios trastornos mentales en Iquique. En Santiago sobresale la elevada tasa de Deterioro Psicorgánico (4,4%). Al comparar las prevalencias de seis meses por **género**, se observa una distribución similar en las ciudades de Iquique y Santiago, a excepción de la Dependencia de Alcohol y Nicotina, la que aparece con una frecuencia muy elevada en las mujeres de Iquique. En relación a la edad de los Trastornos Mentales en Stgo. e Iquique, se aprecia la misma distribución que en la prevalencia de vida, con los Trastornos Depresivos y Ansiosos y el Abuso y Dependencia de Alcohol expresándose con mayor frecuencia entre los 40 y 59 años en Stgo., y, en cambio, en Iquique la mayor proporción está entre los 15 y 25 años.

La prevalencia global de enfermedades mentales encontrada en Chile en la década del 90 es alta, fluctuando entre 34 a 42% para alguna vez en la vida y entre 23 y 28% para los últimos seis meses, en mayores de 15 años con residencia urbana. Estas frecuencias se

encuentran en el rango más alto de lo encontrado en otros países con metodologías similares. Los resultados de estos estudios sugieren que existiría un aumento de la prevalencia de estas enfermedades a lo largo del tiempo, desde el 19 a 20% en la década del 60 hasta llegar al 28 a 42% a mediados de los 90 (correspondiente al estudio de 1995 en Iquique). Esta mayor frecuencia no puede ser explicada sólo por la transformación del perfil demográfico que ha experimentado Chile, según los autores también han influido los acelerados cambios que han tenido las conductas de la población en los últimos años. Especial mención merece el caso de la ciudad de Iquique, donde se encontraron no sólo las mayores prevalencias globales de los principales trastornos mentales, sino también una distribución diferente por género y edad, con mayor patología psiquiátrica en los adolescentes y adultos jóvenes, y una disminución de las diferencias de tasas de abuso y dependencia de alcohol y drogas entre mujeres y hombres. Iquique podría representar la ciudad del futuro de Chile, con un pujante desarrollo económico y un acelerado aumento del bienestar material, pero con un debilitamiento de las redes de apoyo social que protegen el equilibrio emocional y un aumento de factores de riesgo para la salud mental asociados al abuso de drogas e incremento de la delincuencia.

Las enfermedades mentales con fuerte influencia genética, como la esquizofrenia y los trastornos bipolares, parecen haber mantenido similares tasas de prevalencia a lo largo del tiempo. Sin embargo, las condiciones de la vida moderna que son adversas a la salud mental, si bien no tienen un impacto significativo en la frecuencia de estas enfermedades, contribuyen a que produzcan un mayor grado de discapacidad.

Se puede señalar que las **mujeres** tienen un mayor riesgo de enfermar de Trastornos Depresivos (Depresión Mayor y Distimia), Ansiosos (Agorafobia, Desorden de Pánico y Ansiedad Generalizada) y de Estrés Post Traumático. Por su parte, los **hombres** tienen un mayor riesgo de Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas, aunque las tasas de Trastornos Depresivos y Ansiosos son también suficientemente altas como para focalizar intervenciones.

En relación a la edad, el segmento de la población más vulnerable a las enfermedades mentales es el de 40 a 59 años, donde se concentran preferentemente los Trastornos Depresivos y Ansiosos y el Abuso y Dependencia de Alcohol. Los adolescentes y adultos jóvenes están más expuestos al Abuso y Dependencia de Drogas Ilícitas, y los mayores de 60 años al Deterioro Psicoorgánico.

Los estudios poblacionales aportan algunas evidencias en términos que las tasas de prevalencia son inversamente proporcionales al nivel socioeconómico.

Prevalencia en población laboral

La salud vinculada a las condiciones laborales o la salud mental de las personas y grupos que desempeñan distintos tipos de trabajo, es un tema de interés creciente. Los principales estudios en el tema, a partir de la década de los 30 y en base a un modelo referido a las condiciones físicas en el trabajo, han ido evolucionando a modelos médicos focalizados en la salud física; modelos ergonómicos, y en los últimos años, a modelos de bienestar laboral. Estos últimos incorporan algunos aspectos de salud mental como factores fundamentales de la salud de los trabajadores.

En Chile existen algunos estudios, realizados a finales de los años 80, en que se evidencia una alta frecuencia (que en algunos llega al 100%) de síntomas psiquiátricos aislados o como parte de una enfermedad física o mental en funcionarios que se desempeñan en instituciones y servicios psiquiátricos. Este tema es un desafío pendiente para la investigación epidemiológica, pero a pesar de la insuficiencia de la información se conocen estudios realizados en poblaciones de trabajadores de tres sectores, salud, educación y transporte. Cinco de ellos utilizan cuestionarios de autorreporte validados para la población chilena. A continuación se presentan tres de estos estudios:

Nivel de Salud Mental de los Funcionarios de Consultorios Generales Urbanos (Vicente, 1992). En dos consultorios generales urbanos de Concepción se aplicó, entre otros, el Cuestionario de Salud de Golberg (G. H. Q.), con 30 ítemes validados en Chile por Trucco en 1978, a 174 de sus funcionarios. Con posterioridad e independientemente del resultado del tamizaje, se realizó una entrevista psiquiátrica semi estructurada (Vicente, 1992) que califica un probable trastorno mental con criterios CIE-9. La población encuestada era mayoritariamente de mujeres (70.1%), el 65% tenía entre 31 y 50 años y el 27% era menor de 30 años. El 41% tenía educación superior.

El 18.4% de la muestra calificó para el diagnóstico de un trastorno mental, 6.9% estado de ansiedad, 5.2% depresión neurótica, 1.7% reacción aguda al estrés y 4.6% otros. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia de trastornos que los hombres (22.4% y 8.2% respectivamente) y en relación al nivel de instrucción, los funcionarios con educación media presentaron una significativa mayor frecuencia de probable trastorno (27.9%).

Salud Mental Ocupacional de las Enfermeras del Subsector Público de Salud Chileno

(Avendaño, 1996). La población estudiada corresponde a 311 enfermeras, de las cuales sólo 82 se desempeñan en establecimientos de atención primaria, a las que se les aplicó, además de otros instrumentos, el Cuestionario de Salud de Goldberg. La metodología de análisis de los resultados no entrega una frecuencia de probables trastornos mentales en las enfermeras, pero permite conocer los riesgos más determinantes para presentar un problema de este tipo. La “alteración de las necesidades básicas” (pausas para conversar; calidad, frecuencia y duración del descanso y sueño; horario, calidad de la alimentación) es la única variable que explica en forma significativa las variaciones en el puntaje CSG en todos los grupos de enfermeras estudiadas. El resto de las variaciones está explicada por “la falta de control sobre su trabajo” (estilo de toma de decisiones y supervisión, cambios de turnos, escasa autonomía) para las enfermeras que viven con pareja y “tensiones en el rol materno” (preocupación y sentimientos de culpa por abandono a los hijos) para las que viven sin pareja.

Trabajo y Salud del Profesor Municipalizado (Cifuentes, 1995). En una comuna de la provincia de Concepción se realizó una encuesta a 507 profesores de colegios municipalizados, de los cuales el 78.4% eran mujeres. La encuesta incorporaba las preguntas del Cuestionario de Autorreporte de Síntomas RSQ (Vicente, 1992). El punto de corte utilizado para el análisis de los resultados fue de 5. Con este criterio, el 15.2% de los profesores no declaraba ningún síntoma de salud mental y el 32.5% de los encuestados (165) tenían alta probabilidad de estar presentando un trastorno psiquiátrico. Los síntomas reportados más frecuentes eran: sentirse nerviosa, tensa o aburrida (53.6%); dormir mal

(32.3%); cansarse con facilidad (34.1%); asustarse con facilidad (34.1%) y dolores de cabeza (35.5%). El 7% de los encuestados manifestó sentirse una persona inútil y 84 profesores (4.3%) haber tenido la idea de acabar con su vida. Al 61% de los profesores le había sido indicada al menos una licencia médica en el último año y el 8.4% refirió consumir en forma habitual fármacos estimulantes o tranquilizantes.

Otro estudio realizado en Santiago (Domich, Faivovich, 1994) que tuvo como objetivo realizar un diagnóstico de los trastornos en la salud mental de los profesores de 8 escuelas básicas de la comuna de la misma ciudad constató que, de la muestra de profesores encuestados (106) se obtuvo, que el 86% de los docentes presentaba trastornos psicológicos, especialmente síntomas de tipo ansioso, depresivo y psicossomático, los cuales se asociaban a condiciones laborales deficientes. Los resultados obtenidos dieron cuenta del grave problema en el área de la salud mental y condiciones laborales de los ocho establecimientos educacionales seleccionados y concluyeron que el profesorado sentía mayormente descontento en cuanto a las bajas remuneraciones, escaso reconocimiento en el trabajo y otros impedimentos laborales que repercutían en su bienestar psicosocial.

Desarrollo histórico de la Universidad en Chile

Los orígenes de la Universidad en Chile son los mismos que los de las más antiguas universidades americanas: Santo Domingo, San Marcos de Lima y Santa Fe de Bogotá, fundadas en 1538, 1551 y 1580, respectivamente. En esas fechas se cursaron las correspondientes autorizaciones reales para que los conventos dominicos de aquellas ciudades, que tenían estudios de filosofía y teología, pudiesen conferir grados.

En nuestro país las aspiraciones de tener una universidad se concretaron con la bula del Papa Paulo V, de 11 de marzo de 1619, otorgada a instancias del rey Felipe III, que estatuyó que en los conventos dominicos de las Indias que estuviesen a más de 200 millas de las universidades de México y de Lima y en los que se impartiese enseñanza de artes y teología, los estudiantes podrían obtener los grados de bachiller, licenciado, maestro y doctor. El documento llegó a poder de los dominicos santiaguinos en 1622, y el 19 de agosto de ese año nacía la primera universidad chilena, a la que suele llamarse de Santo Tomás de Aquino. Cronológicamente, la nueva universidad era la séptima fundada fuera de Europa. Como suele contarse, probablemente podría estar dentro de las cien más antiguas del mundo. En Europa son contemporáneas suyas varias universidades centroeuropeas, tales como Innsbruck (1620), Salzburgo (1623), Budapest (1627), Olmutz en Moravia y Tyrnau en Eslovaquia.

En el año 1623, nace una segunda universidad conventual en Santiago. Pero no sin incidentes, pues los breves en cuya virtud se formaron ambas, sólo admitían la existencia de una universidad en la ciudad. Los jesuitas pretendieron eliminar a la de Santo Tomás, lo

que dio lugar a un litigio. Finalmente se llegó a una transacción que dejó las cosas como estaban, de suerte que ambas siguieron confirmando grados a sus estudiantes.

Con el tiempo esta segunda casa de estudios parece haber cobrado mayor significación que la de los dominicos. En ella se graduaron una serie de personajes de relieve: canónigos, religiosos de diversas órdenes y los dos primeros chilenos que alcanzaron la dignidad episcopal: Diego Montero y Alonso Del Pozo y Silva. Entre los seculares debe destacarse a Tomás de Azúa, quien también estudió derecho en Lima y fue posteriormente, el primer rector de la Universidad de San Felipe.

Pero los chilenos estaban lejos de contentarse con estas universidades conventuales. Así en 1713, el cabildo de Santiago acordó hacer presente al rey que, por carecer de título correspondiente, los chilenos se veían excluidos de los oficios eclesiásticos y seculares que requerían la posesión de ellos. No obstante, transcurrió casi un cuarto de siglo para que Felipe V acogiera las peticiones para fundar en Chile una universidad real, como una verdadera necesidad nacional de todo el reino.

Finalmente, el 28 de julio de 1738, el rey Felipe V concedió la fundación de la universidad real, docente y de claustro que, en su honor, pasó a llamarse de San Felipe.

La Real Universidad de San Felipe quedó habilitada para impartir en Santiago los mismos cursos que se daban en Lima, México y Salamanca. En sus facultades de leyes, teología, medicina y matemáticas se enseñaba y cultivaba desinteresadamente la disciplina respectiva. Su enseñanza tenía sólo algunas relaciones indirectas con las principales

profesiones de la época. Así por ejemplo, para ser abogado era necesario ser bachiller en leyes; para desempeñar algunas dignidades eclesiásticas se requería del doctorado en teología o leyes, y para ser médico, los estudios universitarios constituían antecedentes de valor.

Al instaurarse la República, la Universidad suprimió en los diplomas de grado el apelativo de "real" y se añadió la frase "del Estado de Chile" y más tarde "de la República de Chile". Por Decreto de 17 de abril de 1839, se cambió oficialmente de nombre, a Universidad de Chile. La Corporación fue mirada con desconfianza, como una institución sobreviviente del antiguo régimen. Sólo se revitalizó con la dictación de una nueva ley orgánica en 1842.

Entretanto, por iniciativa de Manuel de Salas, junto a Juan Egaña y Camilo Henríquez, la Junta de Gobierno de 1813 había unido los diversos establecimientos educacionales existentes en Santiago: el Convictorio Carolino, la Academia de San Luis, el seminario y la parte docente de la Universidad, creando el Instituto Nacional.

La reconquista española interrumpió el funcionamiento normal del Instituto, que se restableció después de la Independencia. Así, este establecimiento pasó a convertirse en sede oficial de la enseñanza universitaria hasta el año 1879.

Fue Manuel Montt, en su calidad de Ministro de Instrucción del presidente Bulnes, quien presentó al Congreso el proyecto de la nueva ley orgánica de la Universidad. Este se planteaba la necesidad de establecer un cuerpo literario y científico, denominado

Universidad de Chile, que tendría la superintendencia de todos los niveles de la enseñanza. Asimismo, se le encargaba propagar la afición por los estudios superiores, promover la investigación y la divulgación científica y literaria y servir de auxiliar a los trabajos que cumplieran las diversas dependencias de la administración del Estado. Así, la ley orgánica de 1842 mantenía una universidad no docente, pero con una autoridad amplísima sobre todo el sistema educativo nacional.

Cinco facultades-academias tenía la Universidad: Humanidades y Filosofía, Ciencias Matemáticas y Físicas, Leyes y Ciencias Políticas, Medicina, y Teología. La función científica de las facultades quedó claramente definida en el discurso que Andrés Bello pronunció en la ceremonia de instalación de la Universidad, el 17 de septiembre de 1843.

El 9 de enero de 1879, se dictó un nuevo estatuto que no sólo restituía a la Universidad su labor docente y de formación profesional, sino la convertía en una institución docente en su estructura y en sus fines. La única facultad que permanece ajena a estas finalidades es la de Filosofía y Humanidades, que sin embargo, las adquirirá a partir de 1889 cuando se crea "una escuela profesional de educación secundaria" a la que se da el nombre de Instituto Pedagógico.

Al terminar el siglo, junto con las reformas a los planes de estudios, se hacía sentir con mayor urgencia la necesidad de que la universidad, como tal, asumiera la tarea de cultivar el saber mediante la investigación. En este contexto, en el cual las críticas contra el modelo profesionalista de la Universidad de Chile iban en aumento, nacen dos nuevas

casas de estudio: la Universidad Católica en la capital y la Universidad de Concepción, en la metrópoli sureña.

Por su parte, en 1927, el gobierno del general Carlos Ibáñez del Campo separó de la Universidad de Chile las funciones de dirección de la enseñanza media, traspasándolas al Ministerio de Educación. Una vez que la Corporación quedó liberada de estas obligaciones, el gobierno se abocó a la preparación de un nuevo estatuto destinado a incentivar el desarrollo de la doble función universitaria: científica y profesional. El texto de este nuevo estatuto tuvo tres versiones sucesivas, promulgadas en 1927, 1929 y la final, el 20 de mayo de 1931.

De acuerdo con este Estatuto, la Universidad se compone de facultades cuya creación o supresión se hace por el gobierno a propuesta del Consejo Universitario. En 1931 las facultades eran seis: Filosofía y Ciencias de la Educación, Ciencias Jurídicas y Sociales, Biología y Ciencias Médicas, Ciencias Físicas y Matemáticas, Agronomía y Veterinaria, y Bellas Artes. En 1927 había sido suprimida la facultad de Teología pasando sus miembros a incorporarse a la de Filosofía.

La doble finalidad científica-docente queda explícitamente consignada en el nuevo estatuto, por cuanto las facultades se integran con institutos universitarios, los que "tienen por objeto estimular el estudio e investigación de las ciencias puras sin finalidad utilitaria, propender al perfeccionamiento de la preparación científica necesaria para los estudios profesionales o para la docencia superior, y colaborar en el conocimiento, utilización y desarrollo de la riqueza nacional". Se establece que las escuelas universitarias están

destinadas a la enseñanza profesional superior. Se incluye, además, un título especial destinado a la extensión universitaria.

Durante el período rectoral del profesor Juvenal Hernández Jaque, aumentó el número de institutos y facultades, así como las carreras, bibliotecas, talleres y laboratorios. Se crearon las facultades de Comercio y Economía Industrial, Medicina Veterinaria, Arquitectura, Odontología, y Química y Farmacia. La Universidad de Chile se convirtió, además, en un centro de investigación científica e irradiación cultural de primera importancia en América. Las actividades de extensión artística generaron instituciones como la Orquesta Sinfónica de Chile, inaugurada en 1941; el Coro Universitario y el Ballet Nacional, ambos fundados en 1945; el Teatro Experimental, que inicia sus actividades en 1941; el Museo de Arte Contemporáneo inaugurado en 1947, y el Museo de Arte Popular Americano creado en 1943.

La extensión docente hacia las provincias, originó los Colegios Universitarios Regionales. Su desarrollo dio lugar a las Sedes Universitarias de provincia, que posteriormente, en 1981, se constituyeron en Universidades e Institutos Profesionales autónomos.

La expansión de la Universidad de Chile se refuerza durante la gestión rectoral del profesor Juan Gómez Millas. Especialmente relevante es el desarrollo de la ciencia en este período, en que se crean institutos de investigación y la carrera que permite a los investigadores la dedicación exclusiva al trabajo científico.

El trabajo universitario adquiere una relevancia cada vez mayor para el desarrollo nacional, especialmente en las áreas de salud, ciencias agropecuarias, ingeniería, prospección de recursos naturales y ciencias de la tierra.

Junto con la nueva organización de la antigua Universidad de Chile, se actualizó también el estatuto de las dos nuevas universidades mencionadas anteriormente, en el intertanto estas instituciones habían aumentado. A la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Concepción se habían añadido en Valparaíso el Curso universitario de derecho de los Sagrados Corazones, que luego se incorporó a la Universidad Católica del puerto, y la Fundación Santa María, establecida en 1926, que contaba con una escuela técnica. Entre 1931 y 1955, diversas leyes equipararon uno tras otro los grados y títulos otorgados por la Universidad de Chile con los conferidos por estas nuevas casas de estudio. Posteriormente se hizo otro tanto con los conferidos por la Universidad Técnica del Estado establecida en 1952, la Universidad Austral de Valdivia fundada en 1954 y la Universidad Católica del Norte, nacida en 1957. Con ello, cada una pasó a ser completamente independiente para establecer planes y programas propios.

Al mediar los años 60, con el fin del gobierno multipartidista en Chile, se inicia lo que Mario Góngora denomina “época de las planificaciones globales” es decir, el intento de utilizar los poderes y medios de acción del presidente para conformar el país según la ideología del partido o de los partidos gobernantes. Las universidades eran demasiado importantes como para dejarlas fuera de este proceso. Tal era el sentir entre políticos e intelectuales, que se pensaba que sólo los cambios en las estructuras sociales y una reforma

universitaria podrían salvar a Latinoamérica de un inminente estallido revolucionario al estilo de Cuba (Krebs, R “Los orígenes del movimiento de reforma universitaria y los primeros conflictos en la Universidad Católica”, en BACH 98, 1987). Así, a la pérdida de identidad de la universidad, se sumó el asedio, desde fuera, para convertirla en agente de cambio social.

El epicentro de la crisis universitaria se situó en las universidades católicas de Valparaíso y Santiago, cuyas casas centrales fueron tomadas y ocupadas por grupos de estudiantes en 1967. Se reclamaba por una reforma, una nueva universidad; concretamente se rechazaba la orientación profesionalizante de la universidad, la rigidez del currículo, el predominio de lo administrativo por sobre lo académico, la falta de investigación, el crecimiento inorgánico, el gobierno monárquico de un rector sin participación por parte de profesores, alumnos y personal administrativo. Aparte de este componente universitario, había en el movimiento estudiantil otro de orden político que pretendía hacer de la universidad un agente de cambio social. Se abogaba por una universidad “comprometida” que fuera a la vez “universidad para todos” y “conciencia crítica para la sociedad”.

Aunque grave, la crisis fue de breve duración. En 1973, al cabo de cinco años del inicio del movimiento estudiantil, las propias planificaciones globales promovidas desde el gobierno llegaron a su fin. Un pronunciamiento militar puso abrupto término a este estado de cosas en 1973.

A partir de septiembre de 1973, luego del quiebre del sistema democrático en Chile, la Universidad pasa a ser dirigida por rectores delegados, en su gran mayoría miembros de

las fuerzas armadas. Se impuso un sistema de gobierno interno autoritario cuyo objetivo fue la restauración de los principios jerárquicos y de lo que se denominaba " los fines propios" de la Corporación, a la que se pretendía mantener descontaminada de todo pensamiento crítico. Se incurrió en una visión esquemática de la labor universitaria y muchas veces se privilegió la obediencia y la disciplina por sobre los méritos académicos.

Al mismo tiempo, se fueron reduciendo drásticamente los aportes que entregaba el Estado a la Universidad, con lo cual ésta debió restringir cada vez más sus actividades.

El 3 de enero de 1981, por el D.F.L N° 1, se entregó la nueva legislación universitaria nacional, dictada por el gobierno militar. Con el fin de dar cumplimiento a esta ley, durante 1981 se realiza una profunda reestructuración de la Universidad de Chile, que pierde todas sus sedes de provincia, varias de sus carreras, entre ellas las pedagogías, y dependencias tradicionales, como el Instituto Pedagógico. Por D.F.L. N° 153 del Ministerio de Educación, de 11 de diciembre de 1981, publicado en el Diario Oficial del 19 de enero de 1982, se aprobó un nuevo Estatuto.

Durante todo el período en que la Universidad fue intervenida, se desarrolló una intensa actividad de académicos, estudiantes y funcionarios en defensa de la Corporación.

Con el regreso de la democracia, la comunidad académica eligió a sus autoridades, rector y decanos, y se inició el trabajo de restablecer la institucionalidad y la convivencia universitarias.

Entre 1981 y 1991 surge una multiplicación sin precedente de universidades y, con ello un aumento del estudiantado. En este período a las ocho universidades que ya existían se agregaron más de medio centenar de universidades novísimas. Paralelamente, la matrícula sube de 116.474 en 1982 a 146.720 en 1991 y el número de carreras sobrepasa ese año a las 550. Casi todas estas “novísimas” universidades, surgidas en la década 1981-1991 tienen su sede en la capital, la mayoría tiene por base sedes o escuelas fundadas con anterioridad por la Universidad de Chile. Algunas de estas nuevas universidades se desgajan de las ya existentes, otras, en su mayoría surgen a favor de la nueva ley sobre universidades de 1981. Destacan entre estas nuevas casas de estudios, la Universidad de Valparaíso y la Universidad de Playa Ancha que se desgajan de la U de Chile; la Universidad Técnica del Estado que en 1981 se descompone en la Universidad de Santiago, y siete otras constituidas sobre sus sedes en regiones. Así nacieron como entidades independientes, las universidades de Antofagasta, de Atacama, de La Serena, de Talca, Del Bio Bio, y la Universidad de la Frontera.

Diferencias en la Situación Laboral de los Géneros en la Educación Superior

Al estudiar a la población económicamente activa de 15 años o más, que se desempeña laboralmente en el área de educación, es posible constatar que ésta es mayoritariamente femenina, con una representatividad de un 65,7%. Lo anterior se ve incrementado en un 3,4% si se consideran las mujeres que cuentan con al menos 13 años de educación y que se desempeñan en dicho campo laboral. Este casi 70% de presencia femenina en la educación podría estar indicando que esta área resulta atractiva para dicho

género. Al surgir la inquietud por tener antecedentes que permitieran constatar si esta misma proporción femenina se presentaba en el subgrupo que constituye la educación superior de nuestro país, la Corporación de Promoción Universitaria se interesó en realizar una investigación que tuvo por objetivo efectuar un diagnóstico que permitiera describir la situación laboral y estudiantil del género femenino en la educación superior del país, abarcando a las universidades del Consejo de Rectores, las universidades privadas, los institutos profesionales y los centros de formación técnica.

A continuación se expondrán las conclusiones que se obtuvieron en esta investigación.

A partir de la información recopilada se construyeron cuadros resúmenes que muestran la presencia porcentual del género femenino en el sistema total de educación superior chileno.

RESUMEN INSTITUCIONAL

Rol que desempeña	Porcentaje Promedio de Mujeres
Rector	15,9
Vicerrectores	22,5
Decanos	9,4
Directores de Escuela	40,1
Secretarios de Estudio o Coordinadores Académicos	45,9
Personal administrativo	
- Directivos	33,9
- Operativos	48,9
Otros Funcionarios	40,4
Académicos	
- Jornada Completa	36,0
- Media Jornada	38,1
- Por Hora	33,7

Alumnos	
- Pregrado	50,0
- Posgrado	28,4
- Postítulo	47,9
Titulados	
- Pregrado	50,8
- Posgrado	20,5
- Postítulo	55,2
Ayudantes	38,8

De acuerdo a los antecedentes, se puede afirmar que la presencia femenina es minoritaria en todos los niveles de cargos de las personas que se desempeñan laboralmente en la educación superior. Esta presencia minoritaria es aún más marcada en el subsistema universitario, el que, a la vez posee un comportamiento mucho más homogéneo que el de los otros subsistemas analizados.

Las excepciones que se presentan corresponden a los Directores de Escuela en los Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica, a los Administrativos, tanto Directivos como Operativos, en los centros de formación técnica y los cargos catalogados como otros empleados en los institutos profesionales.

A mayor nivel jerárquico de los cargos, la diferencia entre las tasas del género masculino y femenino es aún más marcada.

En relación a los alumnos, tanto vigentes como titulados, existe en los niveles de posgrado y postítulo una presencia mayoritariamente masculina, lo mismo que en el nivel de ayudantes. Lo anterior no se cumple para el nivel de pregrado, donde se constata casi una equivalencia entre hombres y mujeres a nivel del sistema, existiendo mayoritariamente presencia femenina en los Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica. Por

último, sólo en el subsistema de los Institutos Profesionales existen más mujeres que hombres en los programas de Postítulo.

Al analizar los diferentes niveles de remuneraciones del sistema total, se pudo constatar la presencia mayoritaria del género masculino en todos ellos, lo que se consideró lógico al existir también una mayoría masculina para los distintos tipos de cargos. La única excepción a esta realidad la constituye el subsistema universitario en el nivel de remuneraciones bajo los \$100.000, donde el 52,5% de las personas que perciben estos ingresos, son mujeres.

De la misma manera, en el sistema general y en el subsistema universitario, a mayor nivel de remuneración existe una mayor presencia masculina. En el caso de los Institutos Profesionales, siempre existiendo una mayoría masculina, los porcentajes en los diferentes niveles de remuneración son relativamente parejos. Para los centros de Formación Técnica no existe una tendencia en los diferentes niveles de remuneración, dándose en todos ellos una clara presencia masculina.

Finalmente, parece importante destacar el hecho que en todos los subsistemas como en el sistema en general la presencia femenina en el rango de remuneraciones sobre \$1.000.000, es menor que la tasa de este género que se presenta en prácticamente la totalidad de los cargos Directivos Superiores. Esto indicaría que las mujeres que asumen cargos directivos pertenecen a las instituciones que remuneran en forma más baja o que dentro de una misma institución, las mujeres estarían percibiendo un ingreso menor para un mismo cargo. En el subsistema de las Universidades, al parecer esta misma situación se da también para los cargos no Directivos, en todas sus categorías, ya que a pesar de existir una

mayoría masculina en sus funcionarios, en el rango de remuneraciones bajo los \$100.000, ellos son minoría.

RESUMEN POR ÁREAS (presencia femenina)

Rol que desempeña	Área Arquitectura	Área Educación Parvularia	Área Computación	ÁreaAdministración de Negocios
Director	27,7	73,3	32,0	36,2
Secretario Estudio Académicos	40,4	58,9	20,1	46,6
- Jornada Completa	15,5	82,0	24,0	20,9
- Media Jornada	40,5	62,6	38,6	23,4
-Por Horas	27,6	72,9	23,1	25,9
Otros Funcionarios	78,8	88,6	36,8	85,0
Alumnos	52,0	99,5	36,7	42,0
Titulados	66,2	93,0	30,5	47,5
Ayudantes	39,3	89,1	32,0	42,6

En el área de Arquitectura los funcionarios directivos y los académicos, en todas las jornadas de trabajo, presentan una clara minoría femenina, destacándose los académicos que poseen una mayor permanencia, como son los de jornada completa, quienes representan la cifra más baja. Por otro lado, los otros funcionarios que se desempeñan en esta área sí poseen una clara presencia femenina, que sobrepasa al 75% de ellos.

Respecto a los alumnos de esta área, tanto los titulados como los que se encuentran cursando las carreras, son en su mayoría mujeres, pero al analizar las cifras relativas a los ayudantes, las mujeres conforman sólo casi el 40% de ellos.

El área de Educación Parvularia posee en todos los niveles analizados una clara presencia femenina, con valores que fluctúan entre un 63% y un 99,5%, la que es más notoria si se observa el subgrupo alumnos. Destaca el hecho que casi la totalidad de los alumnos son mujeres, sin embargo, el 10% de lo ayudantes son varones.

El área de Computación presenta un comportamiento bastante homogéneo de la presencia femenina en el área, para los distintos roles de funcionarios y alumnos, con una media de 30% de presencia femenina.

La presencia masculina en el área de Administración de Negocios es mayoritaria, a excepción del subgrupo Otros Funcionarios.

Se destacan las siguientes situaciones:

- La presencia femenina entre los funcionarios de la educación superior es minoritaria en todos los subsistemas analizados.
- En relación a las remuneraciones de los funcionarios del sistema, el sexo femenino no está accediendo a los niveles más altos.
- Entre los alumnos, sólo en los centros de formación técnica y los Institutos Profesionales, la presencia femenina es mayoritaria.

Específicamente en el subsistema Universidades se obtuvieron los siguientes porcentajes promedios de presencia femenina y masculina:

UNIVERSIDADES

CARGOS	% Promedio de Varones	% Promedio de Mujeres
Rector	88.5	11.5
Vicerrectores	90.4	9.6
Decanos	94.3	5.7
Directores de Escuela	75.4	24.6
Secretarios de Estudio	55.3	44.7
Académicos		
- Jornada Completa	70.6	29.4
- Media Jornada	63.8	36.2
- Por Horas	71.4	28.6
Personal Administrativo		
- Directivos	62.7	37.3
- Operativos	52.0	48.0
Otros Empleados	56.7	43.3

Alumnos Vigentes			
- Pregrado		56.1	43.9
- Postgrado		72.2	27.8
- Postítulo		55.9	44.1
Titulados			
- Pregrado		52.0	48.0
- Postgrado		77.5	22.5
- Postítulo		60.9	39.1
Ayudantes		60.9	39.1
REMUNERACIONES			
Bajo	\$100.000	49.9	50.1
Entre \$100.000 y	\$399.999	53.1	46.9
Entre \$400.000 y	\$699.999	58.1	41.9
Entre \$700.000 y	\$1.000.000	71.0	29.0
Sobre	\$1.000.000	90.4	9.6

Situación a nivel de la V región

Tomando en cuenta las universidades estatales de la región (Católica de Valparaíso, de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, de Valparaíso y Técnica Federico Santa María) se observa la siguiente distribución femenina y masculina en relación a cargos y remuneración analizados por el Centro de Promoción Universitaria.

INSTITUCIONES

CARGOS	UCV				UPLACED				UV				UTFSM			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Rector	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %	Masc %	Fem %
Vicerrectores	3	100	0	0	1	100	0	0	2	100	0	0	2	100	0	0
Decanos	9	100	0	0	5	100	0	0	6	100	0	0				
Director Escuela	31	93,93	2	6,06	6	75	2	25	13	81,3	3	18,7	13	100	0	0
Secretario Estudio	23	56,09	8	43,9	4	80	1	20	11	68,8	5	31,2	5	100	0	0
Académicos																
-Jornada Completa	287	80,06	69	19,3	125	66,1	64	33,9	148	66,4	75	33,6	223	92,5	18	7,5
-Media Jornada	90	64,29	50	35,7	88	61,97	54	38,0	113	68,4	52	31,5	14	70	6	30
-Por Horas	332	68,31	154	31,6	13	54,16	11	45,8	270	76,9	81	23,0	189	78,75	51	21,2
REMUNERACIÓN																
Bajo \$100.000	78,1		22		50		50		66,4		33,6		75		25	
\$100 a \$399 mil	59,53		40,47		53,20		46,79		60,8		39,2		66		34	
\$400 a \$699 mil	51,02		48,98		60,15		39,84		54,1		45,9		68		32	
\$700 a \$1000 mil	82,35		17,65		67,12		32,87		75,4		24,6		92		8	
Sobre \$1000 mil	100		0		85		15		84,9		15,1		93		7	

Describiendo estos resultados se puede decir que los cargos de rector, vicerrector y decano son ejercidos por hombres en las cuatro universidades. Directores de escuela y secretarios de estudio son en su gran mayoría hombres, destacándose la Universidad Católica donde sólo un 6% de los directores de escuela son mujeres y la Universidad Santa María donde estos cargos no son ocupados por mujeres. En cuanto a los académicos en las tres jornadas de las 4 universidades la mayoría de ellos son hombres, a excepción de la Universidad de Playa Ancha donde los académicos que se desempeñan por horas son sólo 10% más que las académicas, destaca la jornada completa en la Universidad Santa María donde sólo un 7,5% de los académicos son mujeres.

En cuanto a las remuneraciones, en todos los niveles se observan más hombres que mujeres con excepción de la Universidad de Playa Ancha donde en el nivel bajo \$100.000 se ubican la misma cantidad de hombres y mujeres. En el nivel sobre un millón es donde las diferencias son más grandes, en las 4 universidades sobre aproximadamente el 85% de los funcionarios que ganan esta cantidad son hombres, en la Universidad Católica no hay mujeres en este rango de remuneración y en la Universidad Santa María sobre el 90% de las personas en este nivel y el anterior correspondiente a \$700 mil a \$100 mil son hombres.

Mujer y trabajo

Muchos factores han contribuido a que la mujer haya abandonado su casa para dedicarse al trabajo remunerado; generalmente esto lo hace por necesidad, y como una forma de contribuir al ingreso familiar. Los hechos más importantes que han convertido a la mujer en fuerza de trabajo son: las guerras, las crisis económicas y la industrialización.

La participación femenina en el mercado de trabajo de América Latina ha aumentado notablemente los últimos 20 años, aunque en forma desigual en los distintos países: Brasil, México, Colombia y Uruguay presentan, tasas de participación femenina superiores al 30%, con una inmensa penetración en los diversos sectores de la economía. Brasil y Uruguay alcanzan el 39%; en cambio otros, como Ecuador, Costa Rica y Guatemala, aún presentan una participación de menos del 25%.

Recientes estudios sobre el continente, vinculan la expansión del trabajo femenino a los procesos de globalización. En ellos se llama la atención sobre las relaciones entre el modelo de industrialización orientado al mercado externo, la instalación de empresas transnacionales y la feminización de la fuerza de trabajo.

No obstante ciertos avances de la participación femenina en el mercado de trabajo de la región, las mujeres siguen representando, de hecho, la mayor proporción de personas empleadas en ocupaciones más precarias de los sectores formal e informal (OIT, 1993).

Datos de 1990 sobre la participación femenina en el sector informal de Brasil, muestran que las mujeres trabajan a domicilio con mayor frecuencia que los hombres. Si agregamos que el 12,3% efectúa su trabajo en domicilio de otros, vemos que más del 50% de las mujeres, empleadas en pequeños establecimientos del sector urbano, realiza su trabajo

en el contexto doméstico. Por otro lado, el 82,8% de las personas que realizan trabajo en su propio domicilio, son mujeres. Así mismo, la mayoría de los trabajadores a tiempo parcial son mujeres. Aunque ellas representan, apenas el 36,4% de la población urbana empleada en establecimientos de hasta 5 trabajadores, constituyen el 65% de los trabajadores ocupados a tiempo parcial (jornada inferior a 40 horas semanales). Más de la mitad de las mujeres trabaja a tiempo parcial, en tanto que sólo lo hace el 15,5% de los hombres (Abreu, J y SorJ 1994).

En el caso de Chile, la fuerza de trabajo femenina es de alrededor de 1 millón 400 mil trabajadoras; algo más del 30% de la fuerza de trabajo total. La tasa de participación de las mujeres tiene una tendencia creciente. Asimismo, se sabe que existe un importante subregistro del trabajo de las mujeres, especialmente en lo que se refiere al sector informal.

Aunque la mujer entra al mercado de trabajo, y a pesar de una tendencia al aumento de su participación en la fuerza de trabajo, la división sexual permanece vigente, así como el modelo cultural que lo sustenta, permaneciendo la mujer como responsable de las tareas ligadas a la reproducción: cuidado del hogar y de los niños. Esto también determina la ubicación de la mujer en el mercado de trabajo, mercado que está segregado por sexo, hay trabajos de hombre y trabajos de mujer, lo cual se traduce en desigualdades de ingreso, de oportunidades y de condiciones de trabajo. Esta segregación no es neutra, sino que perjudica sistemáticamente a las mujeres, que se concentran en un menor número de ocupaciones, que son las peor remuneradas y que a la vez, ocupan las posiciones más bajas de la jerarquía.

En cuanto a la fuerza de trabajo femenina, el 42% se concentra en las dos ocupaciones de más baja jerarquía: vendedoras y servicios, principalmente domésticos. La principal ocupación femenina es el trabajo de casa particular, que concentra una cuarta parte de la fuerza laboral femenina.

En relación a las mujeres profesionales, el 57% son profesoras o maestras, 24% son enfermeras es decir, aún dentro de esta categoría, las mujeres se concentran en ocupaciones peor remuneradas y de más bajo prestigio social.

También se observa una diferencia de ingresos entre hombres y mujeres por grupos de edad. Las trabajadoras jóvenes, son las que tienen una menor diferencia, en el grupo entre 15 y 19 años, las mujeres reciben el 97% del ingreso de los hombres. En el tramo de 20 a 25 años, el 94% y en el tramo 26 a 55, que es donde se concentra la mayoría de las trabajadoras, reciben el 57%; a más de 55 años baja a 52%. Esto muestra que hombres y mujeres parten bastante iguales, pero mientras que los hombres hacen carrera, las mujeres se estancan, aumentándose la brecha con la edad.

Es notorio que la peor relación de ingresos de las mujeres respecto de los hombres se encuentra dentro de las profesionales, que ganan menos de la mitad de lo que ganan los hombres; esto se explica fundamentalmente porque se ubican en profesiones mal remuneradas como es el caso de la docencia. Es decir, la diferenciación de ingresos se explica en primer lugar por la discriminación de empleo. (Depto. de comunicaciones, SERNAM)

El trabajo es, sin lugar a dudas, una de las actividades más importantes del ser humano del siglo XX. Mediante el trabajo produce, establece lazos de amistad, aprende y

crece como persona. Así, aquel debería ser fuente de salud y de bienestar. No siempre es así. Muchas veces se realiza en condiciones adversas que agotan y desgastan y que se expresan finalmente en dolores y enfermedades (Díaz y Schlaen, 1994). En el caso de la mujer, el incorporarse al trabajo, le ha significado asumir el rol de mujer profesional (en el caso de las académicas) sin abandonar sus tradicionales obligaciones de esposa, madre y dueña de casa lo cual le genera serios costos personales y familiares derivados fundamentalmente de su condición de género (Bernal, Olivares, Parterrieu; 1999).

La relación entre condiciones de vida, trabajo y salud mental ha sido extensamente trabajada dentro de la corriente de los estudios de género. Este tipo de trabajo intenta precisar algunas de las consecuencias que tienen en la salud mental de las mujeres, las condiciones actuales en las que se desarrolla, para un vasto sector, el trabajo femenino. Es así, que nuestro estudio intentará analizar las particularidades de estas variables en el ámbito de la mujer profesional académica universitaria.

En las últimas décadas la situación de la mujer en Chile ha experimentado un cambio revolucionario con su masiva y progresiva incorporación a los distintos ámbitos de la vida nacional (entre estos el acceso a la vida profesional). En Chile más de un tercio de la fuerza laboral está constituida por mujeres (36,6 %). A pesar de ello, persisten niveles de discriminación que aún no les permiten la plena igualdad de oportunidades. Respecto de los salarios, hay enormes brechas entre lo que ganan hombres y mujeres con igual preparación en un mismo empleo. Esta brecha se amplía en el nivel profesional, donde el sueldo de una mujer puede llegar a ser el 50% menos del sueldo de su colega varón.

Uno de los principales mecanismos de discriminación se da a través de la mantención de estereotipos que asignan a la mujer la crianza de los hijos y las tareas domésticas, y al hombre el rol de proveedor.

Los mecanismos de discriminación más importantes en la educación ya no están en el acceso al sistema escolar, si no en la calidad y modalidad de la enseñanza que limita la participación equitativa de las mujeres en los niveles superiores y en sus opciones laborales. Mientras las matrículas femeninas en la enseñanza media representan el 50,8% del total, a nivel universitario este porcentaje baja a 39,5%. En el acceso a la educación de post-grado, la participación de las mujeres desciende a 28%. Cuando se trata de elegir una carrera, queda clara la persistencia de patrones culturales tradicionales: las mujeres escogen preferentemente carreras que son una extensión de su rol materno y doméstico, hoy se le otorga el derecho a trabajar, no visto como una obligación, sino como una posibilidad que tiene que supeditar a su rol fundamental. Es así como la mujer continúa sintiendo que su rol central, y en relación al cual ordena y prioriza los demás roles, es el rol maternal (Bernal, Olivares, Parterrieu; 1999).

La dinámica del trabajo obliga, muchas veces, a la mujer profesional a mantener latente durante el desarrollo de sus actividades laborales, su rol de mujer, esposa, dueña de casa, madre, etc.; lo que le genera la tensión propia de sentir que debe estar tanto integrada a su espacio laboral, como atenta a las necesidades de su hogar. Es decir, se ve obligada a desempeñar una doble jornada de trabajo, entendida como “el desarrollo de las actividades de hogar típicamente asignadas a la mujer y por otra parte, el desempeño de una actividad

remunerada generalmente para contribuir al gasto familiar más que para el desarrollo propio".

Creemos que para el caso de las mujeres profesionales académicas quizás, esta situación no se dé totalmente de este modo, ya que, por tratarse de un nivel profesional universitario generalmente pertenecen a un nivel socioeconómico medio, que en ocasiones permite tener acceso a elementos que facilitan su eficiente quehacer profesional, como son los jardines infantiles, asesoras de hogar, etc

Mujer y educación

Evaluaciones en la situación educativa de la mujer en América Latina y el Caribe, llevan a conclusiones contradictorias. Por una parte, se puede afirmar que en los últimos 15 años la educación es el campo donde las mujeres han obtenido mayores logros en términos de acceso y de rendimiento, hasta superar la situación de los varones en varios países y, en los casos donde la igualdad no ha sido lograda, todavía el impulso está dado y la situación va a seguir mejorando. Por otra parte, a pesar del carácter globalmente positivo del proceso educativo en la región, se señala la permanencia de temas estructurales graves, entre los cuales sobresalen las diferencias entre países y al interior de los mismos en cuanto a la expansión de la cobertura educativa, el mantenimiento de altas tasas de analfabetismo femenino en áreas rurales e indígenas y entre mujeres mayores de 45 años.

Si hoy la igualdad de acceso a los sistemas educativos parece ser una realidad para los y las jóvenes de menos de 25 años de edad, la discriminación de las mujeres subsiste en cuanto a los aspectos cualitativos de la educación. En este sentido el problema no es saber

cuántas mujeres estudian, sino qué estudian y cuál es la calidad de la educación y el ambiente de estudio.

En el plano educativo se expresaría, por ejemplo, la revalorización de áreas de conocimiento, habilidades e intereses que han sido tradicionalmente femeninos, como la crianza y el cuidado de la familia y del medio ambiente, la preservación de la vida, etc.

En el caso específico de Chile en cuanto a educación, se puede decir que la situación de las mujeres ha mejorado notablemente. A fines de los 90' las mujeres ocupan la mitad de las matrículas de enseñanza básica y media, si bien en la enseñanza superior sólo alcanzan el 44% del total de las matrículas. El rendimiento escolar es superior en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, a la hora de la elección profesional, las mujeres eligen carreras de menor prestigio e ingresos. Las mujeres que trabajan tienen en promedio más años de estudio que los hombres, lo que es apreciable aún en las desocupadas. Todo indica que el mayor nivel de estudios adquiridos no ha mejorado en igual medida su situación ante el mercado de trabajo. Ello también porque la orientación de la formación profesional de la mujer no se corresponde con la estructura productiva del país.

A mediados de los 90, la mujer alcanza un nivel educativo similar al del varón, superándole ligeramente en el nivel medio (52%), pero siendo aún menor en el nivel superior (43%). Los niveles educativos son marcadamente peores en las mujeres de edades avanzadas y las que habitan en zonas rurales.

En cuanto a matrícula, las mujeres son ligeramente minoritarias en la enseñanza básica regular (48,6%) y ligeramente mayoritarias en la enseñanza media (51%). En la enseñanza superior, tienen una participación del 44%.

Las mujeres acceden en menor medida que los hombres a la educación superior (44% de esa matrícula). Acuden más que los hombres a Institutos Profesionales (54,5%) y en proporción similar a Centros de Formación Técnica (50,1%), pero notablemente menos a la enseñanza propiamente universitaria (45,3%).

Panorama universitario de la mujer en Chile

En el caso específico de Chile en cuanto a educación universitaria, se puede decir que la situación de las mujeres ha mejorado notablemente. Para estudiar con mayor cabalidad el proceso de participación de la mujer en la universidad en Chile, es necesario remontarse al año 1877, fecha en que se permitió oficialmente el ingreso de la mujer a la universidad. El decreto que permitía su acceso consideraba que : 1) “conviene estimular a las mujeres a que hagan estudios serios y sólidos”. 2) que ellas pueden ejercer con ventaja algunas de las profesiones denominadas científicas; 3) que importa facilitar los medios de que puedan ganar subsistencia por sí mismas. Decreto: se declara que las mujeres deben ser admitidas a rendir exámenes válidos para obtener títulos profesionales, con tal que se sometan para ello a las mismas pruebas a que están sujetos los hombres (Felicita Klimpel, la mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile, 1910-1960. Stgo., Ed Andrés Bello, 1962, p.232).

Se podría hablar de un período de pioneras en la Universidad el que va desde 1880 hasta los primeros 25 años del siglo XX; siendo las primeras mujeres las tituladas de las carreras de Medicina y Derecho. Desde el punto de vista de los estudios humanísticos, el primer campo de interés femenino fueron las Leyes. En lo que a estudios pedagógicos se

refiere, el inicio de este siglo coincidió con la exigencia de tener el grado de Bachiller para poder ingresar al Pedagógico de la Universidad de Chile. Esta carrera atrajo a las mujeres desde el comienzo, al punto que muy pronto el número de mujeres tituladas sobrepasó al de los hombres. Hasta 1927 se titularon 644 profesoras de Estado y de ellas lo hicieron en Castellano, 29%; Matemáticas y Física 11%; Francés 12%, Inglés 14%, Alemán 3%, Historia %, Ciencias biológicas y Química 21% (Actividades femeninas en Chile, p. 435). De esta etapa que se puede denominar como pionera, podemos deducir que: si bien inicialmente, la mujer poco a poco se va incorporando a la vida universitaria, destacándose el interés de ésta en el área pedagógica y de salud, el interés por los estudios pedagógicos significó que el Instituto Pedagógico atrajera durante el principio de este siglo, alumnos de la mayor parte del continente americano. De lo anterior podríamos deducir que la motivación por la enseñanza no sólo afectó a las mujeres chilenas sino que también a las extranjeras.

Frente al interés que despertó la mujer por los estudios en el área de la salud, se puede sostener que respondió a una tónica general del momento, ya que la labor social realizada a través de las instituciones benéficas que tuvieron gran importancia a comienzos de siglo, se orientaron también en este sentido, lo que estaría indicando que uno de los valores más importantes de la mujer chilena se dirigió hacia el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

Una nueva etapa universitaria se abrió en la década del 60. Por una parte estuvo la proliferación de sedes universitarias a lo largo del país y por otra, se abrió un espectro de posibilidades al ser creadas nuevas carreras. Ya en 1970 el 0,88% de la población asistía a

la universidad en sus niveles postsecundarios y postgrado; de este porcentaje el 61,5% eran hombres y el 38, 42% eran mujeres (Universidad de Chile, Instituto de investigaciones estadísticas “Alumnado de las Universidades Chilenas”. Informativo estadístico n°23. Stgo, 1971). Hacia finales de los 90, la tendencia por las carreras mayoritariamente elegidas por mujeres coincide con las etapas anteriores; siendo principalmente aquellas orientadas a la educación, salud y ciencias sociales.

Respecto al tipo de carreras elegidas, las mujeres se concentran mayoritariamente en aquellas orientadas a la educación, salud y ciencias sociales.

A nivel de la V región, las universidades locales concentran el 39% de mujeres. La carrera que cuenta con mayor participación de mujeres es la Pedagogía, en segundo lugar las del área salud (principalmente enfermería) y en tercer lugar, ciencias sociales. Las carreras tecnológicas son las que concentran un menor número de mujeres.

A inicios de los 90, mientras que la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación está conformada en un 70% de mujeres, la Universidad Técnica Federico Santa María sólo lo estaba en un 18%. (La mujer en la V región, docto. de trabajo, Casa de la Mujer).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué nivel de bienestar psicológico presentan las académicas y académicos de una Universidad estatal de la V región?

¿Existen diferencias en el bienestar psicológico de las académicas y académicos según algunas variables personales y profesionales?



OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Estudiar y analizar el bienestar psicológico en una muestra de académicas y académicos de una Universidad estatal de la V región.
- Establecer si existen diferencias en el bienestar psicológico de las académicas y académicos según algunas variables personales y profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el bienestar psicológico (a través de los instrumentos: GHQ de Golberg, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Depresión de Beck, e Ítem de satisfacción con la vida actual de Warr) en una muestra de académicos de una Universidad estatal de la V región.
- Determinar si los académicos de la muestra, presentan diferencias en su nivel de bienestar psicológico (a través de los instrumentos: GHQ de Golberg, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Depresión de Beck e Ítem de Satisfacción con la Vida Actual de Warr), considerando su género, edad, situación familiar y apoyo social familiar.
- Precisar si los académicos de la muestra, presentan diferencias en su nivel de bienestar psicológico (a través de los instrumentos: GHQ de Golberg, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Depresión de Beck e Ítem de Satisfacción

con la Vida Actual de Warr), según su profesión, función, situación contractual, cursos de perfeccionamiento, años de experiencia laboral y jornada de trabajo.

II. FUNDAMENTO TEÓRICO

Perspectiva psicosocial del empleo

Trabajo y Empleo

El término *trabajo* es un significante estático e invariable que, sin embargo, remite a una pluralidad de significados dinámicos y variables. Se refieren, por un lado, a un tipo específico de actividad humana, desarrollada en determinadas situaciones y contextos socioeconómicos y, por otro, a las construcciones socioculturales del sentido y del valor de tal experiencia.

El componente nuclear que sirve de común denominador a todas las formas históricas de tal actividad consiste en la inversión consciente e intencional (retribuida o no, con o sin cláusulas contractuales) de una determinada cantidad de esfuerzo (individual o colectivo) en orden a la producción de bienes, elaboración de productos o realización de servicios con los que satisfacer algún tipo de necesidades humanas.

Peiró describe el trabajo como “ el conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad, la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social (1989, 163).

El *empleo*, constituye una modalidad particular sociohistóricamente determinada de *trabajo*, caracterizada por una relación jurídico – contractual, de carácter voluntario entre *dos* partes: la *contratada*, que vende su tiempo, esfuerzo, habilidades y rendimiento de *trabajo*, y la *contratante*, que los compra, generalmente mediante dinero y ocasionalmente a *cambio* de bienes y/o servicios (Jahoda, 1982; O Brien, 1986, 1987). Se suele utilizar la *expresión actividad laboral* como sinónimo de trabajo y empleo, entendiéndose por *trabajar* la obtención de dinero en una situación de *empleo* contractual (MOW, 1987).

Lo que determina que un *trabajo* sea o no *empleo* no es, pues, el contenido de la *tarea*, sino el contexto (contractual o no) en que se desarrolla.

Enfoques teóricos

Con el fin de explicar el impacto del desempleo en la salud mental se han *desarrollado* diferentes enfoques teóricos y/o modelos psicosociales, los que en su *formulación* han debido referirse a las funciones y/o características del trabajo. Es por esto *que* se considerarán aquellos enfoques que contemplan al empleo en su análisis, como parte *del* marco teórico de este estudio, tal como se ha hecho en anteriores tesis sobre el tema.

Teoría de la privación versus teoría de la agencia.

La *teoría de la privación* de Jahoda (1982/87) es central en el debate sobre los *intentos* de explicación psicosocial de la experiencia del desempleo.

De acuerdo con esta autora, el empleo como institución social cumple una serie de *funciones* que pueden ser agrupadas en manifiestas y latentes. Si la función manifiesta del

empleo es la de proveer al trabajador de unos ingresos económicos, las funciones latentes serían (Jahoda, 1979):

- 1.- El empleo impone una estructura temporal a nuestra vida diaria.
- 2.- Implica experiencias y contactos regulares compartidos con personas fuera de la familia nuclear.
- 3.- Une al individuo con metas y propósitos que trascienden los suyos propios.
- 4.- Define importantes aspectos del estatus personal y de la identidad.
- 5.- Fuerza el desarrollo de una actividad.

Para la teoría de la privación, las consecuencias objetivas derivadas del empleo son aplicables a todos los individuos independientemente de sus características afectivas, cognoscitivas o motivacionales (Jahoda y Rush, 1980). El trabajo, satisficaría necesidades psicológicas universales (Jahoda, 1986).

Tal vez en este punto, el modelo de Jahoda carezca de un enfoque teórico que tome en cuenta la dimensión simbólica de las necesidades, el componente cultural y social en la construcción de las mismas. Como señala Baudrillard (1969/73), las necesidades deberían ser consideradas como productos sociales donde juegan un papel destacado los aspectos valorativos asociados a su satisfacción. Es sólo adoptando esta perspectiva como es posible entender las funciones que cumple el empleo, así como el valor positivo e incluso el carácter moral otorgado al desempeño de rol ocupacional de las sociedades occidentales.

El enfoque de Jahoda incluye otro aspecto que es preciso destacar, y es la incorporación de una perspectiva histórica en el estudio psicosocial de los efectos del desempleo. La aportación de Jahoda, al estudiar y comparar los efectos de desempleo en los

años 30 y en la actualidad, revela la utilidad de tener en cuenta la dimensión histórica si queremos conocer las repercusiones del desempleo.

Warr (1982), amplía las funciones que para Jahoda cumple el empleo y describe nueve características negativas asociadas a la situación de desempleo, que explican el deterioro en el bienestar psicológico en las personas desempleadas. Éstas son las siguientes:

- 1.- Reducción de ingresos
- 2.- Restricción en la variedad de la vida personal
- 3 Reducción de metas y actividades.
- 4 Disminución de la capacidad en la toma de decisiones.
- 5 Menos desarrollo de los conocimientos y capacidades personales.
- 6 Exposición a actividades psicológicamente desestabilizadoras.
- 7 Incremento en la inseguridad acerca del futuro.
- 8 Restricción de las relaciones interpersonales y,
- 9 pérdida de la posición social y deterioro del autoconcepto y la autovaloración.

Podemos resumir la teoría de la privación como el marco teórico donde explicar la experiencia psicológica de un suceso social; el engranaje entre necesidades psicológicas y presiones socioestructurales que determinan en el caso del desempleo una experiencia de privación subjetiva, la privación de las categorías de experiencia latentes asociadas a un puesto de trabajo en las sociedades occidentales contemporáneas.

En contraposición a la teoría de la privación, la *teoría de la agencia*, si bien tiene en cuenta los cambios producidos en el contexto institucional del empleo, considera que las

consecuencias negativas derivadas de la pérdida del trabajo, no se producen como consecuencia de una privación de las funciones latentes asociadas al mismo, sino por el complejo entramado de conductas y cogniciones nuevas que todo cambio social comporta (Fryer y Payne, 1984). El énfasis puesto en las limitaciones socioestructurales y en las presiones de tipo social y psicológico que para Jahoda (1984, 1986) impone el desempleo, se traslada al énfasis puesto en los problemas cognitivos y de maximización de la conducta. Según Fryer y Payne, las desventajas que sufren los desempleados no son forzosamente debidas a una falta de ventajas ofrecidas por el empleo, sino que es probable que algunos problemas no son sólo el resultado de una falta de apoyo sino las consecuencias derivadas de tratar de entender y enfrentarse con su situación. Ya no es la privación de necesidades psicológicas, sino la privación de una conducta autodirigida lo que explicaría el deterioro psicológico tanto de las personas empleadas como de aquellas que no tienen un empleo (Fryer, 1986).

En definitiva, la teoría de la agencia considera al hombre como ser activo que organiza y dirige su propia conducta. La frustración en cualquier punto de esta secuencia de conducta autodirigida suscitaría en la persona mecanismos de reacción y enfrentamiento dirigidos a lograr la independencia y el control sobre su comportamiento.

La mayor parte de las críticas realizadas a la teoría de la privación podrían resumirse en la imposibilidad de contrastación empírica del enfoque, debido a sus imprecisiones teóricas y metodológicas. Sin embargo, las críticas realizadas en ese sentido no parecen muy justificadas. Estudios cuantitativos (Henwood y Miles, 1987 o Miles, 1983) o cualitativos (Fagin y Little, 1984 o Jahoda y otros, 1936/72) apoyan empíricamente a los dos supuestos

básicos de la teoría de Jahoda: que el empleo provee de ciertas categorías de experiencia y que el acceso a las mismas tiene repercusiones en el bienestar psicológico de las personas.

La teoría de la agencia, ha sido criticada por no tener en cuenta el análisis del poder de las instituciones sociales y por reducir la realidad social a sus aspectos más psicológicos (Jahoda, 1984; 1986) o por perder de vista la especificidad de las relaciones que produce el desempleo como característica de la estructura socioeconómica y como categoría de experiencia (Torregrosa, 1987, p. 11).

Teoría de la incongruencia mental

La teoría de la incongruencia mental, tal y como es enunciada por Tazelaar (1989) pretende explicar y predecir la conducta basándose en dos supuestos:

1. Las limitaciones que impone todo contexto social en la realización de una acción
y
2. las disposiciones o inclinaciones individuales a llevar a cabo dicha acción.

Desde la perspectiva de esta teoría, las distintas reacciones de los desempleados quedarían explicadas por la disonancia entre elementos evaluativos y elementos cognitivos. En las personas sin empleo esta disonancia quedaría reflejada en el desequilibrio producido por la incongruencia entre el elemento evaluativo “debería estar empleado” y el elemento cognoscitivo “estoy desempleado”. A esta incongruencia inicial de “elementos mentales primarios” se le añadirían “elementos evaluativos y cognoscitivos secundarios”, fuente de posibles nuevas incongruencias.

El contexto situacional definido por las condiciones del mercado y el contexto normativo dado por el apoyo o presión recibida por el individuo para retornar a dicho mercado de trabajo, junto con los elementos evaluativos y cognitivos ya señalados forman el esquema interpretativo sobre los efectos psicológicos del desempleo en la teoría de la incongruencia mental.

En las circunstancias en las que se produce un desequilibrio causado por la incongruencia entre elementos evaluativos y cognitivos, la reducción de la misma puede realizarse a través del cambio en, al menos, uno de estos tres niveles: conducta, valores y/o cognición.

Se podría calificar a la teoría de la incongruencia mental como una teoría del equilibrio, en la que se postula, al igual que en teorías similares como la de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1957/1975), la tendencia de todo organismo a reducir o minimizar la disonancia o a reducir el estrés producido por la incongruencia entre elementos valorativos y cognoscitivos.

Si bien la orientación cognitivista en la que se encuadra la teoría de la incongruencia mental puede ayudar a comprender la diversidad de los efectos provocados por el desempleo, corre el peligro de obviar el marco social donde interpretar los procesos psicológicos asociados a la experiencia del desempleo.

El modelo de roles y vitamínico

Warr (1984b) define los cambios producidos por la pérdida del empleo como un proceso de transición y cambio de roles. Cada rol puede ser definido, de acuerdo con este autor, en función de su contenido y de sus resultados. Con relación al contenido, un rol llevaría aparejadas unas tareas, unas rutinas, una posición social y un medio físico propio. En el caso de la pérdida del puesto de trabajo, el contenido del rol de la persona desempleada se caracterizaría, aparte de por una disminución en los ingresos, por un número escaso de tareas y rutinas, por una reducción en las relaciones sociales y por una pérdida del espacio físico donde se realizaban las actividades relativas al trabajo.

Por otro lado, los cambios en los contenidos de un rol suponen, en cuanto a sus resultados, unos costes y unos beneficios tanto físicos como psíquicos y materiales.

Los costes que también se derivan de una situación de empleo – reducción de la libertad de acción, limitación del tiempo libre, aburrimiento, fatiga, conflictos interpersonales, estrés físico y psicológico e incluso deterioro de la salud – son, según este autor, para la mayoría de las personas, inferiores a los que se derivan de los cambios asociados a los que se derivan de los cambios asociados a la pérdida del antiguo rol ocupacional – incremento de la inestabilidad, impredecibilidad y falta de control personal. Ciertos cambios producidos en la transición del rol de empleado a desempleado requerirían, a su vez, de un nuevo aprendizaje y una reorientación, lo que unido a los costes señalados provocaría consecuencias psicológicas negativas.

Con posterioridad, el propio Warr (1987) desarrolla un modelo donde integrar los resultados de las investigaciones sobre los efectos de diferentes ambientes sociales en la

salud mental, con especial referencia al trabajo y al desempleo. Denomina vitamínico a su modelo ya que, según sus palabras: “El medio tiene sobre la salud mental una influencia semejante al efecto de las vitaminas sobre la salud física”.

Transiciones psicosociales

Para Parkes (1971), la pérdida del empleo, cuyos efectos psicológicos son parecidos a otros tipos de pérdida, reúne las características de una transición psicosocial: tiene lugar en un corto período de tiempo, sus consecuencias son duraderas y, por último afecta al mundo de nuestra experiencia cotidiana.

Parkes hace uso del concepto lewiniano de espacio vital, para explicar las pérdidas que se producen en el medio donde se organiza la conducta de los desempleados; tales pérdidas – del lugar de trabajo, de las relaciones con los compañeros de trabajo y de los ingresos económicos – imponen una falta de control individual sobre aquel espacio vital que se asumía, previamente, como natural y están, a su vez, asociadas a cambios en la concepción subjetiva del mundo. Entre esos cambios destacan los relacionados con la estructuración del tiempo, los ingresos económicos, la confianza en la propia capacidad de trabajo, la creencia en el mundo como un lugar seguro y, por último, las expectativas de futuro y familiares.

Teoría de la autoeficacia y locus de control

El enfoque teórico de la autoeficacia (Bandura, 1977) enfatiza la importancia de los sentimientos de eficacia personal en la realización de una tarea. Según este autor las personas con una elevada confianza en su competencia muestran una mayor persistencia en conductas de enfrentamiento.

Aunque presentan similitudes, esta perspectiva teórica se diferencia de la teoría del desvalimiento aprendido de Seligman (1975/81) y del concepto de *locus* de control de Rotter (1966) en que pone el énfasis en la creencia de competencia personal más que en los resultados derivados de la acción. En el caso de la persona desempleada habría que tener en cuenta no sólo la percepción de controlabilidad, sino también las creencias acerca de la competencia personal para resolver la situación de desempleo.

Diversos trabajos indican que las personas desempleadas muestran una orientación de control externo, manifestando una menor libertad de elección y control en comparación con grupos de trabajadores empleados con distintos estatus ocupacionales. Es decir, las personas desempleadas tienden a percibir los resultados de su conducta como controlados por factores externos a ellas, pudiendo considerarse así los efectos negativos del desempleo como consecuencia de la falta de control que los desempleados tienen sobre diferentes aspectos de sus vidas. (cit. en Álvaro, 1992).

Funciones de la actividad laboral

El trabajo, y más concretamente el empleo, no sólo cubre una considerable parte de nuestro tiempo diario, sino que es en sí mismo un importante factor de socialización.

Además de las estrictamente económicas, el trabajo tiene otras connotaciones, que dependen del entorno sociocultural. Por ejemplo, Sigmund Freud, al llegar, en 1938, a su exilio londinense, ante la pregunta de un periodista sobre los indicadores psicológicos de la salud mental, responde: *amar y trabajar*. Desde un punto de vista psicológico constituye, como señala el mismo Freud, el principal vínculo de unión entre la persona y la realidad.

Por su parte, la *Oficina Internacional del Trabajo* (OIT, 1961) establece que “una oportunidad de trabajo productivo no es meramente un medio para conseguir ingresos (...) es un medio de autoestimación, para el desarrollo de las potencialidades del ser humano y para alcanzar un sentimiento de participación en los objetivos de la sociedad”.

El *Preámbulo del Libro Blanco sobre Crecimiento, Competitividad y Empleo* (CCE, 1994) presenta “el trabajo como factor de integración social”.

Marie Jahoda (1982), investigadora psicosocial sobre el desempleo, trata de explicar la nostalgia del empleo en personas desempleadas, incluso en los casos en que tienen garantizados por otras vías los medios del sustento material. Para ello, se apoya en la sociología funcionalista de Merton (quien se inspira en la concepción freudiana de los síntomas). Según ella, la disfuncionalidad psicosocial del desempleo cobra significado y sentido a la luz de las funciones psicosociales del empleo en el sistema industrial: esa institución social desempeña una función manifiesta de carácter instrumental, en tanto que medio de ganarse la vida, al tiempo que cumple otra serie de funciones latentes que

posibilitan la adaptación de las personas empleadas al principio de realidad de la sociedad industrial (estructuración del tiempo cotidiano, regulación de contactos sociales, imposición de metas transindividuales, contextos para la socialización secundaria, y asignación de roles, estatus e identidad). Según la autora, es precisamente la *deprivación* de las *categorías de experiencia* asociadas a esas funciones *latentes* lo que determina la cascada de *consecuencias disfuncionales* características de la experiencia psicosocial del desempleo.

Inspirándose en la función de las vitaminas sobre la salud física de un organismo, Warr (1987) aporta un modelo explicativo de la relación no lineal entre la situación sociolaboral y el bienestar psicológico. Su *modelo ecológico* (o vitamínico) establece nueve categorías vitamínicas de las que es función la calidad de vida personal.

Un déficit de vitaminas siempre repercute negativamente sobre el organismo. Un nivel óptimo de dosis vitamínicas tiene la correspondiente incidencia positiva sobre la salud. En situaciones de exceso vitamínico, pueden darse dos tipos de efectos.

Según Warr, ciertos trastornos psicológicos característicos de situaciones de desempleo, subempleo, jubilación o simple inactividad laboral resultan explicables en términos de *déficit vitamínico general*. En contraposición, buena parte de las situaciones de estrés laboral son diagnosticables como de hipervitaminosis.

A continuación se describirán en detalle las funciones que cumple el trabajo entendido como empleo.

Trabajo e ingresos económicos

El trabajo en su dimensión económica es el medio principal a través del cual la persona se relaciona con la sociedad y contribuye, mediante la provisión de bienes y servicios, al mantenimiento de la misma. Este vínculo entre la persona y la sociedad posibilita, además, un sentimiento de participación y utilidad.

La primera función del trabajo es la de proveer de los medios necesarios para poder subsistir. Por lo tanto, estar desempleado supone generalmente una disminución de los ingresos y consecuentemente de la calidad de vida (CIS, 1985). Diversas investigaciones demuestran que la preocupación por problemas económicos, causados por la pérdida del empleo, está asociada a una reducción significativa del bienestar psicológico (Little, 1976; Jackson y Warr, 1984; Jahoda, 1933/72; Perrucy y otros, 1987).

Pese a la importancia de las recompensas materiales, el trabajo es algo más que un medio de supervivencia. Así lo demuestran Morse y Weiss en 1955, además diversas y más recientes investigaciones indican también que el trabajo cumple otras funciones además de la de proveer recursos económicos (Mow, 1987; Álvaro, 1989; Stafford y otros, 1980; Torregrosa, 1989; Ullah y otros, 1985; Vala, 1989; Warr, 1987).

Trabajo e identidad

Uno de los objetivos de la socialización infantil es el aprendizaje de conocimientos que permitan al joven insertarse con posterioridad en el sistema productivo.

El período de la adolescencia también tiene una importancia destacada en la construcción de la identidad. Así, Vala (1988) pone de manifiesto que, para los jóvenes, la obtención de un empleo es un factor importante en el establecimiento y construcción de una identidad propia.

En este sentido, Álvaro afirma que el empleo sirve para dar una imagen de nosotros mismos, al mismo tiempo que provee de una posición y estatus reconocidos socialmente. Esto debe ser matizado, sobre todo en aquellos casos en que el desempeño de una ocupación no sea deseado por quien la realiza, cuando la identificación con la tarea sea mínima o cuando ésta sea rechazada socialmente.

Pese a esto, el lugar de trabajo, al establecer una continuidad en las relaciones sociales, sigue siendo, principalmente en las sociedades urbanas, el núcleo donde tienen lugar los procesos de identificación y pertenencia a una comunidad (Hayes y Nutman, 1981; Kelvin y Jarret, 1985).

Finalmente, Argyle (1972) afirma que el trabajo es un componente básico en la definición de nosotros mismos, o dicho en otros términos, que nuestra identidad se basa, en gran medida, en el trabajo que realizamos.

Trabajo y actividad

Diversas perspectivas teóricas han destacado la importancia del trabajo en el desarrollo de una actividad.

Hendrick (1955), desde una perspectiva psicoanalítica, señala que el trabajo está asociado a la necesidad innata de desarrollo corporal e intelectual y añade a los principios de placer y realidad, el principio de trabajo en la explicación del desarrollo de la actividad humana.

Vroom (1964), indica que una de las propiedades del trabajo es la de requerir de una actividad física o mental para su realización, sugiriendo la existencia de un nivel óptimo de actividad que vendría dado por dos fuerzas contrapuestas: la necesidad del organismo de realizar una actividad física o mental y el estado aversivo producido por una actividad continuada.

Resumiendo, se puede afirmar con Morse y Weiss (1955) que mantenerse activo y ocupado es una de las principales motivaciones para trabajar, y que uno de los mayores costes psicológicos de estar desempleado es, la inactividad (Daniel, 1974).

Trabajo y estructuración del tiempo

Diversos estudios (Jahoda y otros, 1933/72; Fagin y Little, 1984; Hayes y Nutman, 1981; Henwood y Miles, 1987; Miles, 1983; etc.) hacen hincapié, en las dificultades que tienen las personas desempleadas para estructurar el tiempo libre. Estar desempleado y tener tiempo libre son dos cosas diferentes. El tiempo libre es generalmente entendido como un complemento del trabajo que es el que le dota de un significado social.

Las actividades realizadas en el trabajo proveen, como señala Kelvin (1981), de una estructura de relaciones sociales que difícilmente se encuentra en las actividades realizadas en el tiempo libre. Es así, que son escasas las actividades ociosas que pueden ser consideradas como sustitutivas de las realizadas en el trabajo.

La desestructuración temporal que caracteriza la situación de desempleo no debe hacer olvidar, sin embargo, ni las diferencias individuales al interior de este grupo, ni los efectos negativos derivados de la rígida estructuración del tiempo impuesta en numerosos empleos.

Ciertamente, el trabajo impone una estructura temporal en nuestras vidas, pero la presencia o ausencia de dicha estructura no debe ser entendida como una consecuencia inevitable derivada de una situación de empleo o desempleo (Feather y Bond, 1983; Frölich, 1983; Fryer y Payne, 1984).

Trabajo y relaciones interpersonales

El que la mayoría de los trabajos necesiten para su realización de una interacción con otras personas, explica que la pérdida del puesto de trabajo suponga para muchos trabajadores una situación de aislamiento social.

Estudios cualitativos y cuantitativos (Bakke, 1933; Bins y Mars, 1984; Hill, 1977/78; Komarosky, 1940; Henwood y Miles, 1987; O' Brien y Kabanoff, 1979), destacan la falta de contactos sociales como uno de los cambios que provoca el desempleo.

Contrariamente, Warr y Payne (1983), señalan que el desempleo aumenta las relaciones sociales; a la misma conclusión llega Frölich (1983).

Según Álvaro (1992), la explicación de estos contradictorios resultados puede deberse a que, al establecer comparaciones, no se han tenido en cuenta diferentes variables para explicar en qué situaciones el desempleo está asociado a una disminución en las relaciones sociales. Los sentimientos de vergüenza o deslegitimación, el tipo de hábitat (rural o urbano), la edad y las dificultades económicas son algunas de las variables que pueden afectar la reducción de contactos sociales tras la pérdida del empleo.

Funciones psicosociales del trabajo

En general, los resultados de las investigaciones comentadas tienden a confirmar la hipótesis de Jahoda (1979), según la cual el salario no es la única función derivada del empleo, sino que éste cumple otras funciones de carácter latente de las que se deriva su significado psicológico, que dan cuenta de la motivación positiva hacia el mismo y entre las que se pueden destacar las de definir el estatus y la identidad, imponer la realización de una actividad, estructurar el tiempo y proveer de relaciones sociales. Si bien todas estas características dependerán del puesto de trabajo desempeñado, las dificultades que encuentran las personas desempleadas para beneficiarse de ellas es un apoyo indirecto, pero suficientemente sólido, a la importancia otorgada al empleo en el acceso a las mismas (cit. en Álvaro, 1992).

Consecuencias psicológicas del empleo

Álvaro (1992) establece que las características propias de cada ocupación, así como el significado subjetivo que atribuimos a nuestro trabajo (Tausky y Piedmont, 1967) condicionan el tipo de experiencia psicológica asociada al mismo.

El contexto situacional del trabajo puede ser considerado, en sí mismo, como un medio psicosocial que ejerce una influencia inevitable sobre las personas (Berger, 1964; Frese, 1982) y en el que diferentes factores condicionan el tipo de influencia ejercido sobre las mismas.

McKenna y McEwen (1987) identifican cuatro factores asociados al deterioro de la salud en el empleo:

- a) El estrés ocupacional.
- b) La contaminación ambiental.
- c) Los accidentes laborales y
- d) las enfermedades laborales.

Muchos de los procesos de cambio negativos para la salud psicológica o física se producen como consecuencia directa o indirecta de estar empleado.

La responsabilidad en actividades que escapan al control personal; la falta de autonomía en la toma de decisiones; la ambigüedad de rol, reflejada en la falta de conocimiento o predicción de lo que se espera del trabajo de uno y en la falta de normas tanto ante situaciones nuevas como ante la forma mejor de ejecutar el trabajo personal; el temor a la pérdida del empleo; la falta de adecuación entre los conocimientos y capacidades personales y las tareas que se han de desempeñar, así como los rápidos cambios

tecnológicos son algunas de las variables que provocan un incremento en el estrés ocupacional, afectando de forma negativa la salud psicosomática de muchos trabajadores (Karasek, 1979; Kohn y Schooler, 1973; Mortimer y Lorenz, 1979; Beehr, 1976; Caplan y Jones, 1975; Kornhauser, 1965; McKenna y McEwen, 1987).

Al mismo tiempo, algunos de los procesos a los que se ven sometidos los trabajadores, como la movilidad ocupacional descendente, pueden afectar su salud mental de forma aún más negativa que incluso el desempleo de larga duración (Gordus y otros, 1981). Warr (1983), habla de las características de un empleo o desempleo psicológicamente beneficioso y un empleo o desempleo psicológicamente perjudicial.

Las circunstancias en las que se está empleado o en las que se pierde el puesto de trabajo varían de persona a persona, lo cual explica por qué ni toda situación de desempleo es psicológicamente negativa (Fryer y Payne, 1984; Fryer, 1985; Little, 1976), ni todo empleo es psicológicamente beneficioso (Kasl, 1982; Little, 1976).

Numerosas son las descripciones y estudios sobre el carácter alienante y deshumanizador de muchos puestos de trabajo (Jahoda, 1982/87), tantos como aquellos sobre el carácter desestabilizador del desempleo en la salud mental.

Las condiciones bajo las cuales se realizan muchos trabajos tienen, a veces, repercusiones peores en la salud mental y física que las que están asociadas a la falta de un trabajo remunerado. A las repercusiones negativas que muchos puestos de trabajo tienen sobre sus ocupantes, deben añadirse además los negativos efectos sociales provocados por algunos de los procesos productivos asociados al desarrollo económico en los países industrializados.

Investigación psicosocial sobre el desempleo

Desde que se llevaron a cabo los primeros estudios, en los años treinta, la investigación psicosocial sobre el desempleo se ha caracterizado por una concentración en sus efectos sobre la salud mental. El deterioro psicológico de las personas desempleadas ha sido el tema que ha dado lugar a la mayor cantidad de estudios. Sin embargo, a pesar de la continuidad temática en el tiempo, no existe continuidad en el enfoque utilizado para evaluar el impacto del desempleo en la salud mental. Mientras que en los estudios de los años treinta predominó una concepción negativa de la salud mental, en la que ésta era equiparada a la ausencia de enfermedad, en la investigación actual predomina una definición de la salud mental en sentido positivo, equiparable a la presencia de bienestar psicológico más que a la ausencia de síntomas.

La investigación actual sobre el desempleo se caracteriza por un aumento de los estudios tendientes a evaluar los efectos que éste tiene para las personas jóvenes y para las mujeres, por ser los sectores más afectados. Además se ha ido haciendo cada vez más frecuente la utilización de técnicas cuantitativas, basadas en la aplicación de cuestionarios a muestras amplias de personas, especialmente para evaluar el impacto del desempleo en la salud mental. Estos estudios se caracterizan por el uso de técnicas de evaluación de carácter epidemiológico, entre las que destacan el G.H.Q. (Golberg, 1972).

Impacto del desempleo en la salud mental

Los estudios realizados en las últimas décadas, así como también los de los años treinta, llegan a la conclusión de que la experiencia del desempleo va asociada a un deterioro significativo del bienestar psicológico, en ellos se observa una asociación significativa entre la situación laboral y diferentes índices de salud mental. Las personas desempleadas presentan menor grado de bienestar psicológico general, mayor nivel de sentimiento depresivo, mayor ansiedad, menor grado de satisfacción con la vida y menor nivel de autoestima.

Los resultados de los estudios permiten concluir que, las diferencias en salud mental observadas entre empleados y desempleados deben ser consideradas como una consecuencia de su situación laboral y no como un antecedente de la misma.

La investigación psicosocial sobre el impacto del desempleo en la salud mental ha puesto de manifiesto que el hecho de tener un puesto de trabajo no es una condición suficiente para el mantenimiento de un nivel alto de salud mental y que las condiciones de trabajo deben ser tomadas en cuenta antes de subrayar los efectos positivos del empleo.

El *género* ha sido una variable con la que se ha tratado de explicar el impacto diferencial del desempleo en distintos sectores de la población. Estudios de los años treinta mostraron que el impacto del desempleo era menor en las mujeres. En la actualidad resultados de numerosas investigaciones ponen de manifiesto que las mujeres desempleadas muestran niveles de deterioro psicológico similares a los observados entre los varones en la misma situación. (Álvaro, 1990, 1992; Cochrane y Stopes-Roe, 1981; Stokes y Cochrane, 1984). La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral ha desembocado, en un

incremento de la importancia del trabajo para la identidad femenina y en una disminución del grado de aceptación de los roles femeninos tradicionales como una alternativa al empleo. Como consecuencia de ello, la importancia del empleo para el bienestar psicológico de las mujeres queda especialmente patente en el caso de las jóvenes. La investigación indica que la asociación entre situación laboral y salud mental es similar para ambos sexos (Alvaro, 1987, 1989; Banks y Jackson, 1982; Breakwell, Harrison y Proper, 1984; Donovan y Oddy, 1982; Jackson y otros, 1983; Garrido Luque, 1992; Warr y Jackson, 1983). Por lo tanto, si bien las diferencias en la socialización de ambos géneros y la existencia de roles alternativos al empleo para las mujeres introducen cierta complejidad en la relación entre situación laboral y salud mental en el caso de las mujeres adultas, los resultados de la investigación psicosocial sobre el desempleo juvenil llevan a la conclusión que el género no es una variable moderadora de los efectos del desempleo sobre la salud mental.

El mayor o menor grado de *apoyo social* con el que cuentan los desempleados puede contribuir a explicar las diferencias en salud mental entre éstos. La evidencia de que el apoyo social modera el impacto del estrés ambiental sobre el bienestar psicológico ha determinado la inclusión de esta variable en los estudios sobre el desempleo. Los resultados de estas investigaciones muestran que el deterioro psicológico asociado al desempleo es menor para aquellas personas que cuentan con un mayor grado de apoyo social. (Alvaro, 1992; Buendía, 1988; Gore, 1978; Hayes y Nutman, 1981; Kaufman, 1982; Warr y Jackson, 1985; Banks y Ullah, 1987; Ullah, Banks y Warr, 1985).

Género

“*Sexo*” es un término biológico; “*género*” es un término psicológico y cultural. Ser hombre o mujer es algo que depende tanto de la vestimenta, los gestos, el trabajo, las relaciones sociales y la personalidad, como de poseer un determinado tipo de órganos genitales.

Los antropólogos han informado de las grandes variaciones que existen entre las distintas formas en que las culturas definen el género. Culturalmente, por lo tanto, se dan las mismas distinciones biológicas entre el hombre y la mujer, coexistiendo con grandes variaciones en los papeles de los géneros.

El doctor Robert Stoller, en su libro *Sexo y género*, define la relación entre estos conceptos de la siguiente forma:

“... dejando a un lado unas pocas excepciones, existen dos sexos: varón y hembra. Para determinar el sexo se deben probar los siguientes elementos físicos: cromosomas, genitales externos, genitales internos, gónadas, estados hormonales y caracteres sexuales secundarios. Así, pues, el sexo de una persona viene determinado por una suma algebraica de todas estas cualidades y, obviamente, la mayoría de las personas se encuentran encuadradas en una de las dos curvas de distribución normal que se forman, a una de las cuales se denomina “varón” y a la otra “hembra”.

Género es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas; si los términos adecuados para el sexo son “varón” y “hembra”, los correspondientes al género son “masculino” y “femenino”, y estos últimos pueden ser bastante independientes del sexo (biológico). El género es la cantidad de masculinidad o

femineidad que se da en una persona, y, obviamente, aunque existe mezcla de ambos en muchos seres humanos, en el hombre predominaría la masculinidad y en la mujer la femineidad.

Aunque Stoller habla de “identidad de género” y Money y Hampsons de “orientación psicosexual”, ambos términos se refieren al sentimiento que un individuo tiene de sí mismo en cuanto varón o hembra, es decir, de pertenecer a uno u otro grupo.

La mayor parte de las situaciones definen al género (esposa=mujer, dentista=hombre, etc), o el género resulta visible como suma de distintos aspectos, incluidos maneramientos, formas de hablar, vestimenta, elección de temas de conversación, etc. El género es casi siempre un hecho visible, el sexo no.

Sexo y género, a pesar de su diferenciación esencial, han constituido en la práctica social una sola unidad. Hecho que ha favorecido lo que se conoce como “naturalización” de los roles de género. Esto alude al sólido respaldo que ha encontrado la diferenciación sexual de los roles, lo que permite comprender la paradoja respecto a lo que se asigna social y culturalmente .-el género-, se percibe como dado por la naturaleza.

La identidad del género (sentirse hombre o mujer) es el determinante fundamental del papel del género (vivir como hombre o como mujer); el sexo biológico puede ser reconstruido, y con frecuencia lo es, para permitirle al individuo actuar según el papel de su género. Existen muchos aspectos en los que el estudio de la intersexualidad arroja luz sobre la discusión “innato contra aprendido”, estos estudios han sido derivados principalmente de pacientes intersexuales criados como mujeres, los cuales tenían inclinaciones eróticas intensamente femeninas, a pesar de carecer casi por completo de hormonas de mujer. Esta

relación entre las hormonas sexuales y el erotismo ha constituido un tema constante en la literatura sobre la diferencia de los sexos. Estudios realizados por el doctor Hampson de la Universidad de Johns Hopkins en 31 sujetos cuyo sexo hormonal era distinto de aquel en que habían sido criados, llegaron a la fundada opinión de que estos pacientes no aportaban ninguna prueba convincente para afirmar que las hormonas sexuales actúan como un agente causal único para establecer el papel del género y la orientación psicosexual.

Hasta hace no más de dos o tres décadas, cada mujer y cada hombre contaba entonces con referentes suficientes claros y consensuales que definían su quehacer y su identidad en tanto tales. Sin embargo, hoy día estas certezas no son ya tan nítidas. En nuestro país, tanto la simple observación como algunos indicadores estadísticos sugieren un nuevo panorama respecto al ejercicio de los roles tradicionales de género.

La mayor incorporación de las mujeres en el ámbito laboral y otros ámbitos de la vida pública, como también la paulatina incorporación de los hombres a la esfera de las responsabilidades domésticas y familiares, son algunos de los hechos más visibles de esta nueva realidad.

Pero tampoco en esta época estamos en condiciones de identificar nuevos patrones que marquen radicalmente una nueva forma de asumir la distribución de los roles. Los estudios señalan un importante número de limitantes- objetivas y subjetivas- que impiden que este nuevo panorama nos indique con certeza un proceso de flexibilización de los roles de género.

Dimensión social de la identidad de género en la mujer

En la historia del pensamiento social, identidad y género son conceptos que, a pesar de haber prevalecido durante períodos prolongados, su presencia y fortaleza conceptual han pasado inadvertidas. Durante las últimas décadas, se han producido un considerable número de movimientos que, al provenir de distintas esferas sociales y por tener diferentes directrices políticas, han propiciado la necesidad de una profunda reconsideración acerca de sus contenidos y usos en el discurso científico, institucional y cotidiano. En el orden de lo teórico, esto ha significado una reconceptualización radical: género e identidad, identidad y género, identidad de género. Se ha presenciado no el nacimiento de esos dos conceptos, sino su resignificación total. Alejandro Cervantes Carson (1994), explora la dimensión social - y en ese sentido sociológica - de la estructuración y renovación de la identidad de género de la mujer.

El autor propone tres tesis sobre la dimensión social de esta identidad:

Tesis primera. Las desigualdades sociales entre el hombre y la mujer no están biológicamente determinadas sino socialmente construidas.

Los individuos no nacen biológicamente predeterminados a vivir un tipo de vinculación con los sistemas sociales, la estructura de privilegios, la distribución del poder y las posibilidades de desarrollo social, afectivo, intelectual, y psíquico, lo que sucede más bien es que sus características biológicas son utilizadas como recurso ideológico para construir y justificar la desigualdad.

En palabras de Marcela Lagarde, el problema puede describirse de la siguiente manera "Hombre y mujer han sido siempre sexualmente diferentes. Es un proceso complejo

y largo, se separaron hasta llegar a desconocerse. Así se conformaron los géneros por la atribución de condiciones sociales y culturales diferentes para cada sexo, y por la especialización y el confinamiento exclusivo del género femenino en la sexualidad concebida como naturaleza, frente al despliegue social atribuido al género masculino (1990;48)”

El concepto de género se coloca exactamente en el centro de la partición mundo natural/mundo social, relativizando el obstinado, obsoleto y viejo conflicto sobre el origen de las determinaciones últimas del sexo que han sostenido tanto las ciencias naturales como las sociales.

Como la clase, el género es una de las dimensiones básicas en la organización social. Este concepto se refiere a relaciones variables social e históricamente construidas, a significados culturales y a identidades a través de las cuales las diferencias sexuales a nivel biológico adquieren una dimensión social; no es visto como un producto estructuralmente determinado, sino como resultado de las acciones humanas en condiciones específicas. Por lo tanto, más que a una característica individual, el género se refiere a las relaciones sociales que moldean la identidad de hombres y mujeres (Laslett, B y Brenner, J., 1989:382).

Tesis segunda. Las mujeres comparten una misma condición opresiva por el hecho de vivir en una sociedad estructurada patriarcalmente, dentro de una cultura que legitima este patriarcado de manera permanente. Sin embargo, la opresión que vive cada mujer manifiesta variaciones y diferencias importantes, de acuerdo con la clase social a la que pertenece y al lugar que ocupa dentro de la estructura desigual de oportunidades.

Como consecuencia de la estructura desigual de la sociedad, cada mujer experimenta la opresión genérica de manera distinta, de acuerdo con el estrato social y económico al que pertenece. Esta es la misma lógica opresiva, aunque su interpretación se ajusta a la forma –material, discursiva y simbólica– en la que cada grupo participa en la reproducción de los grandes paradigmas culturales de la sociedad.

Temis tercera. Las mujeres construyen su identidad genérica basándose en factores experienciales comunes y en experiencias simbólicas compartidas. El análisis de la naturaleza y la relación entre estos elementos fundamentales nos permite reconocer que existen patrones en el proceso de estructuración de la identidad de género que no dependen de la adscripción de clase, aunque se encuentran inevitablemente afectados por ella.

La identidad de género se construye con base en un proceso de orden simbólico. Lo que define la existencia de la maternidad como símbolo con repercusión a nivel Inter. Dentro de una clase en una sociedad determinada no es la práctica o la expectativa de ser madre – que se asume e introyecta en forma de destino manifiesto – sino la presencia imaginada de la maternidad; esto es lo que proporciona al símbolo su fuerza estructuradora permitiéndole ser apropiado como uno de los ejes organizadores del género.

Los símbolos tienen la virtud de convertir la experiencia individual en experiencia social, y viceversa, generando con ello, las condiciones mínimas de pertenencia a determinado grupo social, gracias al efecto de compartir lo que otras sienten, desean, viven y planean. Identificarse con una imagen es contribuir a su definición, su validación y su reafirmación: aquello que se reconoce y valida “externamente”, y en lo cual nos vemos, nos palpamos y nos reconocemos, es o se convierte en parte de nosotros. De igual forma,

definirse por contraposición a una imagen socialmente determinada (por diferencia o negación), significa también participar en su legitimización. Así, por ejemplo, al desaparecer la imagen social desaparece todo aquello que se define por oposición a ella. Las mujeres son madres de niñas y de ancianas, en la adolescencia y en la adultez; las mujeres son madres de sus madres e hijas de sus hijas; son madres aún sin tener hijos.

Elementos para la tesis cuarta. Las distintas formas en que las que la mujer construyen su identidad genérica están estrechamente vinculadas con la definición social de su ser y de su cuerpo como un ser-de-otros y como un cuerpo-para-otros.

“Todas las mujeres están cautivas de su cuerpo- para –otros, procreador o erótico, y de su ser – de –otros, vivido como necesidad de establecer relaciones de dependencia vital y de sometimiento al poder y a los otros. Todas las mujeres, en el bien o en el mal, definidas por la norma, son políticamente inferiores a los hombres y entre ellas. Por su ser –de y para-otros, se definen filosóficamente como entes incompletos, como territorios dispuestas a ser ocupadas y dominadas por los otros en el mundo patriarcal (Legarde, 1990; 24)”.

En el trabajo de Gerson (1985), se afirma que las formas concretas de reproducción de las asignaciones genéricas de las actividades y espacios vitales se resquebrajan en el grupo de mujeres que deciden combinar (o acaban combinando) la maternidad y el trabajo como carrera profesional. Según el análisis de Valdés (1988), estas características pueden encontrarse en mujeres que consideran prioritaria la realización de sus propios planes, y no anteponen a ellos la dedicación total a los demás (familia, a la pareja, hijos). En la investigación de García y De Oliveira (1991), las mujeres que son capaces de conjuntar la

labor de ser madre con el trabajo como carrera, y que a la vez presentan una mayor preocupación por su desarrollo personal, tanto en los sectores medios como en los populares, son las que podrían ser consideradas como disruptoras de la normatividad y de la organización simbólica en lo doméstico, en lo comunitario y lo social.

Ninguno de los debates concernientes a la construcción de la identidad genérica está resuelto. Todas las discusiones acerca de los ejes que la conforman —como se producen las articulaciones de los mismos, sus diferentes formas; los patrones que se reconocen y como estos cambian a través del tiempo, y la capacidad relativa que tiene cada mujer para transformarlos y con ello transformar su propia identidad— están abiertas.

Salud Mental.

El concepto de salud mental presenta una cierta ambigüedad en la medida que dista de ser universalmente aceptado e incorpora en su definición aspectos valorativos, además, varía según los autores y modelos teóricos tanto psicológicos como sociológicos y médicos. A esta diversidad de criterios se une el problema de la confusión entre salud y enfermedad mental, ya que estas no son situaciones que permitan definir a una de ellas como la ausencia de la otra, y, además los problemas derivados de su medición. La salud mental se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias, estas son:

- La salud mental como ausencia de síntomas
- La salud mental como bienestar físico y emocional
- La salud mental como calidad de vida
- La salud mental como presencia de atributos individuales positivos

(J Álvaro, A. Garrido, J. Torregrosa. 1996)

Entre el modelo biomédico de la enfermedad mental de la psiquiatría orgánica y analítica y las concepciones de la microsociología, que interpreta los desórdenes mentales como incorrección situacional (Goffman, 1976), o la teoría interaccionista del etiquetado, que niega la existencia de los mismos, se sitúan los estudios de la salud mental como reflejo individual de contradicciones sociales.

Álvaro, Torregrosa y Garrido no utilizan el concepto de salud mental en un sentido clínico, diferenciando entre salud mental positiva (en el sentido dado por Yahoda, 1980, o Kornhauser, 1965) y enfermedad mental. Así, la salud mental positiva no es equivalente a la

ausencia de enfermedad mental, ni un nivel bajo de salud mental implica necesariamente síntomas de deterioro psíquico, pudiendo equiparar el concepto al de bienestar psicológico o equilibrio emocional. De esta forma, una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias de afecto negativo, sino por un mayor número de situaciones de afecto positivo. En este sentido, el deterioro psicológico no es entendido como característica estable de la personalidad sino como respuesta instrumental a una situación social. El interés de estos autores se sitúa en los niveles de salud mental asociados a diferentes posiciones sociales, identificando aquellos grupos sociales susceptibles, a nivel probabilístico, de un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos. Desde esta perspectiva, el problema de salud mental se conecta con la estratificación y el cambio social y las políticas del Estado del Bienestar, y no con un modelo biomédico de enfermedad mental y terapia individual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), “la salud no es solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, sino también un estado de completo bienestar físico, mental y social”. El bienestar es un estado dinámico de la mente que se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades y las expectativas del trabajador, y las exigencias y oportunidades del medio ambiente.

En el documento “Salud Mental y Aspectos Psicosociales de la Salud” (OMS-1993) como también en las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL,1993), se conceptualiza la salud mental de la siguiente manera:

Salud Mental es la capacidad de las personas y los grupos de interactuar entre sí , y con el medio ambiente, de manera de promover bienestar subjetivo, el desarrollo y uso

óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, y el logro de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia y el bien común.

En esta definición, salud mental no es conceptualizada en términos de patología o trastorno mental, ni se visualiza como un continuum con dos polos opuestos de "normalidad" y "enfermedad".

El trastorno o malestar mental es comprendido como la imposibilidad de las personas de utilizar en forma óptima todas sus potencialidades. Estos podrían estar obstaculizados por situaciones tales como, la enfermedad física, pobreza, o actitudes sociales discriminatorias, situaciones que comúnmente afectan a las mujeres. El malestar resulta del conflicto entre los factores individuales y grupales en interacción con el medio ambiente, produciendo malestar subjetivo, daño o discapacidad en el uso de las potencialidades psicológicas, incapacidad de lograr metas y conductas destructivas.

Es entonces, desde esta perspectiva, que resulta interesante abordar el tema de la salud mental de los académicos, y el apoyo social desde un punto de vista que aborde los aspectos a nuestro juicio más relevantes.

A continuación, entenderemos el concepto de salud mental desde el modelo psicosocial de Warr que presenta a la salud mental como el resultado de interacciones entre las características del medio, los procesos que dan lugar a dichas características y ciertos eventos de personalidad.

(J. Álvaro, A. Garrido, J. Torregrosa, 1996)

El modelo de salud mental de Warr

Para Warr(1987), la salud mental se compone de cinco componentes diferentes como son: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado.

Las características determinantes para la salud mental son:

- 1) Oportunidad de ejercer control sobre el medio.
- 2) Oportunidades para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales.
- 3) Existencia de objetivos generados en el medio.
- 4) Variedad.
- 5) Claridad ambiental.
- 6) Disponibilidad económica.
- 7) Seguridad física.
- 8) Oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales.
- 9) Posición social valorada.

Según Warr, los efectos de las características del medio tienen una relación no lineal con la salud mental y los niveles de salud mental actuarían como moderadores del impacto negativo del medio en el bienestar psicológico individual. Asimismo, este modelo de relación no lineal entre el medio y la salud mental considera las diferencias individuales como factores moderadores de dicha relación. Entre las características personales que afectan a la salud mental, Warr (1987) incluye los componentes de salud psicológica ya

señalados, variables de carácter sociodemográfico como la edad, el género y el estatus socioeconómico, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales.

En síntesis, el modelo presentado por Warr está centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental. La inclusión en el modelo de las características personales como factores moderadores del impacto del medio sobre la salud mental hace que esta perspectiva tenga un carácter integrativo y psicosocial.

Criterios similares son planteados por Jahoda (1958), según esta autora existen diferentes formas de concebir la salud mental: dominio del ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad. Jahoda considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como las relaciones interpersonales, trabajo o resolución de conflictos.

Salud mental en la mujer

(cit. de MINSAL, Programa Salud de la Mujer, 1997) La salud mental de las mujeres es un área de preocupación reciente, ya que históricamente, igual que en el campo de la salud general, las necesidades de salud de las mujeres han sido relacionadas casi exclusivamente con sus funciones reproductivas. A pesar que diversos estudios demuestran que las mujeres son las principales beneficiarias de los servicios de salud mental, la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especialidades propias de la mujer.

La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud ha planteado como una de sus prioridades programáticas la necesidad de integrar contenidos y acciones de salud mental en todos los programas básicos de salud apoyando acciones de prevención, detección y rehabilitación, en los tres niveles de atención, esto porque la salud en general, y la salud mental en particular son componentes constitutivos de la calidad de vida de las personas y es así que el MINSAL ha determinado que el desarrollo de un enfoque integral de la salud coherente con las políticas y orientaciones programáticas planteadas por el Programa de la Mujer implica necesariamente incorporar aquellos aspectos psicológicos y sociales implícitos en la atención de salud de la mujer. Según el MINSAL, -una respuesta adecuada a las necesidades y especificidades de salud de la mujer a partir de las características propias de su socialización, las particularidades de su vida cotidiana y los problemas de salud propios de cada etapa de su ciclo de vida, requiere del trabajo conjunto de los equipos de salud del ámbito específico del programa de la mujer y de salud mental, permitiendo priorizar factores psicológicos y sociales de protección y de riesgo de los problemas de salud emergentes, que afectan en forma preferencial a las mujeres.-

Situación demográfica

Datos globales de la población chilena total describen una situación de “transición demográfica”, apreciándose una tendencia a la disminución del grupo de menores de 15 y aumento de los de mayor edad. Si bien en Chile existe una importante proporción de población joven e infantil, está creciendo proporcionalmente más la población adulta y senescente. Desde 1965 ha descendido en forma marcada la tasa de fecundidad, con excepción de la tasa de fecundidad del grupo de mujeres entre 15 y 19 años, lo que se expresa en una mayor proporción de embarazos en adolescentes.

Un dato importante de destacar es la progresiva importancia que la mujer ha ido adquiriendo como fuerza de trabajo. Actualmente las mujeres ocupan el 30% de la fuerza laboral, lo que ha significado, una modificación en los estilos de vida familiar, el cuidado de los hijos y la relación que tradicionalmente ha existido entre la mujer y los establecimientos de salud.

Las cifras diferenciadas por sexo, indican que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, acusan sintomatología más aguda y crónica y usan los servicios de salud en mayor proporción que los hombres.

Situación epidemiológica

El desarrollo socioeconómico, así como la transición demográfica que vive el país tienen una influencia clara en la situación epidemiológica.

El “Estudio de Carga de Enfermedad” (1993) que incorpora aspectos relacionados con la funcionalidad y la calidad de vida de acuerdo a indicadores que dan cuenta de los “años de vida ajustados por discapacidad (AVISA)”, destaca en el caso de las mujeres, una mayor proporción de años perdidos por discapacidad, donde los principales problemas de salud de acuerdo al indicador AVISA son anomalías congénitas, seguidos por los trastornos depresivos, trastornos en las vías biliares y las infecciones respiratorias.

De acuerdo a los indicadores AVISA, relacionados con la salud mental de las mujeres entre 15 y 44 años aparecen los siguientes antecedentes:

El “Estudio sobre Prevalencia y Factores de Riesgo de Trastornos Mentales en Atención Primaria”, realizado en 23 consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana, identifica en las mujeres consultantes encuestadas, una mayor prevalencia de trastornos emocionales que la observada en los hombres, siendo la sintomatología más prevalente la angustia, problemas de concentración, ideas depresivas, entre otros. Esto ha sido confirmado por diversos estudios internacionales que establecen la depresión como principal malestar que afecta la salud mental de las mujeres.

Los resultados del “Estudio Colaborativo de la OMS sobre Problemas Psicológicos en la Atención Primaria de Salud” indica que de cada 3 de los consultantes a la atención primaria, 2 presenta algún problema psicológico, pero, una ínfima minoría consulta expresamente por un motivo de consulta psicológica (5 de cada 100). Este estudio también

postula que la morbilidad psicológica encubierta o no resuelta constituye una de las causales del frecuente fenómeno de las policonsultas de mujeres a los servicios primarios, provocando, a nivel individual, sufrimiento humano y disfunción en los roles sociales referidos a la pérdida de productividad y de ingresos, y a nivel de los servicios de salud respuestas ineficientes que incrementan costos.

Las disfunciones familiares han sido identificadas como un factor de riesgo importante en la aparición de trastornos de salud mental, adquiriendo una mayor relevancia en mujeres y niños. La mayor parte de estos problemas no se diagnostican oportunamente, con lo que se favorece su agravamiento o su complicación con otras consecuencias psicosociales.

Depresión

El principal malestar que afecta la salud mental de las mujeres es la depresión. Es importante hacer la distinción entre un estado de ánimo depresivo como una reacción normal ante una decepción o pérdida, de un trastorno depresivo. La depresión interrumpe el funcionamiento familiar, social y laboral y tiende a agravar pronósticos de otras enfermedades.

Aproximadamente un 15% de los consultantes en algún momento sufren de trastornos depresivos. Sin embargo, menos de 1 de cada 3 casos son diagnosticados correctamente.

Los síntomas más relevantes de un síndrome depresivo en mujeres se presentan a nivel emocional: desánimo y apatía; cognitivo: baja autoestima y desesperanza en el futuro;

motivacional: poca iniciativa, y conductual: pérdida del apetito, trastornos del sueño, pérdida de interés por el sexo, cansancio.

En general los síntomas somáticos tienden a agruparse y pueden presentarse simultáneamente: pérdida de apetito y de peso, estreñimiento, sequedad bucal, dolores, cefaleas, sensación de opresión en el pecho, cansancio excesivo, alteraciones menstruales, prolongación o cese del período menstrual. Además de los factores señalados numerosas investigaciones han demostrado que la mujer golpeada, violada o maltratada manifiesta sintomatología depresiva. Algunos síntomas descritos por la Asociación Americana de Psicología incluyen pesadillas o flashback de acontecimientos pasados, indiferencia emocional, conductas de evitación de contactos interpersonales.

Salud mental y género

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de estudiar la salud mental de las mujeres desde la perspectiva de género. Muchas circunstancias y condiciones que la sociedad acepta como “normal” o comunes, empiezan a entenderse como causales de problemas de salud mental en la mujer. Distintas autoras han enumerado una larga lista de condiciones que enferman a las mujeres, las cuales son resultado en menor o mayor medida de la discriminación de género, entre ellas: una socialización de género que moldea a la mujer en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, dependencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma; el condicionamiento que le impide cuestionar algunos “debe ser” de las mujeres, el tener una autoestima baja; el entrenamiento en no expresar malestar, no reclamar, no pedir, no exigir, esperar, aguantar;

el esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, las del laboral y las propias; el aislamiento y la falta de espacios de intercambio de su propia experiencia con otras mujeres, debido a las condiciones de vida y a la desconfianza adquirida; el ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos a veces como tales.

El documento de la OMS ("Salud Mental y Aspectos Psicosociales en la Salud de la Mujer") presenta resultados de distintas investigaciones realizadas a través del "General Health Questionnaire", identificando situaciones conflictivas y dilemas en el contexto del matrimonio, en las relaciones familiares, en relación a las funciones reproductivas, en la crianza, el parto, divorcio, envejecimiento, procesos educativos y en el trabajo, que afectan su salud mental. Así mismo, se han identificado situaciones de gran impacto en las mujeres, que contribuyen a acentuar riesgos de depresión como las siguientes: abuso físico y sexual, acoso sexual, discriminación sexual, embarazos no deseados, divorcio, pobreza y "powerlessness" o desesperanza aprendida (cit. de Programa de Salud de la Mujer, 1997).

Bienestar psicológico

De acuerdo con Warr (1978), se define el bienestar psicológico como un proceso complejo cuyos componentes se agrupan en tres categorías: global, negativo y positivo.

El bienestar psicológico global es un concepto que cubre una serie de procesos afectivos, conductuales y cognitivos interrelacionados, que tienen que ver con los sentimientos de la gente sobre las actividades de su vida cotidiana.

El bienestar psicológico negativo se caracteriza por la aparición de estados de ansiedad, depresión, falta de confianza en uno mismo, sentido pobre de autonomía personal, incapacidad para afrontar los problemas de la vida diaria y por el descontento con uno mismo y con su ambiente físico y social. El bienestar psicológico bajo no es lo mismo que enfermedad mental, ya que sus características pueden darse de vez en cuando en gente que no está enferma.

El bienestar psicológico positivo se caracteriza por la ausencia de los síntomas del bienestar psicológico negativo, implicando una tendencia efectiva hacia el crecimiento y la autorrealización. Es decir, una persona puede estar bien o sana psicológicamente en varios grados, ya que la salud positiva es más que la mera ausencia de enfermedad.

Estas tres categorías se distribuyen a lo largo de un continuo que va desde las manifestaciones menos estables a las más estables.

Dimensiones y componentes del bienestar psicológico. Warr, 1984.

	B. Ps. Positivo	B. Ps. Negativo	B.Ps. Global
Dimensiones menos estables	- afecto positivo - exp. de placer	- afecto negativo - exp. de tensión - ansiedad - estado deprimido - desajuste psicológico - enfermedad psiq. potencial (G.H.Q.) - enfermedad psiq. declarada	- satisfacción con la vida actual - felicidad
Dimensiones más estables	- autoestima positiva	- autoestima negativa	- autoestima global

La clasificación distingue entre características positivas y negativas del bienestar, y también incluye aspectos globales de la satisfacción con la vida y felicidad. En cuanto al bienestar positivo, la idea es que una persona puede estar bien o sana psicológicamente en varios grados, ya que la salud positiva es más que la mera ausencia de enfermedad.

El bienestar psicológico es un proceso psicológico complejo que implica la interacción de al menos varios afectos diferentes. Por lo tanto, es importante desde un punto de vista conceptual y metodológico estudiar sus componentes de forma separada y en interacción, no considerándolo como un constructo global, unidimensional (Beiser, 1974 en Rodríguez, (1993). Algunas dimensiones más estudiadas en distintos ámbitos son la

potencial presencia de trastornos psiquiátricos, la autoestima y la satisfacción actual (Warr, 1987 en Jeria, 1999). Álvaro (1992) en su estudio "Bienestar Psicológico y Desempleo" consideró varios indicadores (salud mental, depresión, autoestima y satisfacción con la vida actual) como componentes del bienestar psicológico (Inostroza, Sepúlveda, 2000).

Es así que, en este estudio se abordó el bienestar psicológico siguiendo la línea desarrollada por Álvaro, analizando estos indicadores en forma separada.

En primer lugar, como indicador de bienestar psicológico, se utilizará el General Health Questionnaire que fundamentalmente se ha utilizado para medir la enfermedad psiquiátrica potencial, la que se enmarca dentro de las dimensiones menos estables del bienestar psicológico negativo (Rodríguez, 1993).

El siguiente instrumento que se usará como indicador, es el Inventario de Depresión de Beck, "instrumento que evalúa sintomatología depresiva en los sujetos, esta sintomatología tendría que ver, según el modelo de Beck (1983) con la distorsión sistemática con que el sujeto deprimido evalúa sus experiencias en una dirección negativa, obteniendo una visión negativa de sí mismo, con una tendencia a interpretar sus experiencias negativamente, tanto en su relación con el medio como con las demás personas; impidiendo un desenvolvimiento adecuado y obstaculizando la consecución de sus metas y por último una visión negativa respecto del futuro el cual se pronostica también como negativo basándose en su experiencia previa ya distorsionada. Esta percepción del mundo desde un punto de vista derrotista implica para el individuo una constante frustración en el logro de metas y, por lo tanto, en lo que es su realización personal, lo que vendría a resultar en un bienestar psicológico negativo, puesto que esta frustración abarcaría

distintas circunstancias, situaciones y condiciones tanto de su vida cotidiana como de eventos específicos. Se aprecia que según este modelo el instrumento no solo busca identificar un estado deprimido, dimensión específica del bienestar psicológico negativo, sino que abarca también otras dimensiones de éste, como el afecto negativo, tensión, desajuste psicológico, etc.”(Jeria, 1999).

Para analizar el indicador autoestima se utilizará la Escala de Autoestima de Rosenberg, “quien define a la autoestima como el sentimiento de capacidad personal e imagen o autoevaluación positiva de sí mismo (Rosenberg 1965). Esta dimensión se ubicaría dentro del continuo existente entre el bienestar psicológico positivo y negativo, el que va desde una autopercepción positiva a una negativa de sí mismo. Se identifica como una de las dimensiones más estables, es decir, menos cambiantes y maleables del individuo.” (Jeria, 1999)

Para terminar, se analizará el indicador satisfacción con la vía actual que el sujeto posee, “entendiéndose por ésta como el grado de conformidad de la persona con su vida presente asociada a una mayor satisfacción con la forma en que se organizan y estructuran el tiempo y las actividades diarias. Esta dimensión se correlaciona con la perspectiva más global del bienestar psicológico” Warr, 1984, en Jeria, 1999.

Bienestar Psicológico en el trabajo

Ante la toma de conciencia en el mundo sobre la importancia del Bienestar Psicológico en los hombres, entendiéndose éste como un concepto que cubre una serie de procesos afectivos, conductuales y cognitivos interrelacionados, relativos a los sentimientos de la gente sobre las actividades que ellas realizan en la vida diaria (Warr 1997), se han realizado diversas investigaciones.

En nuestro país, surgen estudios con el objetivo de crear una mayor conciencia, mejorar la salud mental, generando estrategias de prevención e incentivar el desarrollo de esta materia lo que nos posibilita conocer en un mayor grado la situación en que vivimos personal y profesionalmente, que nos entregue indicios sobre las situaciones que ponen en riesgo nuestro Bienestar Psicológico.

Interesados en el estudio del Bienestar Psicológico, Guimenez y Muñoz (1999) describen el Bienestar Psicológico de un grupo de 110 mujeres auxiliares paramédicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, considerando el rol de género, en sus dimensiones situación conyugal y presencia de hijos, y la situación contractual. Concluyen que quienes presentan un bienestar psicológico positivo es el grupo de mujeres con un contrato a titular, sin pareja, con hijos menores y mayores de 6 años. Así mismo son las mujeres con una situación a contrata, sin pareja y con hijos menores de seis años los que presentan un bienestar Psicológico negativo.

Novakovich y Salinas (1999), describen y comparan el bienestar psicológico, la sintomatología depresiva, la autoestima y la satisfacción con la vida actual que presenta un grupo de mujeres empleadas adultas, que trabajan en las comunas de Viña del Mar y de

Valparaíso, considerando su edad, rol de género, nivel educacional, estatus ocupacional, situación contractual y situación económica. Observan en sus resultados que las mujeres entre 40 y 59 años, sin hijos, con pareja y con hijos, con enseñanza media incompleta, operarias y con más bajos ingresos presentan un nivel menor de salud mental y son las mujeres entre 20 y 39 años, con pareja y sin hijos, con enseñanza media completa, administrativas y con mayores ingresos quienes presentan una mejor salud mental.

Inostroza y Sepulveda (2000), analizan el bienestar psicológico y el nivel de satisfacción laboral de docentes de enseñanza básica municipalizada de la comuna de Quillota. Describen que existe un grupo de variables que concurren de manera reiterada tanto en el ámbito de malestar psicológico y de insatisfacción laboral. Siendo éstas: desempeño en sectores urbanos, situación laboral a contrata, estar separado, sin pareja con hijos, haber presentado licencias médicas durante los dos últimos años y tener una baja actividad en el tiempo libre.

Proyecto de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación Superior (1999-2003)

El proyecto de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación Superior (MECE Superior) es el resultado de un largo proceso de discusión, estudio y reflexión en el cual se han considerado las distintas realidades de un sistema de educación superior diversificado.

El proyecto pretende, en general, incrementar y fomentar la calidad, eficiencia y equidad de la Educación Superior, incentivando su vinculación con el desarrollo del país y sus regiones, en el marco de la autonomía de las instituciones, la libertad de enseñanza y la adecuación de sus respuestas a los requerimientos del desarrollo nacional.

Marco General

- En el mundo contemporáneo la educación es una de las principales fuerzas impulsoras del desarrollo humano y por tanto existe la necesidad de orientar con un sentido de progreso los cambios de largo alcance que enfrenta la sociedad actual. Por ello hoy es más que nunca necesario invertir en educación y perfeccionarla.

Entre otros factores, influyen en la creciente importancia del sector educación, la globalización económica y cultural, el incremento de la competitividad internacional, la revolución de las tecnologías de la información y el acelerado incremento del conocimiento.

Dichos cambios demandan una reflexión crítica y constructiva sobre la realidad actual, transformando los problemas y desafíos en materias de investigación y promoviendo el debate entre las diferentes alternativas de solución, al mismo tiempo que exigen un esfuerzo superior en orden a preservar la identidad nacional y fomentar el patrimonio cultural.

- Tales requerimientos y la prioridad asignada al sector por el Gobierno indujeron a preparar un proyecto, a cinco años plazo que, siendo en sí un instrumento de la política educacional, reflejara un enfoque amplio y contuviera una variedad de elementos que contribuyeran al logro de las metas nacionales en conjunto con los demás programas públicos en educación, ciencia y desarrollo tecnológico.

De este modo, el MECE Superior es un programa que asegura la relevancia de las políticas de Educación Superior por los próximos cinco años, en el marco de un Estado con un rol más proactivo, que evalúa y promueve la calidad mediante un marco normativo de estímulos financieros y de información pública, siendo respetuoso de la autonomía de las instituciones.

Los componentes del programa han sido diseñados de modo de abordar estratégicamente distintos aspectos del sistema: cualitativos, institucionales, de financiamiento, de niveles formativos (técnicos superiores, pregrado y posgrado). En estos ámbitos se ha constatado que hay deficiencias que superar y, a la vez, una experiencia acumulada e importantes logros, además de una masa crítica que ofrece bases para una acción eficiente de reforzamiento y cambio.

- Tal como se observa en otras naciones que registran una rápida expansión del sistema de educación superior, dicho crecimiento no está exento de desafíos, los que se presentan en diversos ámbitos: desde la perspectiva del marco institucional y regulatorio, en torno al impacto del crecimiento en la calidad y equidad del sistema, en la distribución de la oferta y en las demandas de un planeamiento a mediano y largo plazo.
- La reforma educacional estará incompleta si el país no hace también un esfuerzo complementario en el nivel superior y no vincula en forma más clara todos los niveles que integran el sistema de enseñanza del país.
- En síntesis, se puede afirmar que los principales desafíos, problemas y necesidades de la educación superior chilena son los siguientes:
 - a) Mejorar la Calidad,
 - b) Aumentar la Equidad,
 - c) Mejorar la Articulación del Sistema,
 - d) Aumentar la Eficiencia,
 - e) Perfeccionar el Financiamiento,
 - f) Fomentar la Formación de Posgrado y apoyar la investigación, y
 - g) Promover y Mejorar la Formación de Técnicos Superiores

Proyecto Mece Superior. Objetivos y Componentes Objetivos

Objetivos

En respuesta a los desafíos planteados, los objetivos del MECE Superior, en el contexto de la especial naturaleza de este nivel educacional y de la autonomía de las instituciones, los objetivos son los siguientes:

- Promover el mejoramiento de la calidad y eficiencia de la educación superior, favoreciendo su relevancia, en el sentido que los programas respondan lo más adecuadamente posible a las necesidades de los usuarios y a los intereses nacionales.
- Fomentar la equidad del sistema y el perfeccionamiento de los programas de ayudas estudiantiles que el Gobierno ha implementado con carácter prioritario dentro de sus políticas de desarrollo educativo y social.
- Incentivar la vinculación de la educación superior con el desarrollo nacional y fomentar la formación de recursos humanos de alto nivel y la investigación, mediante una mejor y más rigurosa definición de lo que constituyen los estudios de posgrado e investigación de punta.
- Promover el mejoramiento de la coordinación y coherencia del sistema de educación superior y perfeccionar y consolidar la base institucional diversificada existente, manteniendo y precisando la distinción entre estudios superiores con orientación académica, estudios profesionales y estudios técnicos de nivel superior.

- Orientar y considerar en el desarrollo de los objetivos anteriores su articulación con dos procesos: El de internacionalización que abre al sistema nacional de educación superior a una interacción estrecha con sus similares con el resto del mundo, y el de regionalización, que articula y ajusta las políticas en función de las necesidades propias de áreas geográficas y comunidades específicas dentro del país.

Componentes del MECE Superior

Para el cumplimiento de los objetivos, el proyecto cuenta con tres componentes que responden a las grandes áreas de interés en el marco de las políticas de educación superior:

- Acreditación: Evaluación y aseguramiento de la calidad mediante el diseño e implementación de un sistema de acreditación de programas que promueva y asegure estándares mínimos de calidad. El componente aborda los niveles de pregrado, incluyendo la formación de técnicos superiores y el postgrado.
- Fomento: Implementación de un fondo competitivo para promover el perfeccionamiento cualitativo del sistema y su vinculación al desarrollo nacional y perfeccionar e incrementar la asignación de recursos públicos en el marco de mejorar la eficiencia del sistema. Operará dentro de tres líneas: pregrado, postgrado (especialmente el doctorado) y formación técnicos de nivel superior. También contempla el estudio y revisión de los mecanismos de asignación de aportes estatales –en particular los fondos basales (fondos de aporte directo del Estado) -, de manera

de estimular la responsabilidad pública (accountability) y sobre el perfeccionamiento de los programas de ayudas estudiantiles.

- Sistema: Mejoramiento la gestión del sistema, tanto de las instituciones formadoras como de los organismos centrales. Las acciones del componente operarán en el perfeccionamiento del marco regulatorio, el fortalecimiento institucional, la consolidación de un sistema de información y el fortalecimiento de la formación de técnicos superiores.

Implicaciones, proyecciones y oportunidades

La aplicación del MECE SUPERIOR tiene en el largo plazo proyecciones y oportunidades en distintos ámbitos, que naturalmente apuntan al desarrollo y crecimiento de un sistema de educación superior de calidad, diversificado, coherente y articulado. El proyecto introduce cambios importantes en los diferentes componentes de su aplicación, los cuales se señalan a continuación.

- Calidad del Pregrado y Posgrado: En este ámbito se espera contar con un cuerpo normativo que defina los alcances, características e implicancias de sistemas nacionales de acreditación. También se espera adecuar los actuales sistemas de licenciamiento para lograr la autonomía. El hecho de contar con estándares de calidad y el fomento a la cultura de la autoevaluación y evaluación introduce un cambio relevante en el sentido que las propias instituciones sean las principales

responsables en el aseguramiento de la calidad. El programa contempla, en este plano, la asignación de recursos para dicho tipo de tareas.

En el caso del posgrado, se presentan atractivas oportunidades en el fortalecimiento de la formación y su proyección internacional. El sistema de acreditación espera introducir y adecuar estándares de nivel internacional en los programas de posgrado, lo que tiene una amplia repercusión al menos en tres ámbitos: la formación de recursos humanos especializados, la ampliación de las capacidades de investigación y el mejoramiento y actualización permanente de las plantas académicas.

- Apoyo a la internacionalización: La adecuación de los programas de las instituciones chilenas a criterios de acreditación internacionalmente aceptados coloca al sistema de educación superior en una ventajosa situación en el contexto de la internacionalización del ejercicio de las profesiones, facilitando el intercambio y fomentando la formación de profesionales más competitivos.
- Doctorado e Investigación Científica y Tecnológica: El reconocimiento de la investigación como elemento central en la formación de doctorado y la producción del conocimiento amerita un esfuerzo mayor. En este sentido, el programa también financiará y apoyará el financiamiento de becas y estadías en el extranjero, la implementación y desarrollo de infraestructura y equipamiento mayor para la investigación de alto nivel, de manera de aprovechar mejor las capacidades actuales y futuras de los graduados e investigadores del país.

- **Formación de Técnicos Superiores:** La formación de técnicos superiores tiene una importancia central para el salto hacia la segunda fase exportadora. Este proceso está en estrecha conexión con la formación de mandos medios para el aumento de los niveles de competitividad del sector productivo nacional.
- **Gestión de Proyectos:** Las instituciones de educación superior tienen una interesante oportunidad para formular y gestionar proyectos que estén de acuerdo con sus propios planes de desarrollo y prioridades institucionales en una perspectiva de largo plazo. Particularmente interesantes en este aspecto son las posibilidades que se vislumbran para las instituciones de regiones, con la apertura de una importante gama de opciones de financiamiento a iniciativas de interés regional y de las propias instituciones en un marco cooperativo.
- **Adecuación de las Normativas:** Se espera contar con un marco regulatorio más de acuerdo con las realidades y desafíos actuales de la educación superior, en cuanto a definir de manera precisa las competencias de los niveles. Esto redundaría en una mejor articulación, tanto en el sentido de propender a la movilidad de los estudiantes entre los distintos tipos de institución y niveles de la educación superior, como en las relaciones entre el nivel superior y la enseñanza media. Por otra parte, un marco más flexible y acorde con las nuevas realidades mejoraría las funciones de regulación - en el marco del respeto de la autonomía de las instituciones y la libertad de enseñanza e investigación - en los planos de la evaluación, la certificación, la superintendencia (es decir, el fiscalizar el cumplimiento de las normativas) y la información pública.

- Información Pública: Se espera contar con un sistema de información integrado dirigido a usuarios tales como el Ministerio de Educación, instituciones, estudiantes y padres y el sector productivo, que contenga información pertinente y de calidad de modo de apoyar y mejorar la toma de decisiones por parte de estos mismos.
- Participación: El MECE Superior está concebido como un proyecto abierto y perfectible que involucra a todos los actores. Una muestra de esto es la reciente consulta sobre acreditación, a la que se sumarán otros procesos similares.

El éxito de este proyecto depende en gran medida de la cooperación activa de todos los actores involucrados en el proceso de la educación superior, por lo cual el Ministerio de Educación los invita a colaborar, en forma constructiva y en una visión de país, en una iniciativa que expresa la voluntad de realizar un esfuerzo mayor y que se visualiza como una oportunidad real para todos los actores del sistema de contar con una educación superior acorde a los desafíos que impone un mundo en constante proceso de cambio (cit. de MINEDUC 2000).

Impacto de la reforma educacional en las facultades de educación

La reforma Universitaria se presenta como una oportunidad que permite tanto innovar o renovar como consolidar y potenciar lo que se está haciendo en el quehacer académico, en especial en las facultades de educación y en las universidades pedagógicas (CENLADEC, 1998).

Adquiere relevancia y connotación el compromiso y las responsabilidades que asumen las facultades de educación para producir un cambio efectivo en la formación docente, tanto inicial como continua. Para esto, clama por una cultura organizacional dispuesta a la evaluación, cambio e innovación de los procesos; alude a la selección y admisión de personas con clara vocación pedagógica; a la definición de las competencias profesionales y personales del docente para dirigir los procesos involucrados; la resignificación de la función docente, a la innovación de estructuras curriculares y de los procesos involucrados en la formación. (CENLADEC, 1998).

Además de todo lo antes mencionado, la Reforma trae aparejada fuentes de financiamiento, a través de la convocatoria de concursos. Esta perspectiva de carácter pragmático, concordante con el modelo económico imperante, permite superar o al menos paliar en las universidades estatales, y en especial en las pedagógicas, el reducido aporte económico que destina el estado a su desarrollo. Sin la satisfacción de las necesidades humanas de nuestros profesores, sin vidas con dignidad, la Reforma es una utopía (CENLADEC, 1998).

En conclusión, la reforma educativa es un gran desafío para las facultades de educación. Resultaría mezquino asociarla sólo a una oportunidad de captar recursos financieros, por escasos que ellos sean. Debe entenderse como un proceso de cambios, que debe orientarse a la innovación de la formación docente, a la revalorización de la función docente, a la movilización de las capacidades académicas, a la consolidación de valores organizacionales y culturales, al ejercicio de la creatividad, a la apertura de espacios de diálogo y participación, a la valorización de la vocación pedagógica. A la transformación de los procesos de desarrollo, a la configuración de ambientes y condiciones de convivencia y aprendizaje, al perfeccionamiento de los formadores de formadores, a la ampliación y potenciación de su ámbito de participación, al incentivo de la investigación pedagógica. En síntesis, debe ser un medio que permita aumentar el convencimiento de creer en las personas, brindándoles escenarios y oportunidades de libertad para su crecimiento personal y de solidaridad para el incremento de la socialización, en el entendido que la educación es un proceso de realización personal inserto en la realidad social, proceso que debe ser permanentemente repensado, pues es fundamentalmente variable en el tiempo y espacio siendo así un quehacer eminentemente cultural. (CENLADEC, 1998).

Malestar docente

El malestar en los docentes y la disconformidad con su profesión son temas preocupantes en la actualidad y han sido objeto de debates e investigaciones a nivel mundial (Grasso, P,1993).

La expresión "malestar docente" viene utilizándose desde ya hace tiempo (Berger,1957; Mandra, 1977; Amiel, 1980, 1982, 1984; Dupont, 1983) empleando esta expresión como la más inclusiva de las utilizadas en la bibliografía actual, para describir los efectos permanentes de carácter negativo que afectan a la personalidad del profesor como resultado de las condiciones psicológicas y sociales en que se ejerce la docencia.

De acuerdo a Fierro, en su artículo "El ciclo del malestar docente " el malestar de los docentes ha pasado a constituir un lugar común. Según el mismo autor, apenas hace falta decir que la principal base de este malestar es ambiental, ligado a las circunstancias mismas de la enseñanza, a las presiones que recaen sobre los profesores. Nunca antes habían estado sometidos a demandas tan intensas, complejas y, a veces contradictorias por parte de la administración, de los alumnos, de los padres y de la sociedad en general (Fierro, 1991:235).

Según una investigación realizada en Córdoba por el licenciado Livio Grasso, las carpetas medicas que se registraron entre el personal docente excedían con mucho a las verificadas en otros sectores de la administración pública y las licencias psiquiátricas alcanzaban una elevada proporción entre los docentes (Grasso, 1993). Por otro lado, las matrículas de las carreras de profesorado aparentemente tienden a disminuir en años recientes, mientras que las tasas de abandono aumentan y las de egreso disminuyen. Las

dificultades para cubrir cargos docentes, comunes en otras partes del mundo, han comenzado a hacerse sentir. (Grasso, 1993)

Se han propuesto diversas sistematizaciones de los factores que podrían estar influyendo en la satisfacción laboral de los docentes. José M Esteve de la Universidad de Málaga, propone un modelo comprensivo del proceso del malestar docente (Esteve, b 1987:87-101) Parte del reconocimiento de la existencia de dificultades objetivas en la interacción profesor- alumno. Con el fin de clasificar los factores que inciden negativamente en el ejercicio de la docencia, adopta la sistematización presentada por J.J Blase, quien, refiriéndose al ciclo degenerativo de la eficiencia docente” distingue entre los factores de primer y segundo orden (Blase, 1982:93-113).

Los factores de primer orden son aquellos que “inciden directamente sobre la acción docente, limitándola y generando tensiones de carácter negativo en su práctica cotidiana” (Esteve, b:38) y restringen los resultados que se consiguen con los alumnos (Blase:103) Entre estos destacan: la carencia e insuficiencia de recursos materiales, el estado de conservación de los edificios, los locales inadecuados, la acumulación de exigencias que recaen sobre el profesor, entre otros.

Los factores de segundo orden o contextuales son los que hacen referencia a las condiciones ambientales y al contexto en que se ejerce la docencia. Afectan indirectamente la eficacia docente promoviendo una disminución de la motivación, la egoimplicación y el esfuerzo (Blase:104). Influyen también sobre la imagen que el profesor tiene de sí mismo y de su trabajo profesional y, eventualmente, podrían conducir a crisis de identidad y a la autodepreciación del yo. Estos factores comprenden: las modificaciones en el rol del

profesor, los cambios en las incumbencias de los agentes tradicionales de socialización, las contradicciones de la función docente, las modificaciones del apoyo del contexto social en la labor docente, las variaciones que han sufrido los objetivos de enseñanza, el avance de los conocimientos, la imagen del profesor en la sociedad y otros (Esteve, b: 19-38)

Esteve alude a las contribuciones de A. Polaino, quien, al intentar explicar la génesis de la conducta ansiosa de los profesores, se ocupa de los factores de segundo orden. En efecto, introduce el concepto de “pretexto”(Polaino, 1982:17-45) que define como “un conjunto de factores diversos y distantes de la escuela que, sin aproximarse ni siquiera a sus alrededores, pueden condicionar con una mayor o menor intensidad la ansiedad de los profesores”. Polaino, destaca los siguientes: la opinión pública que recae sobre los profesores, el grado de aprecio por “el factor educativo” en una sociedad, los planes educativos redactados al margen del profesorado y la introducción frecuente de cambios en los sistemas de enseñanza.

La importancia de estos factores es subrayada por diversos autores. “Su influencia actúa a medio o largo plazo, de forma acumulativa, mediante su interconexión con otros factores del contexto social o del contexto escolar, promoviendo una valorización negativa de la propia actuación que el profesor realiza” (Esteve, b: 95).

Como consecuencia del malestar docente aparecería el “agotamiento”, correspondiéndose al descontento docente en la amplitud de su referencia, pues vendría a designar al conjunto de consecuencias negativas que afectarían al profesor a partir de la acción combinada de las condiciones psicológicas y sociales en que se ejerce la docencia. Sin embargo, esta negativa consecuencia del malestar docente no aparecería en todos los

individuos. Muchos son los docentes que han logrado encontrar respuesta a los nuevos interrogantes; otros han reducido su eficacia o han renunciado a una enseñanza de calidad, pero aún se mantienen en la profesión con distintos niveles de inhibición; otros acaban afectándose personalmente como consecuencia de la evolución negativa del contexto sin embargo, el malestar docente termina “quemando” a estos profesores en distintos grados. Ese malestar difuso o burn out va a concretarse en absentismo, en peticiones constantes de traslados, en estrés, en enfermedades más o menos fingidas para abandonar momentáneamente la docencia, en enfermedades reales, en neurosis reactivas o depresiones más o menos graves (Amiel, 1972; Amiel- Lebigre, 1973 y 1974; Mandra, 1984).

En un estudio realizado en la ciudad de Córdoba, que tuvo como población de referencia a 120 maestras de nivel primario en ejercicio durante el año 1992 (Macaluso, 1992) en que se interrogó a los docentes acerca de una serie de cuestiones solicitándoles respuestas a escala (rating) de entre 3 y 6 posiciones o juicios sobre la exactitud o inexactitud de una afirmación. Los datos referidos versaron sobre los siguientes aspectos:

- a) Circunstancias del aula: Se refirió a los diferentes factores que habían contribuido a generar dificultades en clase y en las relaciones con los alumnos durante el año: problema de conducta en niños, dificultades con los nuevos lineamientos curriculares, falta de respeto hacia el profesor, carencia de materiales, escasa motivación por parte de los alumnos. (Estos corresponden a los factores de primer orden)

- b) Aspectos relacionales: Se pidió a las maestras que juzgaran el interés que la dirección y la supervisión demostraban en la tarea docente que ellas desarrollaban, la ayuda de la dirección para mejorar su tarea docente y las relaciones entre colegas.
- c) Participación: Se solicitó que declararan si habían tenido o no posibilidades de participar en la resolución de los problemas de la escuela.
- d) Valorización social de la escuela y la docencia: El tema se exploró con preguntas sobre la valorización de la tarea docente por parte de padres, políticos y autoridades del sistema educativo y sobre la existencia de contradicciones entre los valores de los padres y de la escuela.

Los temas de los puntos b y c corresponden a tópicos cuya relación con la satisfacción laboral es comúnmente admitida.

Como variables dependientes se tomaron distintos indicadores de satisfacción profesional: satisfacción actual con la profesión (expresados en rating de 1 a 5 puntos que iba de muy conforme a muy desconforme), el deseo de cambiar de escuela, el deseo de cambiar de trabajo, la frecuencia con que se experimentan dificultades psicosomáticas.

Como resultado se concluyó que el efecto de los factores de segundo orden sobre la satisfacción laboral experimentada era bastante general entre las docentes; que entre las docentes que perciben divergencias entre los valores preconizados por la escuela y otros que tenían vigencia en la sociedad, la proporción representada por las muy satisfechas era notoriamente menor que entre las maestras que no estaban preocupadas por tales divergencias.

Los resultados obtenidos en el estudio, sugirieron que algunos de los factores de segundo orden, entre ellos los que hacen referencia al apoyo del contexto social, se encontraban especialmente asociados a la conformidad profesional, al stress y al deseo de cambiar de trabajo (al menos dentro del subsistema de nivel primario).

Apoyo social

Como es frecuente dentro de las ciencias sociales, no existe una definición universalmente aceptada de este concepto (Barrón 1992). Algunos autores proponen definiciones que reflejan los tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales y relaciones íntimas) que se incluyen en el estudio del apoyo social. Otros autores ofrecen definiciones basadas en la existencia o cantidad de relaciones sociales. Sin embargo, la mera existencia de relaciones no implica la provisión de apoyo. Por esto, otro tipo de definiciones enfatizan las funciones que cumple el apoyo social, y coinciden en considerar este concepto como un constructo multidimensional con distintas categorías, siendo las principales la provisión de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informacional.

Integrando todos estos aspectos, Lin y col (1986), definen este concepto como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. La definición de Lin puede entenderse como una definición sintética de apoyo social; esta se articula de acuerdo a cuatro ejes: la función del apoyo, la percepción-recepción del apoyo; el ámbito en que se produce el apoyo y la ayuda en situaciones cotidianas o de crisis.

Según Álvaro y Páez (1996), el apoyo social se puede definir como un efecto positivo de las relaciones sociales de la persona. El apoyo social objetivo puede conceptualizarse en función de la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio, de su integración en la red social. Se mide mediante escalas sobre la extensión, densidad, frecuencia de interacción de las redes sociales y preguntas sobre el nivel de pertenencia a dichas redes sociales.

Efectos del apoyo social en la salud mental

1) Efectos directos. El apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes.

Gottlieb (1983) propone que las personas con poco apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo.

Thoits (1985), basándose en el interaccionismo simbólico, hipotetiza que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas de tres formas:

- a) Proporcionando al sujeto un conjunto de identidades.
- b) Siendo fuentes de autoevaluación positiva.
- c) Como base de una sensación de control y dominio.

Para Cohen (1985), estos efectos beneficiosos pueden deberse a la percepción de las personas de que obtendrían ayuda en caso de experimentar acontecimientos vitales estresantes. La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente, reconocimiento de la valoración personal, etc. Estos estados psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física bien por sus efectos en el sistema neuroendocrino o inmunológico, bien por provocar cambios en conductas que promueven la salud.

Todo ello sugiere que el apoyo social y la salud están linealmente relacionados.

- 2) Efectos indirectos. El apoyo social funciona como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como por ejemplo los acontecimientos vitales estresantes. Esto se conoce como el efecto amortiguador del apoyo social.

Esta hipótesis afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, éstos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Sin embargo, según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar: su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés. En este paradigma, el apoyo social es esencialmente un moderador del estrés.

Para cumplir ese papel protector el apoyo social puede intervenir en dos puntos de la cadena causal que relaciona estrés con psicopatología. (Cohen y McKay, 1984; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y Syme, 1985):

- 1) Entre los acontecimientos vitales estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo la respuesta de evaluación del estrés. Los recursos aportados por otras personas pueden redefinir la percepción de amenaza y la propia capacidad de afrontamiento, ya sea por comparación social encubierta o por discusión abierta sobre el significado del evento.
- 2) El apoyo social también puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción de estrés, o por influencia directa en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos.

Para Cohen y Ashby (1985) debe haber relación entre las necesidades elicidadas por el estresor y el apoyo social recibido para que el efecto protector tenga lugar.

Desarrollo histórico y perspectivas teóricas

Desde finales de los 70 se ha producido un inusitado interés por el estudio del apoyo social y sus efectos en la salud y en el bienestar psicológico y social. Este incremento en el interés por el concepto de apoyo social puede atribuirse a diversos factores, uno de ellos es su posible rol en la etiología de enfermedades y problemáticas psicosociales. Los vínculos sociales, la integración social y las relaciones interpersonales han sido consideradas como un elemento central en la calidad de vida individual. La evidencia procedente del estudio de los efectos negativos del aislamiento social, refuerza la conclusión de que las relaciones sociales son un elemento crítico en el bienestar.

El concepto de apoyo social y sus definiciones han proliferado desde finales de la década del 70 hasta los 90. Una de las más actuales definiciones fue hecha por Gracia entendiéndolo el apoyo social como, la tendencia a buscar compañía de otras personas o buscar apoyo de otras, en forma particular ante situaciones estresantes a lo largo de su ciclo vital (Gracia, 1997).

A partir de la publicación de los trabajos realizados por Cassel (1974) y Cobb (1976), este concepto adquiere gran relevancia, a partir de los experimentos realizados por estos investigadores que permitían concluir que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias tanto psíquicas como físicas cuando tales eventos se experimentan con la contribución de apoyos sociales (Cassel, 1974 Cobb, 1976)

De la obra de Cassel pueden destacarse dos aportes de gran relevancia. Por una parte su análisis del ambiente social en la vulnerabilidad ante la enfermedad, y por otra, su

hipótesis de la existencia de fuerzas sociales que pueden ser movilizadas en situaciones difíciles con el objeto de proteger la salud. Cobb por su parte, concede importancia a la información que el sujeto recibe del grupo primario o de sus relaciones significativas. Por otra parte Caplan, (1974) destaca la importancia de los grupos primarios en el bienestar del individuo. Estos grupos, entendidos como contactos sociales duraderos, sea con individuos, grupos u organizaciones, proporcionan al individuo un feedback sobre sí mismo y sobre los otros, lo que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario más amplio.

La contribución de estos tres autores, supone la consolidación del concepto de apoyo social como objeto de estudio e instrumento de intervención.

En el estudio del apoyo social destacan dos perspectivas. La cuantitativa o estructural y la cualitativa o funcional.

La perspectiva estructural, centra su interés en el análisis de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo mientras que la perspectiva funcional estudia la función que cumplen esas características para el sujeto (Cohen y Willis, 1985, Cohen y Syme, 1985, Pearlin, 1985, House y Khan, 1985, Gracia y Musitu, 1991, Thoits, 1992).

Cabe mencionar aquí que es preciso diferenciar los conceptos de red social y apoyo social, que a veces se utilizan indistintamente. Por red social se entienden las características estructurales observadas en las interacciones sociales mantenidas por un individuo, grupo o comunidad. El concepto de apoyo social incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual. Dado que las redes sociales proporcionan el marco estructural indispensable para que el

apoyo sea accesible al individuo (Lin et al.,1981) ambos conceptos presentan una estrecha vinculación que en ocasiones se confunde con equivalencia. El termino red social describe la estructura de las relaciones sociales mientras que el termino apoyo social describe las funciones específicas de una red.

Dos son los aspectos más estudiados desde la perspectiva estructural. La integración/ participación social y el análisis de la estructura de las redes sociales (House et al.,1988. Sarason et al., 1990. Antonucci y Jackson., 1990). El primero se centra en constatar la existencia de relaciones y enumerar los lazos sociales del individuo como índice cuantitativo de integración. El segundo se refiere al estudio del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de su red social, y presta mayor atención a las dimensiones cualitativas.

Dentro de la perspectiva funcional, Nan Lin (1986), considera que las funciones de apoyo pueden ser agrupadas bajo dos grandes epígrafes. Funciones instrumentales y funciones expresivas. Esta clasificación parte de una diferenciación inicial entre los fines que desencadenan una acción y los medios para llevarla a cabo. La función instrumental deriva de actos instrumentales, es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos. La función expresiva deriva de acciones expresivas, aquellas acciones que el individuo realiza y cuyo fin son las mismas.

Otra forma de identificar las funciones del apoyo social, consiste en analizar el ámbito en que ese apoyo se produce. De este modo el apoyo social puede aparecer en el plano afectivo, en el cognitivo y en el conductual. El plano afectivo recogería la función expresiva propuesta por Lin, el plano cognitivo podría albergar lo que numerosos autores

denominan apoyo informacional (House, Willis, Caplan), consejo (Vaux, Tolsdorf) o guía (Weiss, Barrera, Vaux), el plano conductual, posibilitaría el apoyo conductual que puede incluir ayuda financiera (Vaux), y ayuda material (Barrera) o servicios (Caplan). El apoyo informacional o estratégico y la ayuda material o tangible, serían funciones instrumentales.

Las tres funciones de apoyo social más referidas desde este enfoque son: la emocional, la instrumental y la informacional. El apoyo emocional como señala Willis (1985), es un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima, al tener con quien hablar de los propios problemas. Su pérdida tiene efectos negativos sobre la salud y hay constancia de que el mantenimiento de la autoestima es el objetivo prioritario de las personas que atraviesan situaciones estresantes (Willis, 1983). En cuanto al apoyo instrumental, este se ha definido como prestación de ayuda material directa o servicios (Schaefer et al., 1982, Barron et al., 1988. Willis (1985) plantea que, en circunstancias ordinarias, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades y preocuparse por un mayor crecimiento personal. El apoyo informacional por su parte, opera fundamentalmente como un proceso de amortiguamiento en situaciones de estrés (Willis, 1985) ya que bajo circunstancias ordinarias la mayoría de las personas disponen de la información suficiente para un funcionamiento adecuado. Solo cuando el estrés ambiental excede los conocimientos de la persona y su capacidad de resolución de problemas se hace necesaria la información adicional y el consejo. La independencia de este tipo de apoyo con el emocional no está del todo probada. La conexión entre estos dos tipos de apoyo se ha planteado en términos de desarrollo de la identidad personal y social, sus

capacidades, roles, etc.(Cassel, 1976, Shumaker y Brownell, 1984, Musitu et al. , 1991). El apoyo informacional proporciona el feedback requerido en este proceso y el apoyo emocional esta en relación con la valoración que se recibe de los demás y que incide en la autoestima.

Dentro de esta perspectiva Gracia, hace una distinción entre apoyo social recibido y Apoyo social percibido, haciendo referencia con estos al componente cognitivo y al componente afectivo.

El apoyo social en la vida adulta

En esta etapa de vida, los recursos de apoyo social más importantes son los que se dan en la familia y el trabajo. En el terreno personal, el inicio de una relación íntima y estable exige la aceptación de las diferencias personales así como se aprende a negociar en los nuevos planes sobre un futuro común como lo son la convivencia, la descendencia, el hogar, etc. Un nuevo status que implica la creación de nuevas relaciones más allá de la propia pareja y a menudo, nuevos contactos dentro de la propia comunidad. En el terreno profesional se aprende un oficio y el desempeño de rol característico, a la vez que se ensayan nuevas formas de relaciones sociales como consecuencia de la entrada al mundo laboral (Heller et al., 1990).

El apoyo social en el mundo laboral se puede analizar desde perspectivas diferentes. Por una parte es posible analizar cómo la red social del individuo se transforma con la incorporación de nuevos miembros procedentes del mundo laboral y por otra parte se puede estudiar cómo el estrés derivado del contexto laboral se relaciona con el bienestar

del trabajador en función del apoyo social disponible. El lugar de trabajo constituye no sólo un campo para ampliar la red social de las personas sino también un importante foco de tensiones y estrés en la vida social del individuo.

En cuanto al apoyo social en la vida personal, se puede decir que el matrimonio es una importante fuente de apoyo, a menudo la más importante como lo constatan las investigaciones sobre sus efectos beneficiosos sobre el bienestar y el ajuste social (Gove, 1973; Bloom et al., 1978; House et al., 1985). Con el matrimonio se produce una transformación de los contactos sociales, modificándose la red social de los individuos. Stueve y Gerson (1977) comprobaron que la red social de los matrimonios sufría algunos cambios característicos en la mayoría de las parejas: los amigos de la infancia se reemplazaban por nuevos contactos con personas adultas y las relaciones se centraban más en el hogar y eran menos frecuentes, sin que por ello fueran menos íntimas. Con la paternidad y la maternidad, los contactos sociales vuelven a sufrir algunas modificaciones, muy marcadas en el caso de las mujeres, quienes sustituyen gradualmente los contactos del trabajo por familia y amigos (Hammer et al., 1982).

Efectos positivos del apoyo social en el funcionamiento familiar

Como indican numerosos estudios el apoyo social puede influir de forma positiva en el funcionamiento familiar. Así por ejemplo, se han observado efectos positivos del apoyo social en las actitudes paternas (Crockenberg, 1981; Crnic y otros, 1983; Cochran, 1993); en las prácticas de socialización y estilos parentales de interacción con los hijos (Colletta, 1981; Crockenberg, 1988; Jennings y otros, 1991; Gracia y Musitu, 1993; Gracia y otros,

1994); en las actitudes, expectativas y aspiraciones que los padres tienen acerca de los hijos (Olds y Henderson, 1989; Cochran y Henderson, 1990); en la adaptación familiar al estrés (Unger y Powell, 1980; Mc Cubbin y Figley, 1983; Tellen y otros, 1989); y en la conducta, ajuste y desarrollo infantil (Cochran y Brassard, 1979; Crnic y otros, 1986; Homel y otros, 1987). Además la investigación realizada desde los años setenta en el ámbito del apoyo social ha documentado ampliamente la asociación positiva entre la integración social y la disponibilidad de recursos sociales de apoyo y la salud física y mental (Gracia y otros, 1995). Estos resultados tienen sin duda importantes implicaciones para el diseño de programas de intervención en el ámbito familiar, puesto que sugieren que diversos aspectos de la conducta y funcionamiento familiar (bienestar, actitudes, estilos de interacción, manejo del estrés, etc.) pueden ser afectados o alterados de forma positiva mediante la provisión de apoyo social (Seitz y otros, 1985; Dunst y Trivette, 1988, Garbarino, 1987). Como ha señalado Cameron (1990), existen pocas dudas con respecto a la poderosa influencia que la integración social, el acceso a recursos de una red social positiva y las relaciones sociales basadas en la reciprocidad, tienen en el ajuste y bienestar individual y familiar y por tanto, son pocas las razones para continuar dudando de la relevancia de las estrategias de intervención basadas en el apoyo social basadas en el ámbito del bienestar familiar e infantil. En este sentido, el apoyo social se convierte en un elemento de gran importancia en el contexto de los programas de intervención social dirigidos a la familia. Los programas de apoyo a la familia reconocen los efectos positivos del apoyo social en el funcionamiento de la familia, siendo éste, por tanto, el elemento central alrededor del cual se construyen (Weissbourd y Kagan, 1989).

Determinantes del apoyo social

Determinantes intrapersonales

Sarason y colaboradores han propuesto que la percepción del apoyo social podría considerarse como una característica de la personalidad (I Sarason et al., 1986B. Sarason et al., 1990). Esta característica estable de la personalidad, a la que los autores han denominado sentimiento de apoyo estaría relacionada con la percepción de disponibilidad de apoyo. En relación con el sentimiento de apoyo se encontraría el sentimiento de aceptación, otra faceta de la personalidad que reflejaría la medida en que una persona cree que es amada, valorada y aceptada por los otros significativos (Sarason et al., 1990)

El desarrollo de estas características de la personalidad se basaría según Sarason en la teoría del vínculo propuesta por Bowlby (1969, 1973, 1980). Desde esta perspectiva se consideraría que los vínculos tempranos que se establecen en la infancia, proporcionan el prototipo de las relaciones posteriores.

Determinantes interpersonales

Las características estructurales de la red social son un aspecto importante para comprender el contexto interpersonal en el que el apoyo social tiene lugar. Entre estas características resultan particularmente importantes el tamaño de la red, el porcentaje de familiares, el número de personas de confianza y la densidad de la red. Polister (1980) ha propuesto que la relación entre el tamaño de la red y su capacidad para satisfacer las

necesidades de apoyo es curvilínea (a partir de un determinado tamaño la red social podría perder la capacidad para proporcionar apoyo).

Aunque podría afirmarse que una red social con una elevada densidad será cohesiva y actuará como un sistema de apoyo efectivo, diversas investigaciones sugieren que, al menos en determinadas circunstancias una red social con una baja densidad puede ser más efectiva y proporcionar una mayor satisfacción (Hirsch 1979, 1980).

Determinantes situacionales

Sin lugar a dudas, la naturaleza estresante de los sucesos vitales ha sido el determinante situacional que mayor atención ha recibido por parte de los investigadores.

La visibilidad de los estresores y su naturaleza crónica o episódica son aspectos particularmente importantes en el proceso de movilización del apoyo social. El grado de visibilidad es en parte función del estresor mismo; también es función de las características de la red social (Hally Wellman, 1985). La movilización del apoyo social puede definirse como el proceso por el cual los recursos sociales de apoyo responden o se anticipan a una situación que se percibe como estresante o amenazante. Esta relación positiva entre el estrés y el apoyo social se corresponde con el modelo de relaciones causales entre estrés, apoyo social y el ajuste propuesto por Wheaton (1985), Lin (1986) y Barrera (1986). Este modelo representa aquellas situaciones donde los estresores permiten activar recursos de apoyo y el apoyo movilizado permite reducir los niveles de estrés en forma proporcional a la cantidad o calidad del apoyo social.

La ocurrencia de sucesos vitales estresantes también puede reducir los recursos de apoyo social disponibles. Esta relación negativa entre los estresores y el apoyo social fue propuesta por Barrera(1986), Lin (1986) y Wheaton (1985): Numerosos estudios han observado esta relación negativa entre el estrés y el apoyo social, en particular en medidas de apoyo social percibido (Dean y Ensel, 1982; Lin y Ensel, 1984; Mitchell y Moos, 1984; Lin et al. ,1986; Atkinson et al.,1986 Sculz et al., 1988).

Determinantes macrosociales

Como señala Pearlin (1985), el apoyo social,, intrínsecamente social e interaccional, tiene lugar en los contextos sociales y culturales más amplios. Estos contextos a su vez moldean el carácter y resultados del apoyo social. Asimismo, Eckenrode y Wethington (1990)han enfatizado la necesidad de considerar el contexto social más amplio como un importante determinante de la movilización del apoyo social. De acuerdo con estos autores, la posición en la estructura social (género, edad, estadio del desarrollo, estatus social) y la pertenencia a un grupo social, determinan las barreras y oportunidades para el acceso y la movilización del apoyo social.

Diferencias en el apoyo social asociadas al género

La evidencia obtenida a partir de diversas investigaciones, parece indicar que el apoyo social beneficia en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Así por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Schwarzer y Leppin en 1989, se observó que la

correlación entre la salud mental y el apoyo social era de 0,20 en las mujeres y sólo 0,08 en los hombres.

Las investigaciones acerca de la salud mental y el apoyo social han llegado a resultados similares. No obstante, la relación entre salud mental y apoyo social se invierte al tener en cuenta los efectos de la situación marital, que beneficia más a los hombres; esto pudiendo deberse a que las mujeres tienden a prestar mayor apoyo social que los hombres, siendo por tanto mejores confidentes de sus cónyuges (Vanfossen, 1981).

El estilo social femenino es diferente al masculino, las mujeres favorecen la intimidad y el apoyo mutuo, son más afectuosas y confiadas, emitan más señales no verbales positivas, son menos autoafirmativas, más gratificadoras y más dadas a cooperar que los hombres.

De acuerdo con House et al., (1988), los mayores niveles de apoyo social proporcionados por las mujeres reflejan, en parte, características estructurales del entorno social(por ejemplo la división del trabajo en el hogar) y las constantes expectativas acerca del rol de la mujer, a las que se les adscribe con mayor frecuencia el rol de proporcionar apoyo.

Evaluación y medida del apoyo social

Ambas perspectivas, la funcional y la estructural miden distintamente el apoyo social, cada una de ellas evalúa los diferentes aspectos del entorno psicosocial de los individuos y la utilización de instrumentos de medida se diferencia sustancialmente por su contenido.

Desde la perspectiva estructural se evalúa preferentemente la cantidad de relaciones sociales que una persona mantiene, partiendo de la suposición que este tipo de medidas correlaciona o se comporta realmente como una medida de apoyo social (Berkman y Syme, 1979; House et al. , 1982). Dentro de este enfoque, destacan los instrumentos de medidas tales como: Índice de Relaciones sociales (Berkman y Syme, 1979); Escala de Interacción y satisfacción con la comunidad de vecinos (Lin et al.),1979); Cuestionario de Apoyo Comunitario AC-90 (Gracia y Musitu, 1990).

Aunque este tipo de instrumentos realiza una evaluación algo rudimentaria del contexto social del individuo (reduciendo su percepción social a la cuantificación de determinados índices) posee la ventaja de la objetividad, fiabilidad y sobre todo, claridad conceptual y teórica. En este sentido, su validez de constructo es elevada al no confundirse con medidas de estrés o de salud (House y Kahn, 1985). Como señala Alan Vaux (1992), los instrumentos que evalúan exclusivamente aspectos de la red social del individuo no son muy numerosos. Gran parte de esos instrumentos proporciona también índices funcionales como el tipo de apoyo o la satisfacción con el apoyo (entre otros, el SSQ de Sarason et al.,1983).

Dentro de la perspectiva funcional, gran parte de los instrumentos evalúa aspectos funcionales de las relaciones sociales; existiendo una clara tendencia en los distintos autores a considerar la percepción del apoyo y la recepción de apoyo en forma separada (House y Kahn, 1985).

La categoría de instrumentos que evalúan las percepciones de apoyo es la que probablemente ha recibido la mayor atención por parte de los investigadores (Vaux,1992).

La percepción de las situaciones de apoyo ha mostrado una consistente relación con el estatus de salud física y mental de los individuos, lo que ha llevado a la creación de instrumentos de medida de esas percepciones por numerosos autores. Estos instrumentos, evalúan la satisfacción con el apoyo (Sarason et al, 1983), la adecuación de ese apoyo (Barrera, 1981) o la utilidad del mismo (Mc Farlane et al. , 1981). Dentro de esta categoría destacan los instrumentos: Entrevista de Apoyo Social ASSIS (Barrera et al.,1981), Escala de las relaciones sociales SRS (Mc Farlane et al .,1981), Cuestionario de Apoyo Social SSQ (Sarason et al.,1983), Escala de Apoyo Social Percibido para Amigos y Familia PSS (Procidano y Heller, 1983).

III. METODOLOGÍA

Tipo de investigación.

Nuestro estudio es de carácter exploratorio descriptivo. Podemos decir que es exploratorio ya que nuestro objetivo es estudiar un tema poco abordado, no existiendo un marco integral acerca del estudio del bienestar psicológico en docentes universitarios, debiendo éste ser diseñado a partir de la perspectiva psicosocial del empleo, modelo de salud mental de Warr, estudios de Álvaro, Teoría de privación de Jahoda y Teoría del apoyo social. El estudio es descriptivo, ya que se centra en medir con la mayor precisión posible y de manera más bien independiente cada variable en académicas y académicos en la universidad estatal seleccionada.

Diseño.

El presente estudio es un diseño no experimental transeccional descriptivo. Es no experimental porque no habrá una manipulación deliberada de variables. Es transeccional descriptivo ya que intentará estudiar las variables mediante observaciones realizadas en un tiempo y lugar únicos. El propósito, en nuestro caso, es describir variables, y analizar los valores en que se manifiesta cada variable en estudio.

Además, se realizará un análisis de correspondencia con el objetivo de establecer relaciones entre las variables dependientes y las independientes, con el fin de crear perfiles que indiquen tendencias de mayor o menor vulnerabilidad. El método ocupado es observar en la tabla de frecuencia múltiple, el cruce de variables dependientes (ejemplo: autoestima

alta con todas las variables independientes) siendo la frecuencia más alta (o frecuencia modal) en los cruces, la que entrega una tendencia más probable, por lo tanto, el perfil del sujeto en esa variable dependiente.

Población y Muestra

La población de la cual se escogió la muestra corresponde a todos los académicos con jornada completa y media jornada de una Universidad estatal de la V región.

La muestra es intencionada no probabilística, ya que se realizó un procedimiento de selección informal y no aleatorio de los participantes, este procedimiento de selección dependió de la presencia y voluntad del docente en el momento de la medición.

La muestra estuvo constituida por un 28,5 % de la población.

	VARIABLES INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	Nº	%
VARIABLES PERSONALES	GÉNERO	Masculino	60	68,96
		Femenino	27	31,03
	EDAD	25-44 años	28	32,18
		45-65 años	59	67,82
	SITUACIÓN FAMILIAR	Sin pareja sin hijos	18	20,69
		Sin pareja con hijos	5	5,75
		Con pareja sin hijos	9	10,34
		Con pareja con hijos	55	63,22
	APOYO SOCIAL FAMILIAR	Bajo	17	19,54
		Alto	70	80,46
VARIABLES PROFESIONALES	PROFESIÓN	Profesora de estado	55	64,37
		Otra profesión	27	31,03
		Ambas	4	4,59
	FUNCIÓN	Docente	38	43,68
		Administración académica	2	2,2,9
		Docencia y Adm. Acad.	11	12,64
		Docencia e investigación		
		Docencia y extensión	12	13,79
		Docencia, Adm. e Inv.	5	5,75
		Docencia, Adm. y ext.	3	3,45
		Docencia, inv. y ext	3	3,45
		Docencia, Adm., Inv. y ext.	7	8,05
		ext.	6	6,89
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN ESTA UNV.	0-20 años	58	66,67	
	21 años – 30 años	25	28,74	
	31 años– 40 años	4	4,59	

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO ÚLTIMOS 5 AÑOS	Con cursos	70	80,46
	Sin cursos	17	19,54
SITUACIÓN CONTRACTUAL	Titular (planta)	56	64,37
	Contrata	31	35,63
JORNADA LABORAL	Jornada completa	72	82,76
	Media jornada	15	17,24

Sujetos

Los criterios de selección serán los siguientes:

- Profesionales chilenos que se desempeñen como académicos universitarios en una Universidad estatal de la V región
- Académicos que se desempeñen en la universidad con jornada completa o media jornada.
- Académicos cuya edad fluctúe entre los 25 y 65 años.

Sujetos no incluidos en la muestra.

- Académicos jubilados y que actualmente estén recontratados por horas.
- Académicos cuya jornada de trabajo en la universidad sea menor a media jornada.
- Académicos extranjeros.

Caracterización de la muestra

COMPARACION ENTRE POBLACION Y MUESTRA SEGÚN EL GENERO

GENERO	POBLACIÓN	MUESTRA	% DE LA POBLACION
MASCULINO	184	60	32,6
FEMENINO	121	27	22,3
TOTAL	305	87	28,5

Con respecto a género y población; se evaluó a 60 sujetos del género masculino (32,6%) y a 27 del género femenino (22.3%)

COMPARACION ENTRE POBLACION Y MUESTRA SEGÚN JORNADA DE TRABAJO

JORNADA	POBLACIÓN	MUESTRA	% DE LA POBLACION
COMPLETA	220	72	32,7
PARCIAL	85	15	17,6
TOTAL	305	87	28,5

Se observa que la muestra medida corresponde al 28,5% de la población, siendo un 32,7% los docentes medidos que realizan funciones en jornada completa y 17,6% de los que ejercen sus funciones en media jornada.

GÉNERO SEGÚN JORNADA DE TRABAJO (POBLACIÓN DE ACADÉMICOS)**JORNADA COMPLETA****MEDIA JORNADA**

GÉNERO	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	80	36,4	41	48,2
MASCULINO	140	63,6	44	51,8
TOTAL	220	100,0	85	100,0

GÉNERO SEGÚN JORNADA DE TRABAJO (MUESTRA DE ACADÉMICOS)**JORNADA COMPLETA****MEDIA JORNADA**

GENERO	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	19	26,4	8	53,3
MASCULINO	53	73,6	7	46,7
TOTAL	72	100,0	15	100,0

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

Definición conceptual y operacional de la variable dependiente

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Sentimiento de bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración y funcionamiento integrado con ausencia de trastornos psíquicos leves.	Nivel de bienestar psicológico en el cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el General Health Questionnaire de Golberg, el inventario de depresión de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg y el ítem de satisfacción con la vida actual de Warr	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en el GHQ de Golberg, el IDB, la escala de autoestima de Rosenberg y el ítem de satisfacción con la vida actual

Definiciones conceptuales y operacionales de los indicadores de bienestar psicológico

SALUD MENTAL

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Conjunto de síntomas que pueden afectar el área afectiva, cognitiva y comportamental. La emergencia de estos síntomas estaría dada por un deterioro en el proceso de interacción entre el individuo y el ambiente (cit. de Inostroza, Sepúlveda, 2000)	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el General Health Questionnaire de Golberg.	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en el GHQ de Golberg.

DEPRESIÓN

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Desorden del estado de ánimo caracterizado por presentar síntomas como: pérdida de interés en las actividades que provocaban placer, sentimientos de tristeza, desesperanza y minusvalía, deterioro de la autoimagen, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, etc. (cit. de Inostroza, Sepúlveda, 2000)	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el Inventario de Depresión de Beck.	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en el Inventario de Depresión de Beck.

AUTOESTIMA

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Nivel de discrepancia que percibe un sujeto al comparar su yo ideal (como le gustaría ser) con su yo real (como es en realidad).	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder la Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Bachman y O'Malley.	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

SATISFACCIÓN CON LA VIDA ACTUAL

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Grado de conformidad de la persona con su vida presente asociado a una mayor satisfacción con la forma en que se organiza y estructura el tiempo y las actividades diarias	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el ítem de satisfacción con la vida actual de Warr	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en el ítem de satisfacción con la vida actual de Warr.

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables independientes personales:

GÉNERO

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Docentes que pertenezcan a ambos sexos.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem sexo.

EDAD

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta su vida actual.	Docentes cuyas edades fluctúan entre 25 y 65 años divididos en dos rangos: 25-44 y 45-65 años de edad.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem edad.

SITUACIÓN FAMILIAR

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Condición actual del sujeto en relación a su estado conyugal y parental.	Académicos con presencia o ausencia de pareja y con presencia o ausencia de hijos.	Respuesta dada por el sujeto ante los ítems presencia o ausencia de hijos y presencia o ausencia de pareja

APOYO SOCIAL FAMILIAR

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.	Nivel de apoyo social en el cual se ubican los sujetos según la puntuación obtenida al responder la Escala de Apoyo Social Familiar de Procidano y Heller (1983)	Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en la Escala de Apoyo Social.

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables independientes profesionales:

PROFESIÓN

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Docentes universitarios que posean la profesión de profesor de estado u otra.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem profesión.

FUNCIÓN

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Actividad específica que realiza el docente al interior de la institución universitaria a la que pertenece.	Docentes que se desempeñan en la universidad ejerciendo: la docencia y/o la investigación y/o la extensión académica y/o la administración académica.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem función docente.

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Período de tiempo transcurrido desde que una persona se inserta en el ámbito laboral hasta su desempeño actual.	Docentes universitarios que actualmente estén ejerciendo su labor docente en la universidad y que no hayan iniciado el proceso de jubilación.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem años de experiencia profesional.

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Cursos a los cuales una persona ha asistido con el fin de aumentar su conocimiento y que son impartidos por distintas instituciones.	Docentes que posean cursos de perfeccionamiento y docentes que carezcan de ellos.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem cursos de perfeccionamiento.

SITUACIÓN CONTRACTUAL

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Acuerdo entre el empleador y el trabajador por el cual se obligan recíprocamente: el trabajador a prestar servicios personales y el empleador a pagar por ellos una determinada remuneración.	Académicos que se encuentran bajo condición de titulares o a contrata.	Respuesta dada por el sujeto ante el ítem situación contractual.

JORNADA LABORAL

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Horas que la persona entrega como servicio al empleador	Trabajo de jornada completa o media jornada.	Respuesta dada por el sujeto al ítem jornada de trabajo.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Bienestar psicológico.

General Health Questionnaire (G.H.Q): El GHQ es una medida de autoinforme elaborada por Golberg (1972-1978) para detectar la probabilidad de trastornos psiquiátricos no psicóticos. Este ha sido descrito como “el mínimo común múltiplo” de los síntomas que pueden presentarse en los distintos síndromes de trastorno mental (Golberg y Hillie, 1979).

Este instrumento no clasifica a las personas como enfermas ya que el contenido de los ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas “sanas”, considerando dimensiones tales como felicidad, satisfacción actual, afecto negativo, experiencia de tensión, autoestima negativa, ansiedad y estado de ánimo deprimido.

El test originalmente estaba formado por 60 ítems, los que fueron reelaborados, hasta quedar con 12 preguntas, las que incluyen la frecuencia con que recientemente las personas han sentido determinados síntomas.

La corrección de la puntuación es a través de una escala tipo Likert, con puntos que van de 0 a 3, obteniendo mayor salud mental, cuando hay menos puntaje, y vice versa.

Las propiedades psicométricas fueron obtenidas a partir de tres investigaciones con muestras diferentes.

La validez ha sido demostrada al asociarse esta prueba con evaluaciones clínicas independientes (Bankes y cols, 1980), así como presentar índices altos de sensibilidad y

especificidad. Mientras que la consistencia interna obtuvo valores entre 0.82 y 0.90, a través del coeficiente alfa de Crombach (1951).

La validación convergente realizada por Banks (1983) entre el GHQ-12 y el Present State Examination, (Wing y cols. 1974) constató un coeficiente de correlación con el PSE de 0.53, alcanzando un porcentaje de especificidad de 82.4%, una sensibilidad del 57.1% y una tasa de clasificación errónea del 20.5% al adoptar como punto de corte para distinción de casos frente a no casos los 2/3 del rango en que se distribuyen las puntuaciones.

Las correlaciones entre las distintas versiones del GHQ, son todas elevadas. Así Banks (1983) obtiene correlaciones entre el GHQ-12 y GHQ-30 que varían, dependiendo del método de puntuación, entre 0.91 y 0.97. Las correlaciones entre el GHQ-28 y las dos versiones anteriores varían de 0.82 a 0.94.

El GHQ, si bien fue utilizado inicialmente como indicador de deterioro psicológico, Rodríguez y col. (1993), pensando en una muestra de sujetos empleados, han realizado una adaptación que permite hablar de Bienestar Psicológico, para esto se han invertido las alternativas de respuesta, en nuestro trabajo dados sus objetivos, resulta adecuado optar por esta adaptación.

Debido al hecho que se han realizado investigaciones anteriores utilizando el GHQ, es relevante señalar los resultados de los análisis del instrumento de dichas investigaciones.

En la tesis “ Estudio exploratorio descriptivo: Bienestar psicológico en un grupo de mujeres empleadas de las Comunas de Viña y Valparaíso” se encontró que con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación para el GHQ fue de 0.0792 es decir, el test es

confiable en un 92,08%. En cuanto al índice de Confiabilidad Alfa de Cronbach, el GHQ puntuó con un 85,9. (Novakovich, Salinas,1999)

En la tesis “ Estudio exploratorio descriptivo del Bienestar Psicológico de una muestra de adultos mayores jubilados que asisten y participan en la oficina comunal del adulto mayor de Valparaíso”, se encontró que con una confianza del 95%, el error de estimación para el GHQ es de 0.0138, es decir es confiable en un 98,6%. En cuanto al índice de confiabilidad Alfa de Crombach el test se obtuvo un 78%, lo que lo sitúa dentro de la categoría bueno. (Pinochet, Tavano,1998)

En relación a la tesis “Bienestar psicológico en un grupo de mujeres temporeras de la agroexportación, de la Comuna de San Esteban”, podemos decir que: con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación para el GHQ, es 0,0891 es decir, es confiable en un 91,86%. El índice Alfa de Crombach obtuvo 60,5%, lo que lo sitúa a un nivel aceptable. (Bernal, Olivares, Partarrieu,1999)

Depresión.

Inventario de Depresión de Beck (IDB). El inventario de Depresión de Beck (1983) consta de 21 ítems que aluden a una categoría específica de síntomas y actitudes que describen una manifestación conductual, actitudinal, emocional o biológica del cuadro.

Cada uno de los ítems puede tener una puntuación entre 0 y 3, fluctuando el puntaje total entre 0 y 63. A mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. Los puntos de corte establecidos por Beck y Beamesderfer (1974) y el Centro de Terapia Cognitiva, para los puntajes obtenidos son: 0-9, depresión mínima o ausente; 10-19, depresión leve; 20-29,

depresión moderada; 30-63, depresión severa. Los puntajes promedios del IDB para las respectivas clasificaciones , según Beck (1967), son 10.9 (DS=8.1); 18.7(DS=10.2); 25.4 (DS=9.6) Y 30.0 (DS=10.4) (Beck, Steer y Garbin, 1988).

En cuanto a las características de confiabilidad del instrumento, Beck, Steer y Garbin, (1988) estimaron la consistencia interna del IDB en un análisis de 25 estudios para la población psiquiátrica y no psiquiátrica. Para la primera, los coeficientes alfas oscilaron entre 0.76 y 0.95, con una media de 0.86; para la población no psiquiátrica los coeficientes alfas oscilaron entre 0.73 y 0.92, con una media de 0.81. Por otra parte, Bernal, Bonilla y Santiago (1995) evaluaron la confiabilidad interna de este instrumento utilizando el mismo índice de consistencia Cronbach alfa, obteniendo un 0.89. A su vez, Beck, Steer y Garbin (1988) estimaron la estabilidad del instrumento para medir los efectos de la memoria, analizando estudios que utilizaron el método test-retest. Se obtuvo que los rangos del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson fluctuaron entre 0.48 y 0.86 para pacientes psiquiátricos, en tanto que para sujetos no psiquiátricos oscilaron entre 0.60 y 0.83.

Respecto a la validez de contenido, Beck, Steer y Garbin (1988) señalan una gran similitud entre los criterios diagnósticos del DSM III y el IDB, reflejando éste seis de los nueve criterios señalados por el DSM III para la depresión. En cuanto a la validez de constructo, el IDB detecta relaciones positivas entre variables fisiológicas, cognitivas y conductuales indicativas de depresión (Atiskal et el, 1982; Baker y Jessup, 1980; Beck, 1967; Dobson y Breiter, 1983; Monroe et al, 1983). La concordancia externa encontrada por Beck, Steer y Garbin (1988) al analizar 35 estudios reporta correlaciones entre el IDB y

una variedad de medidas de depresión entre las cuales encontramos la Escala de Valoración para la Depresión de Hamilton (HRDS) cuya correlación para sujetos no psiquiátricos, osciló entre 0.73 y 0.80, con una media de 0.76; la Escala de Autorreporte de Depresión de Zung (1965) cuya correlación para sujetos no psiquiátricos, fluctuó entre 0.66 y 0.86 con una media de 0.61; la Escala de Depresión del MMPI con una correlación para sujetos no psiquiátricos de 0.60.

Finalmente, la validez factorial señalada por Beck, Steer y Garbin (1988) a partir de tres estudios encuentran entre tres y siete factores dependiendo en gran medida de los métodos de extracción utilizados. Bernal (1995) sugiere la presencia de cuatro factores: actitudes negativas, cognitivo conductual, biológico y somático. (cit. Jeria, 1999)

Autoestima.

Escala de Autoestima de Rosenberg. La escala de Autoestima de Rosenberg (1965) ha sido utilizada en varias investigaciones como medida de autoestima total (Feather, 1982; Feather y Bond, 1983; Feather y Barber, 1983). La escala contiene diez ítems de los que seis están expresados en forma positiva y cuatro en forma negativa. Los ítems tienen cinco puntos de anclaje. La consistencia interna es típicamente alta. Por ejemplo, Feather y Barber (1983) encuentran un coeficiente alfa de 0.83 para una muestra de 116 sujetos (Rodríguez, 1991/93).

Algunos estudios, basándose en la distinción Warr y Jackson (1983), separan las puntuaciones en dos: los ítems positivos y los negativos bajo la asunción de que los individuos separan la autoestima positiva y la negativa, especialmente bajo condiciones de

adversidad. Estos componentes de la autoestima, señalan el grado de acuerdo o desacuerdo con evaluaciones positivas y negativas sobre si mismos. Tanto la autoestima positiva como la negativa han sido medidas mediante ítems derivados de la investigación de Backman y O Malley (1977) y Rosenberg (1965). La correlación entre ambas es sólo de 0.25 (Rodríguez, 1991/ 93; Alvaro, 1992).

En este estudio se utiliza la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada por Backman y O Malley (1977). Esta escala mide dos factores: autoestima positiva y autoestima negativa. Consta de ocho ítems, con un formato tipo Likert. Se asigna una puntuación de 5 a 1 para los ítems de la subescala de autoestima positiva y de 1 a 5 para los ítems de la subescala de autoestima negativa. Mientras mayor sea la puntuación del sujeto, mayor es su autoestima positiva y menor su autoestima negativa.

La consistencia interna obtenida para este test en el estudio de Alvaro (1992), fue de 0.70 para la subescala de autoestima positiva y de 0.74 para la subescala de autoestima negativa. Warr y Jackson en 1983 para estas subescalas obtienen respectivamente coeficientes de consistencia interna entre 0.63 y 0.75 y entre 0.52 y 0.61. (cit. en Jeria, 1999).

Ítem de Satisfacción con la Vida Actual. Este ítem corresponde a un cuestionario sobre satisfacción con la vida presente utilizado en estudios laborales por Warr (1978) y Hepworth (1980). La escala utilizada en este estudio es de 1 a 5 describiéndose cada punto de graduación de la siguiente forma:

1.- Muy satisfecha/o

2.- Satisfecha/o

3.- Ni satisfecha/o ni insatisfecha/o

4.- Insatisfecha/o

5.- Muy insatisfecha/o

Este ítem ha sido utilizado en varios estudios que analizan la posible relación entre particulares condiciones de vida, como el estudio comparativo de Álvaro (1992), el de Harding y Fogarty (1986), el de Henwood y Miles (1987) y el de Miles (1983). (cit. en Jeria, 1999).

Apoyo Social Familiar.

Escala de Apoyo Social y Familiar de Procidano y Heller (1983). Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su familia, consta de 20 ítems los cuales tienen 3 opciones de respuesta (no , sí, no sé). Vera y Wood (1994) determinan una confiabilidad de 0,901(alfa de Cronbach), 0,873 (coeficiente de Spearman–Brown), y 0,871 (coeficiente de Gutman–Rulon). Esta escala tiene una validez estimada a partir de procedimiento de validez concurrente utilizando como criterio los puntajes obtenidos en escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme (Vera y Wood, 1994).

Esta escala es de tipo autoadministrado, con un tiempo de respuesta relativo de 5 minutos. Los individuos deben optar sólo por una alternativa. Se responde en forma individual, para asegurar la privacidad y sinceridad de las respuestas.

Se debe recalcar la confidencialidad de los resultados.

Cada ítem se puntúa según las alternativas escogidas. A la respuesta “sí” se le asigna 1 punto en los ítems 1,2,5 a 15, 17 y 18; a la respuesta “no” se le asigna 1 punto en los ítems 3,4,16,19 y 20. La respuesta “no sé” no se puntúa en ninguno de los ítems.

El puntaje mínimo obtenido corresponde a 0 puntos y el máximo corresponde a 20 puntos.

Se utilizan los puntajes obtenidos por los sujetos estudiados, para la confección de tres intervalos. Los puntajes se ordenan en tres intervalos correspondientes a: 5-9; 10-14 y 15-20. (cit. Alvarado, Ruz, 1999)

El puntaje total se ubica dentro del rango ausencia o presencia de apoyo social familiar percibido de acuerdo a puntajes de corte ya establecidos: 12 o menos puntos se relacionan con bajo apoyo social familiar y 13 o más puntos se relaciona con alto apoyo social.

En relación a los síntomas depresivos , esta escala tiene una correlación de $-0,413$. Con síntomas de ansiedad una correlación de $-0,366$ y con síntomas somatoformes la correlación es de $-0,200$ con $p < 0,000$ y $p < 0,014$.

Cuestionario académicos

Con el fin de caracterizar la muestra y efectuar el análisis de la información se construyó un cuestionario de autoinforme cuyo objetivo es recoger información acerca de las variables independientes (sexo, edad, rol de género, función, situación contractual, profesión, jornada de trabajo, años de experiencia profesional y cursos de perfeccionamiento), conteniendo además el ítem de satisfacción con la vida actual. El

cuestionario no contempla un tiempo límite, aunque se estima que debiera ser realizado aproximadamente en 10 minutos. La administración es individual.

Análisis estadístico de los instrumentos

Cálculo del error muestral

Considerando que los instrumentos aplicados a esta muestra, no poseen una estandarización adecuada, se ha procedido a calcular el error muestral, el Alfa de Cronbach y la correlación ítems test.

Para la validación de los instrumentos en estudio, se debe determinar el error que pudieran contener las respuestas de cada Test.

En base a la variabilidad en las respuestas de las preguntas, se selecciona la mayor varianza en el Test. Esta se obtiene cuando el porcentaje de respuesta de los Test se encuentra más cercano al 50%. Por tanto, con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación, para cada Test, está dado por:

BECK

Valor máximo de p = 87.4%

NIVEL DE DEPRESIÓN

$$E.E. = \frac{1.96 * (0.874 * 0.126)^{1/2}}{87^{1/2}} = 0.0697$$

GHQ

Valor máximo de p = 63.2%

SALUD MENTAL

$$E.E. = \frac{1.96 * (0.632 * 0.368)^{1/2}}{87^{1/2}} = 0.1013$$

ROSENBERG

Valor máximo de p = 58.6%

AUTOESTIMA

$$E.E. = \frac{1.96*(0.586*0.414)^{1/2}}{87^{1/2}} = 0.1035$$

APOYO SOCIAL

Valor máximo de p = 80.5%

$$E.E. = \frac{1.96*(0.805*0.195)^{1/2}}{87^{1/2}} = 0.0833$$

SATISFACCIÓN ACTUAL

Valor máximo de p = 51.7%

$$E.E. = \frac{1.96*(0.517*0.483)^{1/2}}{87^{1/2}} = 0.1050$$

Para el Test de Beck se determinó con un 95% de confianza que el error de estimación es del 6,97%, lo que significa que este test es confiable en un 93,03%. El test GHQ es confiable en un 89,87%, el test de Rosenberg es confiable en un 89,65%, el test de apoyo social es confiable en un 91,67% y el test de satisfacción con la vida actual es confiable en un 89,50%.

Por otra parte, se calculó el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach, para cada uno de los test.

TEST	ALFA - CRONBACH	RESULTADO
BECK	98,3	MUY BUENO
GHQ	93,6	MUY BUENO
ROSENBERG	71,5	ACEPTABLE
APOYO SOCIAL	98,0	MUY BUENO

Análisis de correlación

Para el estudio de la relación entre las preguntas contenidas en cada test, se efectuó un análisis de correlación de Spearman, por tratarse de variables cualitativas. Este análisis considera una probabilidad de error del 5% comparando el valor del estadístico de pruebas T-Student, con el valor de la tabla de la de la distribución normal $Z_{0,975} = 2,0$.

La matriz de correlaciones del Test de Beck muestra, que en promedio las correlaciones entre las 21 preguntas es de 0,733 con una desviación estándar de 0,211, es decir la relación entre las preguntas es moderadamente alta.

La matriz de correlaciones del Test de GHQ muestra, que en promedio las correlaciones entre las 12 preguntas es de 0,548 con una desviación estándar de 0,178, es decir la relación entre las preguntas es baja.

La matriz de correlaciones del Test de Rosenberg muestra, que en promedio las correlaciones entre las 8 preguntas es de 0,239 con una desviación estándar de 0,188, es decir la relación entre las preguntas es bastante baja.

La matriz de correlaciones del Test de apoyo social familiar muestra, que en promedio las correlaciones entre las 20 preguntas es de 0,714 con una desviación estándar de 0,269, es decir la relación entre las preguntas es moderadamente alta.

Análisis de correlación inter.-test

Matriz de correlaciones inter.-test

	<i>ACTUAL</i>	<i>S.MENTAL</i>	<i>AUTOESTIMA</i>	<i>DEPRESION</i>	<i>A.SOCIAL</i>
<i>ACTUAL</i>	1				
<i>S.MENTAL</i>	0,52518301	1			
<i>AUTOESTIMA</i>	-0,1925136	-0,32855771	1		
<i>DEPRESIÓN</i>	0,28159742	0,3964027	-0,31191455	1	
<i>A.SOCIAL</i>	-0,32481093	-0,44128691	0,17454599	-0,28128819	1

Se puede observar que existe una baja correlación entre los cinco test aplicados a los 87 sujetos. La correlación más alta y positiva (0,525) se da entre los test de salud mental y satisfacción con la vida actual, lo que implica que existe una relación directa y moderada entre las respuestas de los académicos en estos test. La correlación más baja y positiva (0,1745) se da entre los test de Rosenberg y apoyo social, lo que implica que existe una relación directa y leve entre las respuestas de los académicos en estos test.

PLAN DE TRABAJO

Primera fase: Preparación y diseño:

En esta etapa se elabora el proyecto, determinando el diseño de investigación, seleccionando y preparando los instrumentos que se aplicarán.

Segunda fase: Recolección y análisis de los datos:

Se contacta con el jefe de personal de la universidad seleccionada para contar con la autorización de la institución y acceder al listado de los docentes con jornada completa y media jornada. En esta etapa se selecciona a los sujetos que compongan la muestra según los criterios de estratificación. Luego de logrados los contactos personales con cada académico seleccionado se realiza la aplicación de los instrumentos en el lugar de trabajo asignado (oficina del docente). Finalizado este proceso, se tabula los resultados obtenidos para organizarlos y procesarlos y posteriormente realizar el análisis estadístico de los resultados.

Tercera fase: Evaluación y análisis estadístico y elaboración del informe final.

En esta fase se evalúan los resultados obtenidos y a partir de este análisis se elaboran las conclusiones para posteriormente redactar el informe final.

PROCEDIMIENTO

Como primer paso, se contactó con algunos secretarios académicos para lograr la autorización por parte de la institución universitaria que nos permitiera contar con su colaboración y participación para llevar a cabo el estudio. Para destacar el carácter voluntario del estudio se le informó a cada profesor personalmente sobre los fines de éste, solicitando su colaboración y así decidiera si deseaba responder a los cuestionarios. El desarrollo de la tesis se prolongó por un período de 10 meses aproximadamente. Durante este tiempo se definió y estratificó la muestra, se consiguieron las autorizaciones, se contactó a los sujetos participantes, se aplicaron los instrumentos para luego realizar el análisis y tabulación de los resultados obtenidos. En cuanto a recursos humanos, el estudio fue realizado por tres investigadoras patrocinadas por Bianca Dapelo, los profesores informantes: Domingo Asún y Fernando Lobos, y un asesor estadístico, Jorge García. En cuanto a los recursos físicos y materiales, fue necesario tener el apoyo de la institución para contar con los espacios y condiciones ambientales necesarias para el proceso de recolección de los datos (oficina de cada académico). Dentro del material, equipo y apoyo técnico necesario para la ejecución de este estudio podemos nombrar: papel, fotocopias, computadores, impresoras, etc. Se contó con una nómina de profesores de las distintas facultades que contaran con los requisitos de la muestra, para tener un acceso más expedito a ellos. La aplicación de la batería de test se realizó en forma individual y dependiendo siempre de la disponibilidad horaria de los académicos. En total las mediciones se realizaron durante un período de un mes, comenzando éstas el día 7 de Agosto de 2000.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

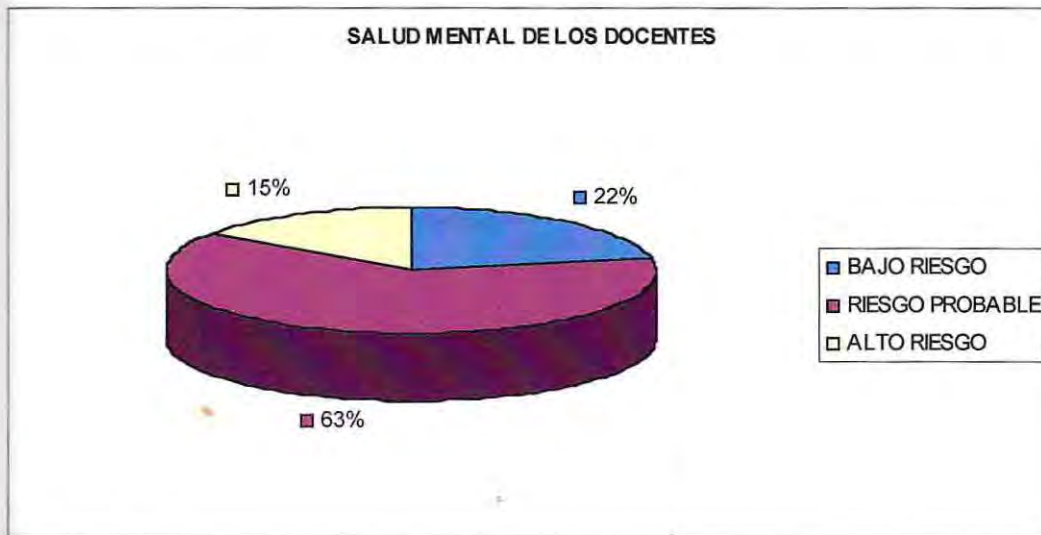
Objetivo 1

Conocer el bienestar psicológico en una muestra de académicos de una universidad estatal de la V región.

Tabla 1. SALUD MENTAL DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	n°	%
BAJO RIESGO	19	21,8
RIESGO PROBABLE	55	63,2
ALTO RIESGO	13	14,9
TOTAL	87	100,0

Gráfico I

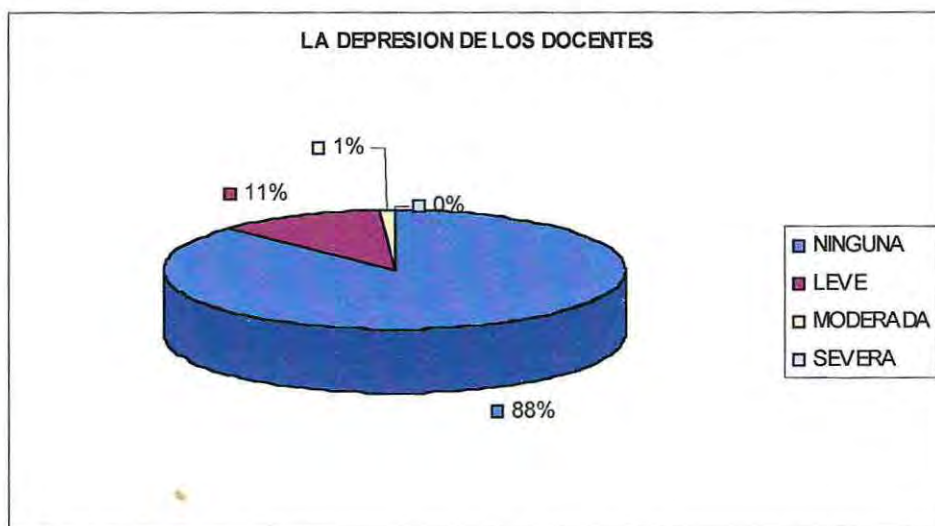


Se observa que la mayoría de los académicos de la muestra se encuentra en el rango de riesgo probable de presentar un trastorno psíquico, esto corresponde a un 63,2%. En la categoría de bajo riesgo se ubica un 21,8% de los académicos; en cambio, la menor cantidad de la muestra presenta un alto riesgo de sufrir un trastorno psíquico (14,9%).

Tabla 2. DEPRESION DE LOS DOCENTES

DEPRESION	n°	%
NINGUNA	76	87,4
LEVE	10	11,5
MODERADA	1	1,1
SEVERA	0	0,0
TOTAL	87	100,0

Gráfico 2

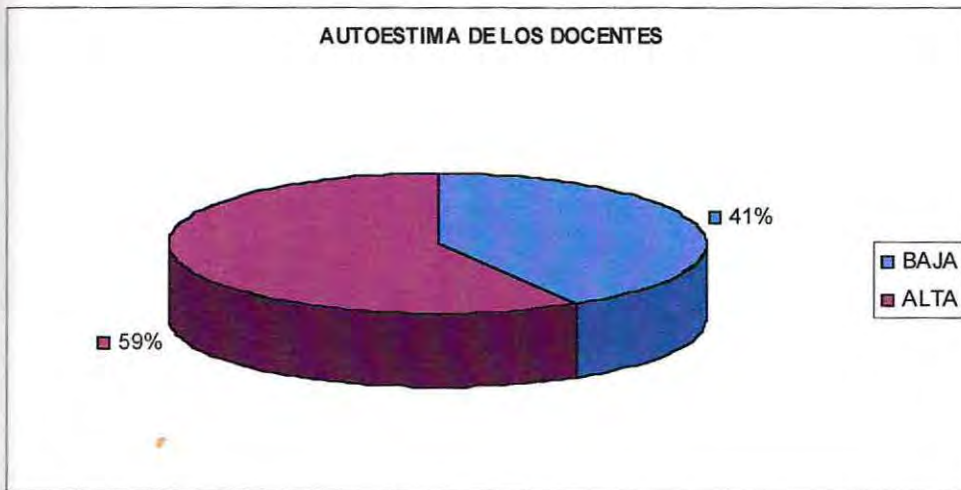


El mayor porcentaje de académicos de la muestra no presenta sintomatología depresiva (87,4 %). En el nivel de depresión leve se ubica un 11,5% de los académicos.

Tabla 3. AUTOESTIMA DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	Nº	%
BAJA	36	41,4
ALTA	51	58,6
TOTAL	87	100

Gráfico 3



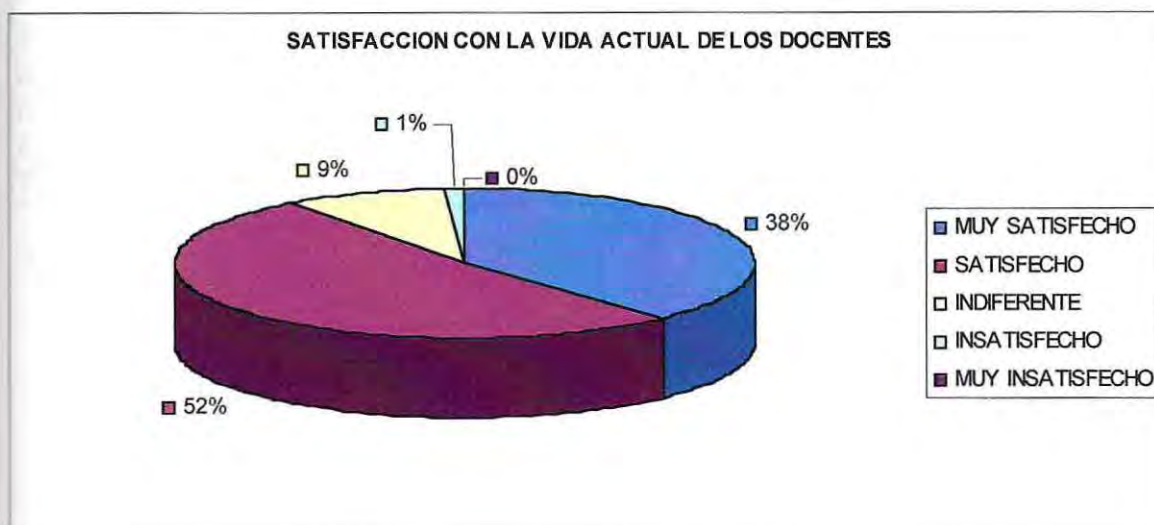
La mayoría de los académicos presentan una alta autoestima (58,6%), sin embargo, un alto porcentaje se ubica en el rango de autoestima baja (41,4%).

Tabla 4

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	nº	%
MUY SATISFECHO	33	37,9
SATISFECHO	45	51,7
INDIFERENTE	8	9,2
INSATISFECHO	1	1,1
MUY INSATISFECHO	0	0,0
TOTAL	87	100,0

Gráfico 4



Se puede observar que la mayoría de los docentes se encuentra en la categoría de satisfecho con su vida actual (51,7%), seguido por la categoría de muy satisfecho (37,9%)

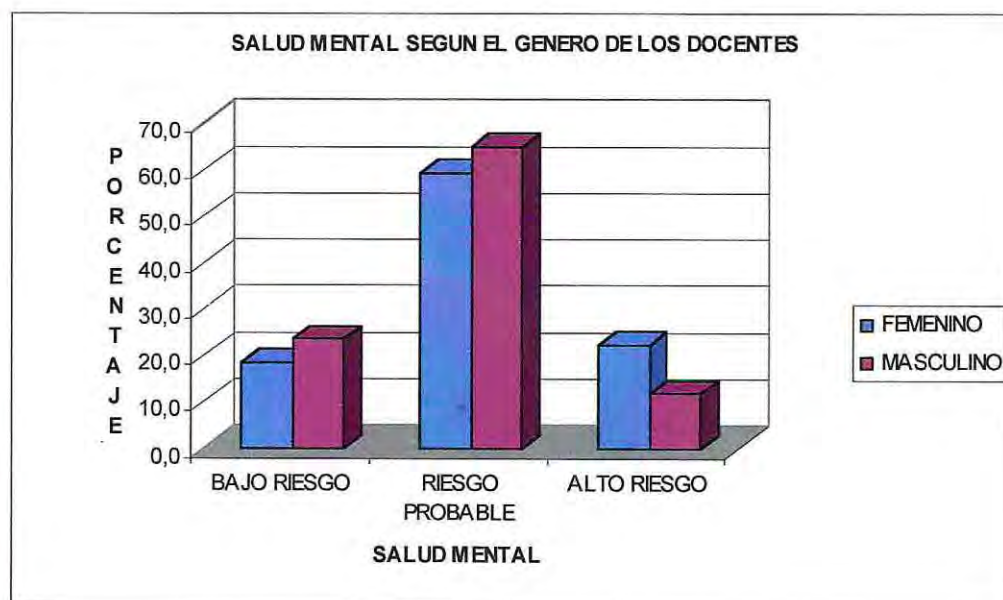
Objetivo 2

Determinar si los académicos de la muestra, presentan diferencias en su nivel de bienestar psicológico, considerando su género, edad, situación familiar y apoyo social familiar

Tabla 1.1
SALUD MENTAL SEGÚN EL GENERO DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	FEMENINO		MASCULINO	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	5	18,5	14	23,3
RIESGO PROBABLE	16	59,3	39	65,0
ALTO RIESGO	6	22,2	7	11,7
TOTAL	27	100,0	60	100,0

Gráfico 1.1

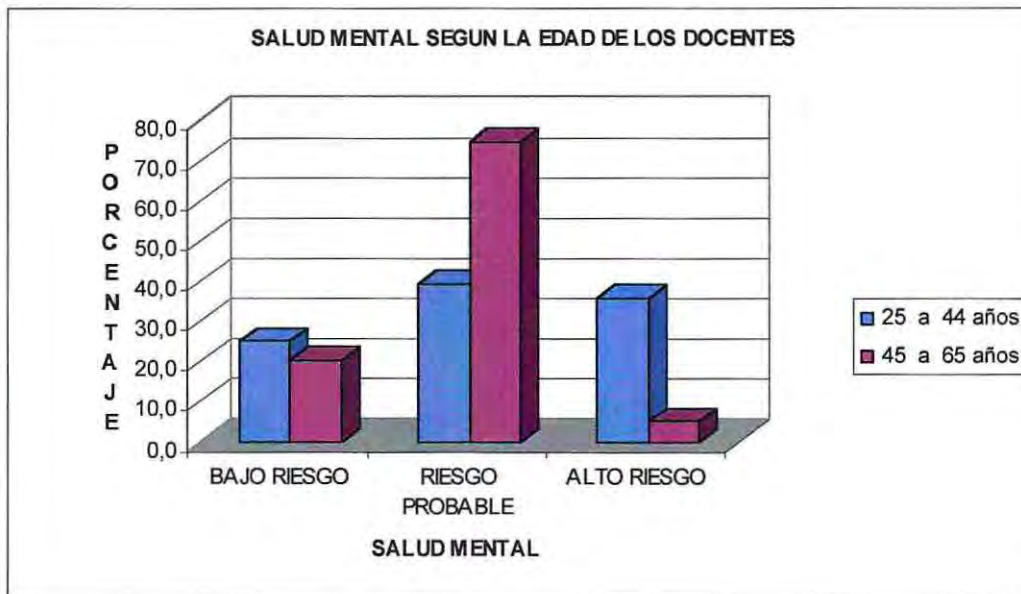


Se observa un mayor porcentaje de académicos que se encuentran en la categoría de riesgo probable de desarrollar un trastorno psíquico (65%). Es mayor el porcentaje de académicos que se ubican en la categoría bajo riesgo (23,3%) y de académicas en alto riesgo (22,2%).

Tabla 1.2
SALUD MENTAL SEGÚN LA EDAD DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	25 a 44 años		45 a 65 años	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	7	25,0	12	20,3
RIESGO PROBABLE	11	39,3	44	74,6
ALTO RIESGO	10	35,7	3	5,1
TOTAL	28	100,0	59	100,0

Gráfico 1.2

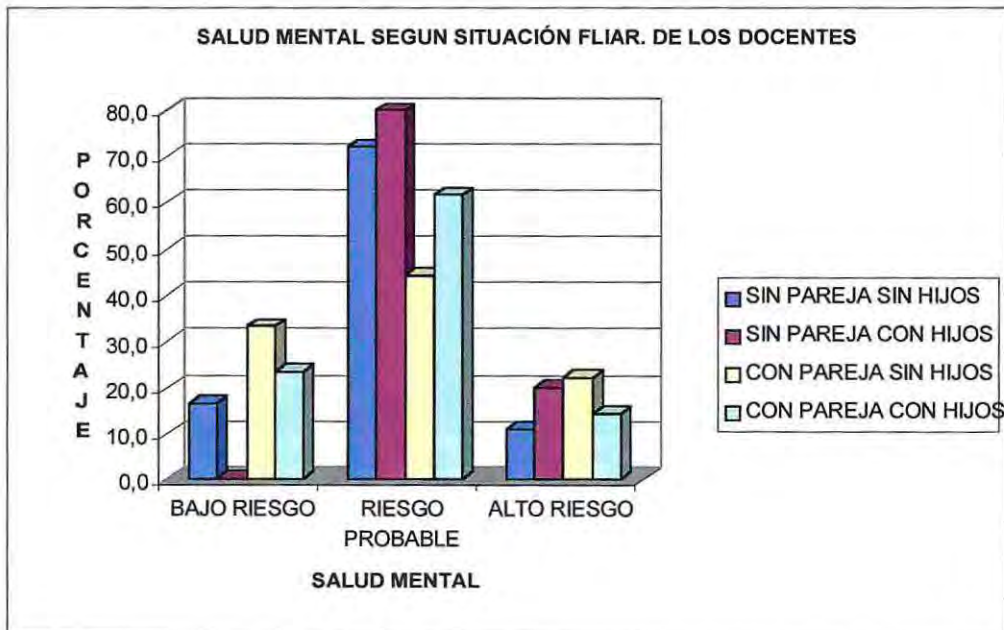


Podemos observar que se presentan diferencias en ambos grupos etáreos, destacándose que los académicos que se encuentran en el rango de edad de 45 a 65 años en su mayoría presentan un riesgo probable de sufrir un trastorno psíquico, correspondiendo a un 74,6% de ellos. Se observa un mayor porcentaje de académicos de 25 a 44 años que se encuentran en alto riesgo de sufrir un trastorno psíquico (35,7%).

Tabla 1.3
SALUD MENTAL SEGÚN SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS DOCENTES

	SIN PAREJA				CON PAREJA			
	SIN HIJOS		CON HIJOS		SIN HIJOS		CON HIJOS	
S. MENTAL	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	3	16,7	0	0,0	3	33,3	13	23,6
RIESGO PROBABLE	13	72,2	4	80,0	4	44,4	34	61,8
ALTO RIESGO	2	11,1	1	20,0	2	22,2	8	14,5
TOTAL	18	100,0	5	100,0	9	100,0	55	100,0

Gráfico 1.3



Se aprecia que la mayoría de los académicos se encuentra en la categoría de riesgo probable de desarrollar un trastorno psíquico.

Es posible destacar, que los docentes pertenecientes al subgrupo sin pareja con hijos en su totalidad se distribuyen en las categorías riesgo probable y alto riesgo (80% y 20% respectivamente).

Por otra parte en la categoría bajo riesgo los mayores porcentajes se encuentran en el subgrupo con pareja sin hijos (33,3%).

Tabla 1.4
SALUD MENTAL SEGÚN EL APOYO SOCIAL FAMILIAR DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	BAJO		ALTO	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	0	0,0	19	27,1
RIESGO PROBABLE	9	52,9	46	65,7
ALTO RIESGO	8	47,1	5	7,1
TOTAL	17	100,0	70	100,0

Gráfico 1.4



Es destacable que la presencia de alto riesgo y riesgo probable de desarrollar algún trastorno psíquico se concentra en los académicos cuyo nivel de apoyo social familiar es bajo (47,1% y 52,9% respectivamente).

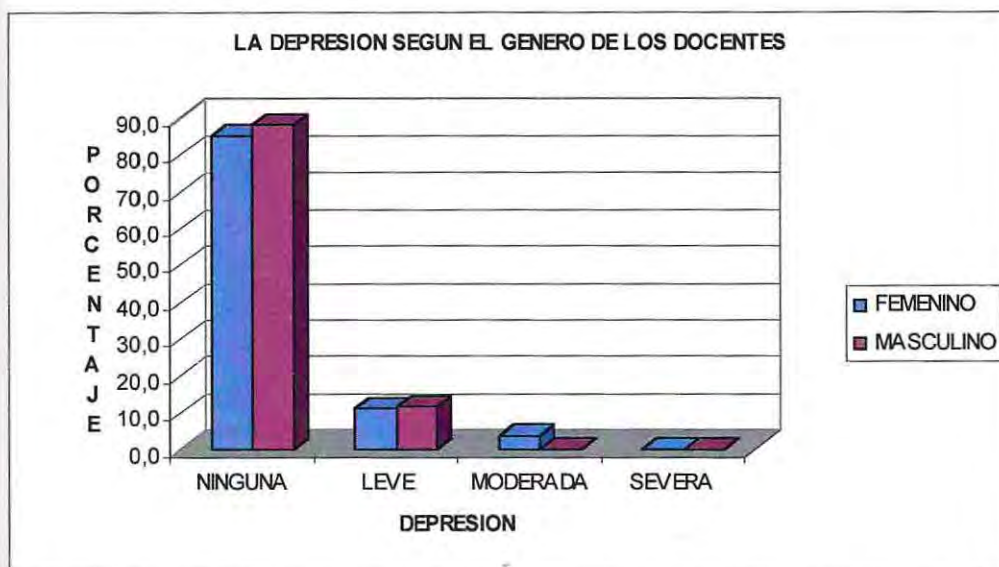
En la categoría bajo riesgo el mayor porcentaje de académicos corresponde a aquellos que tienen un alto nivel de apoyo social familiar (27,1%).

Tabla 2.1

DEPRESIÓN SEGÚN EL GENERO DE LOS DOCENTES

DEPRESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	nº	%	nº	%
NINGUNA	23	85,2	53	88,3
LEVE	3	11,1	7	11,7
MODERADA	1	3,7	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	27	100,0	60	100,0

Gráfico 2.1



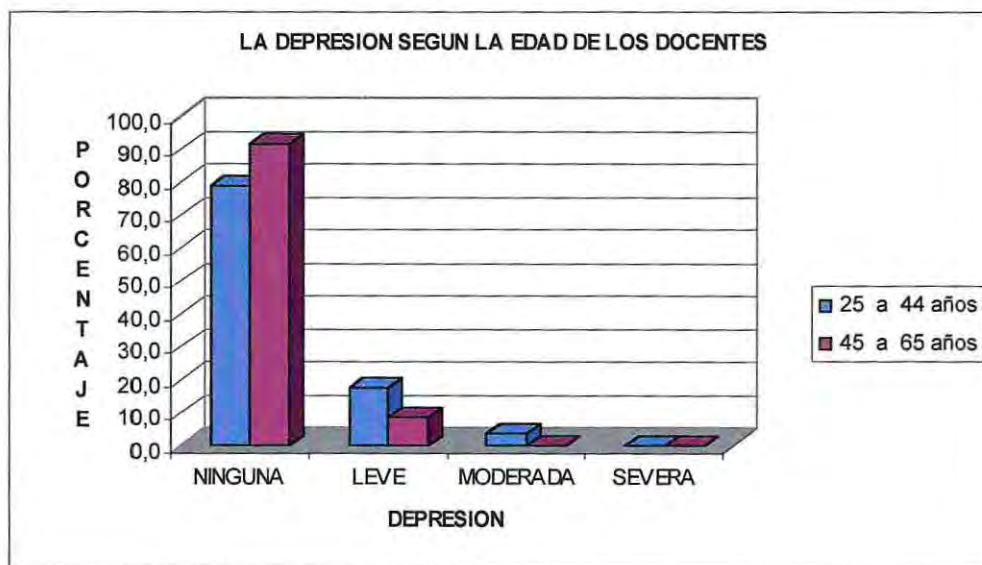
Se aprecia una distribución equivalente de académicos y académicas en las categorías de depresión, destacándose que en el caso de las académicas un porcentaje levemente mayor de éstas se ubican en el rango moderado (3,7%).

Tabla 2.2

DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS DOCENTES

DEPRESIÓN	25 a 44 años		45 a 65 años	
	nº	%	nº	%
NINGUNA	22	78,6	54	91,5
LEVE	5	17,9	5	8,5
MODERADA	1	3,6	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	28	100,0	59	100,0

Gráfico 2.2

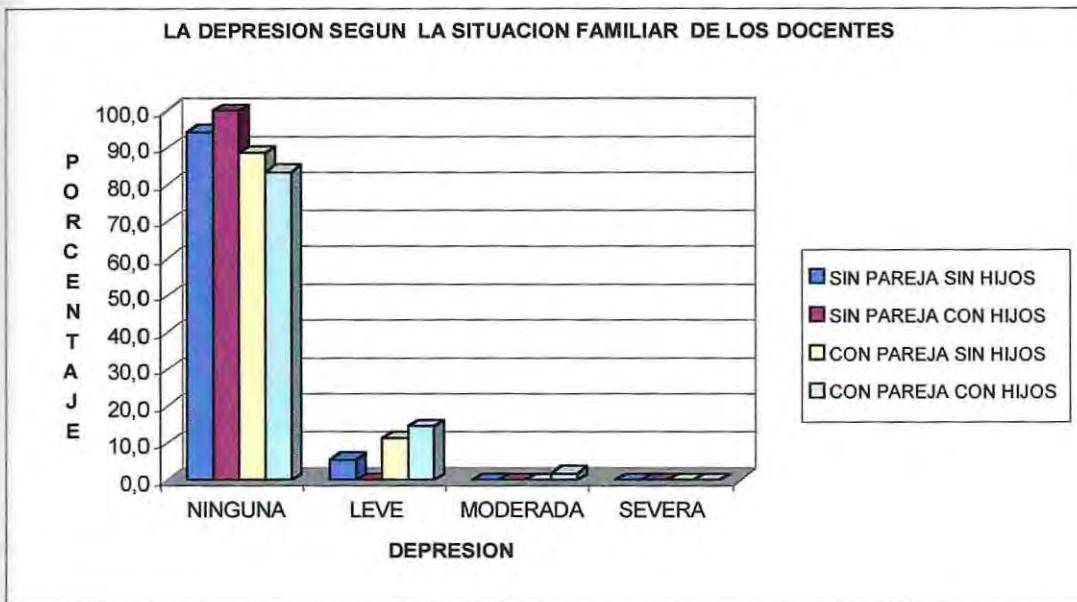


Podemos observar que para ambos grupos etáreos la mayoría no presenta depresión; (25-44 años 78,6%; y 45-65 años 91,5 %). De las personas que presentan depresión leve y moderada la mayoría está en la adultez temprana (17,9% y 3,6% respectivamente).

Tabla 2.3
DEPRESION SEGÚN LA SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS DOCENTES

DEPRESIÓN	SIN PAREJA				CON PAREJA			
	SIN HIJOS		CON HIJOS		SIN HIJOS		CON HIJOS	
	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%
NINGUNA	17	94,4	5	100,0	8	88,9	46	83,6
LEVE	1	5,6	0	0,0	1	11,1	8	14,5
MODERADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8
SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	18	100,0	5	100,0	9	100,0	55	100,0

Gráfico 2.3

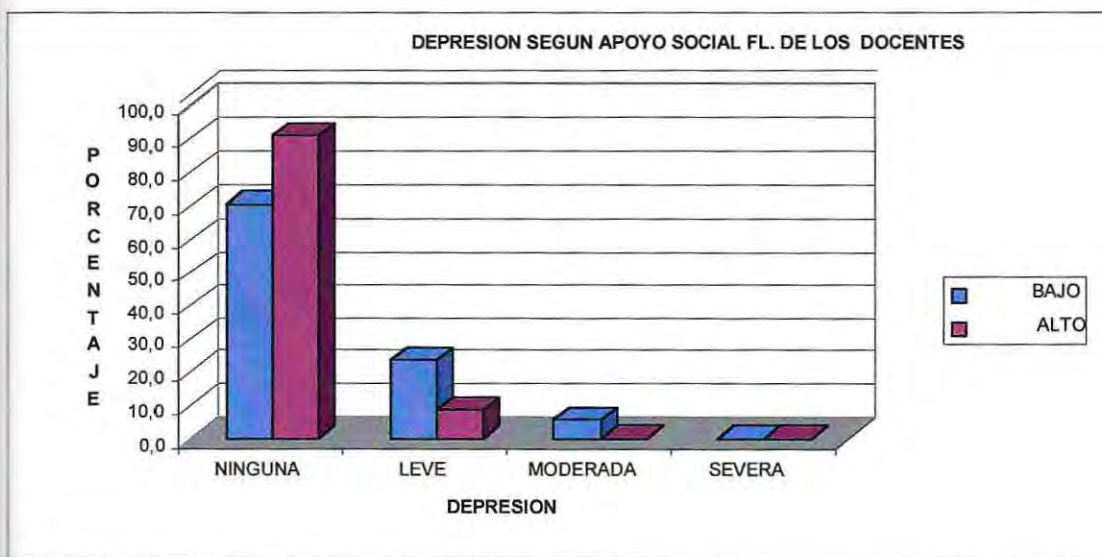


La mayoría de los académicos de la muestra no presenta sintomatología depresiva, sin embargo, se puede apreciar que los académicos con presencia de pareja e hijos presentan un mayor porcentaje de sintomatología depresiva leve y moderada (14,5 % y 1,8%).

Tabla 2.4
DEPRESION SEGÚN APOYO SOCIAL FAMILIAR DE LOS DOCENTES

	APOYO SOCIAL FAMILIAR			
	BAJO		ALTO	
DEPRESION	nº	%	nº	%
NINGUNA	12	70,6	64	91,4
LEVE	4	23,5	6	8,6
MODERADA	1	5,9	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	17	100,0	70	100,0

Gráfico 2.4



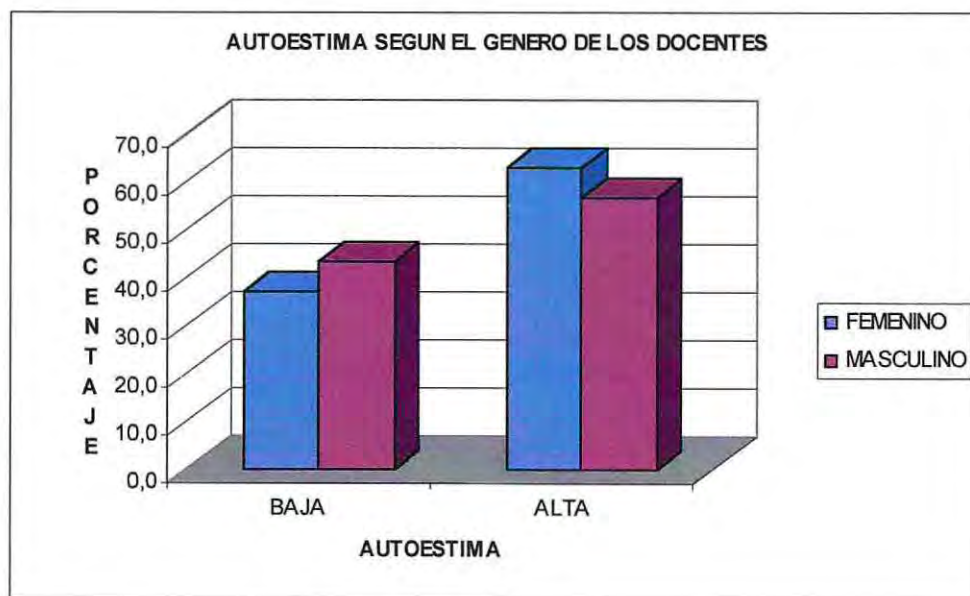
Los resultados evidencian que los académicos y académicas cuyo apoyo social familiar es alto se concentran casi exclusivamente (91,1%) en la categoría de ninguna depresión. En cambio, en el subgrupo cuyo apoyo social familiar es bajo se aprecia una distribución de los sujetos entre las categorías ninguna, leve y moderada (70,6%-23,5%y 5,9%).

Tabla 3.1

AUTOESTIMA SEGÚN EL GENERO DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	FEMENINO		MASCULINO	
	nº	%	nº	%
BAJA	10	37,0	26	43,3
ALTA	17	63,0	34	56,7
TOTAL	27	100,0	60	100,0

Gráfico 3.1



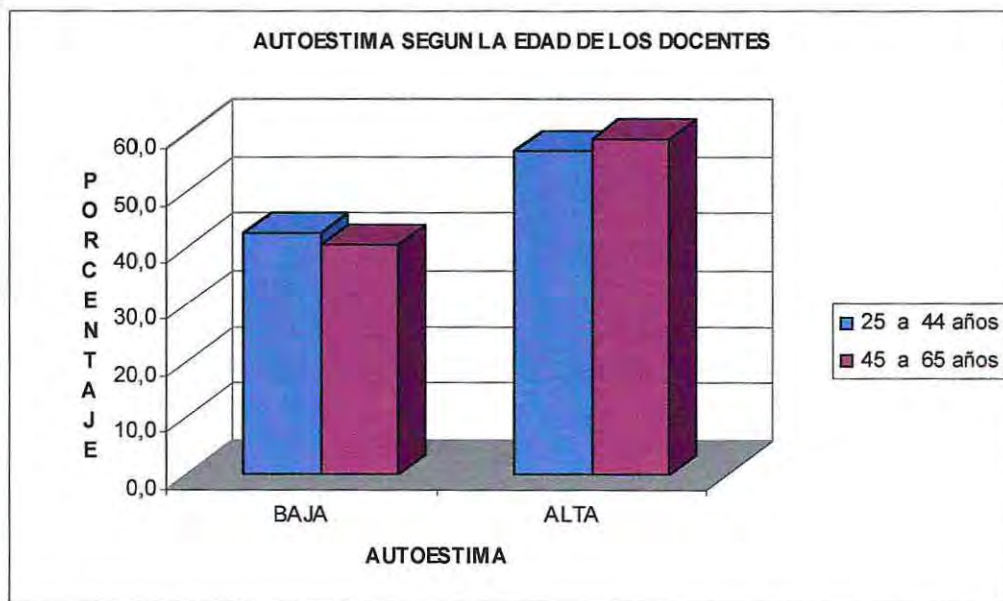
Se observa un predominio de autoestima alta en ambos géneros, siendo superior en el género femenino con un 63%.

Tabla 3.2

AUTOESTIMA SEGÚN LA EDAD DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	25 a 44 años		45 a 65 años	
	nº	%	nº	%
BAJA	12	42,9	24	40,7
ALTA	16	57,1	35	59,3
TOTAL	28	100,0	59	100,0

Gráfico 3.2



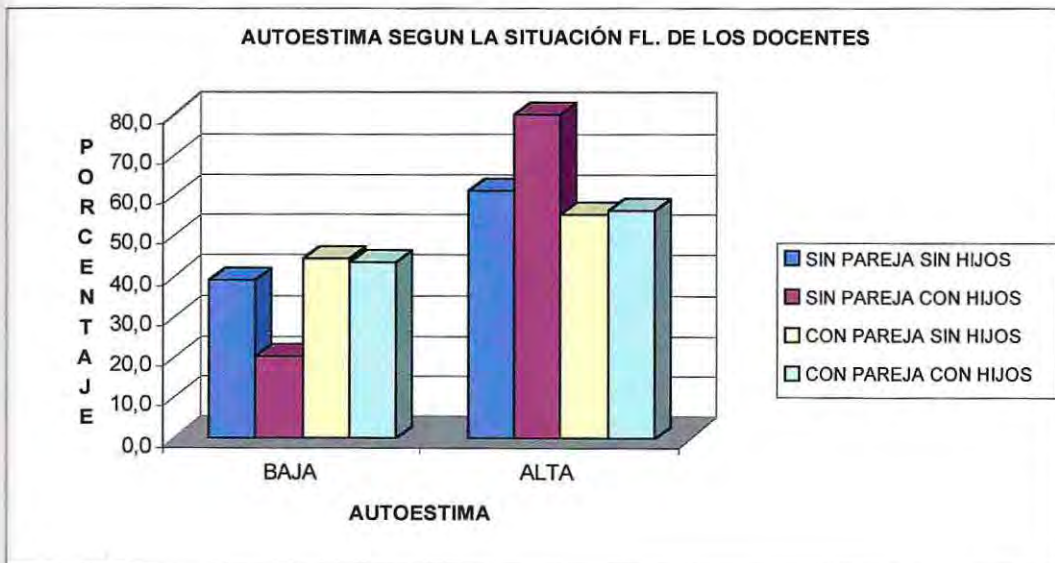
Para ambos grupos etáreos la distribución favorece una leve concentración de autoestima alta (57,1%- 59,3% respectivamente).

Tabla 3.3

AUTOESTIMA SEGÚN LA SITUACIÓN FLIAR DE LOS DOCENTES

	SIN PAREJA				CON PAREJA			
	SIN HIJOS		CON HIJOS		SIN HIJOS		CON HIJOS	
AUTOESTIMA	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
BAJA	7	38,9	1	20,0	4	44,4	24	43,6
ALTA	11	61,1	4	80,0	5	55,6	31	56,4
TOTAL	18	100,0	5	100,0	9	100,0	55	100,0

Gráfico 3.3



Se observa que el grupo sin pareja, (con o sin hijos), presenta en un porcentaje mayor autoestima alta que el grupo con pareja.

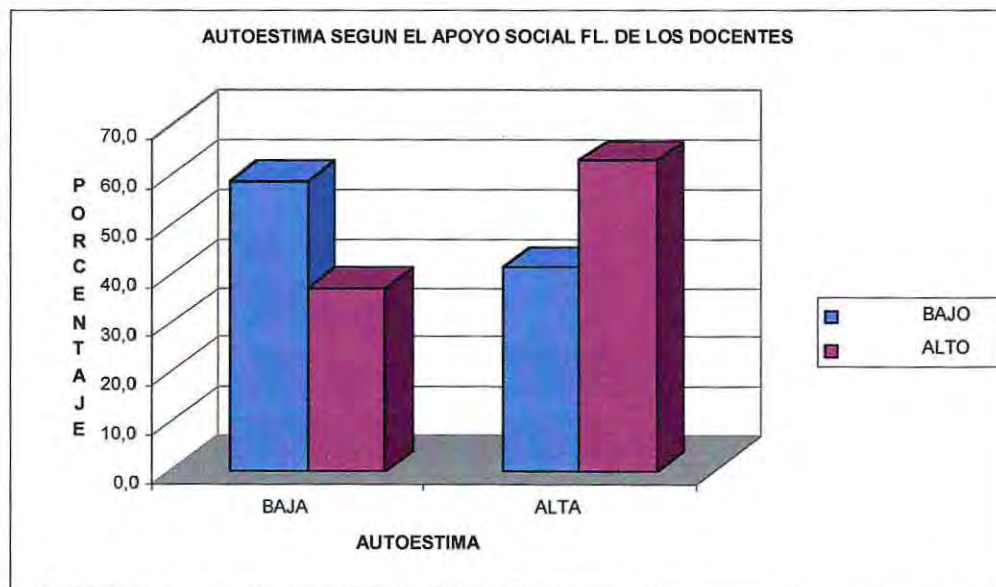
El subgrupo sin pareja con hijos se ubica mayoritariamente en el rango de autoestima alta (80%). En el subgrupo con pareja, los porcentajes de académicos con autoestima alta y baja se distribuyen homogéneamente entre ambas subcategorías (con o sin hijos).

Tabla 3.4

AUTOESTIMA SEGÚN EL APOYO SOCIAL FAMILIAR DE LOS DOCENTES

	APOYO SOCIAL FAMILIAR			
	BAJO		ALTO	
AUTOESTIMA	nº	%	nº	%
BAJA	10	58,8	26	37,1
ALTA	7	41,2	44	62,9
TOTAL	17	100,0	70	100,0

Gráfico 3.4



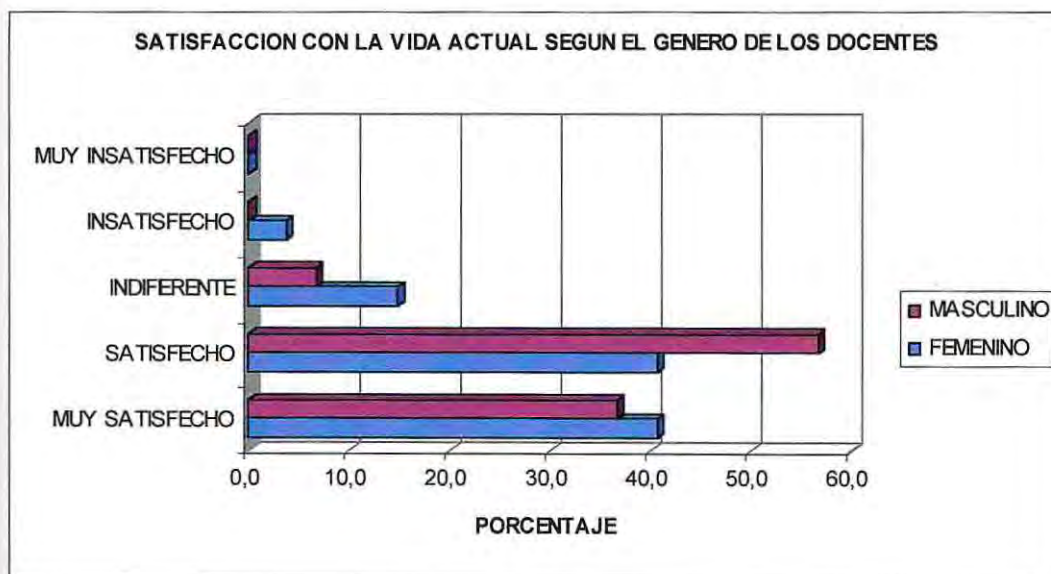
Se aprecia que los académicos que cuentan con el mayor apoyo social son los que presentan en mayor porcentaje una autoestima alta (62,9%).

Aquellos docentes con un menor nivel de apoyo social se ubican mayoritariamente en la categoría de autoestima baja (58,8%).

Tabla 4.1
SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN EL GENERO DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	FEMENINO		MASCULINO	
	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	11	40,7	22	36,7
SATISFECHO	11	40,7	34	56,7
INDIFERENTE	4	14,8	4	6,7
INSATISFECHO	1	3,7	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	27	100,0	60	100,0

Gráfico 4.1



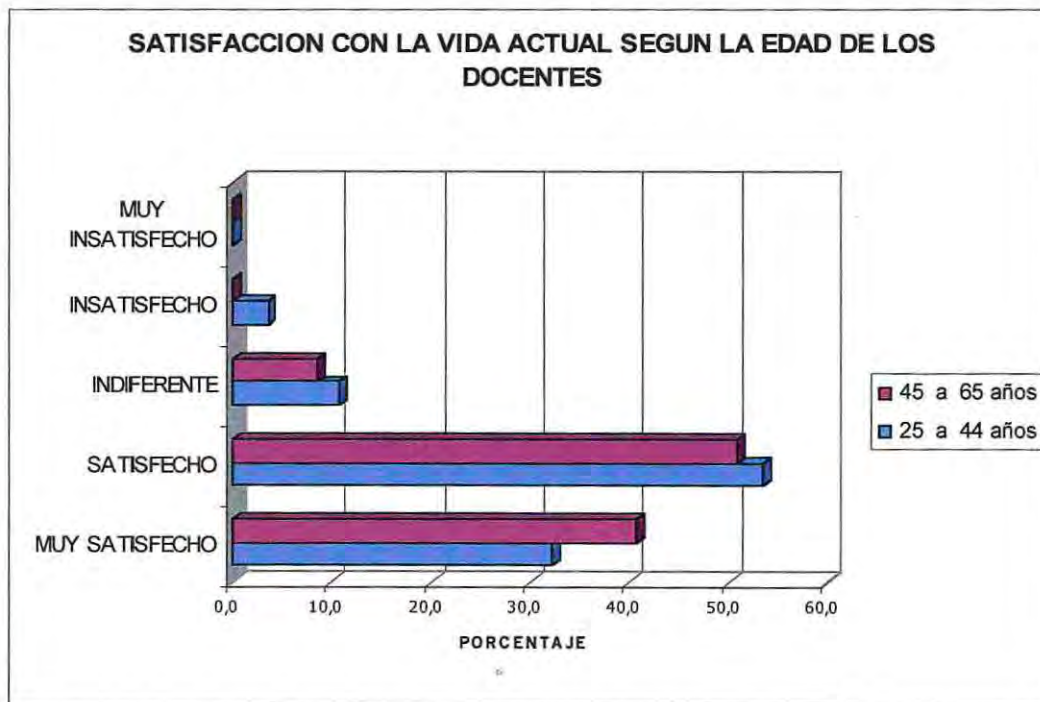
Se puede observar que el mayor porcentaje de docentes se ubica en las categorías satisfecho y muy satisfecho siendo la suma de los porcentajes de los académicos varones superior al de las académicas (93,4%- 81,4% respectivamente). Al contrario, son las mujeres quienes en las categorías indiferente e insatisfecho se ubican en mayor porcentaje (14,8% y 3,7% respectivamente).

Se destaca la ausencia de académicos muy insatisfechos en esta muestra.

Tabla 4.2
SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LA EDAD DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	25 a 44 años		45 a 65 años	
	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	9	32,1	24	40,7
SATISFECHO	15	53,6	30	50,8
INDIFERENTE	3	10,7	5	8,5
INSATISFECHO	1	3,6	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	28	100,0	59	100,0

Gráfico 4.2



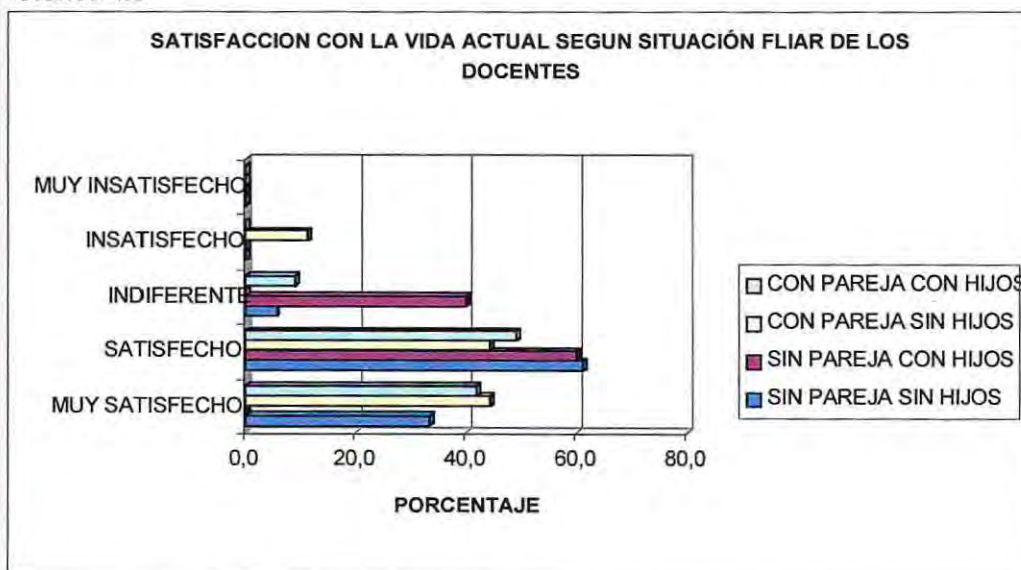
Se observa que en ambos grupos etáreos, la mayoría de los académicos se concentra en la categoría de satisfecho, siendo levemente superior el porcentaje de académicos entre 25 a 44 años (53,6%). En cambio, los académicos entre 45 y 65 años están en un mayor porcentaje muy satisfechos (40,7%).

Tabla 4.3

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LA SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	SIN P AREJA				CON PAREJA			
	SIN HIJOS		CON HIJOS		SIN HIJOS		CON HIJOS	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	6	33,3	0	0,0	4	44,4	23	41,8
SATISFECHO	11	61,1	3	60,0	4	44,4	27	49,1
INDIFERENTE	1	5,6	2	40,0	0	0,0	5	9,1
INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	18	100,0	5	100,0	9	100,0	55	100,0

Gráfico 4.3



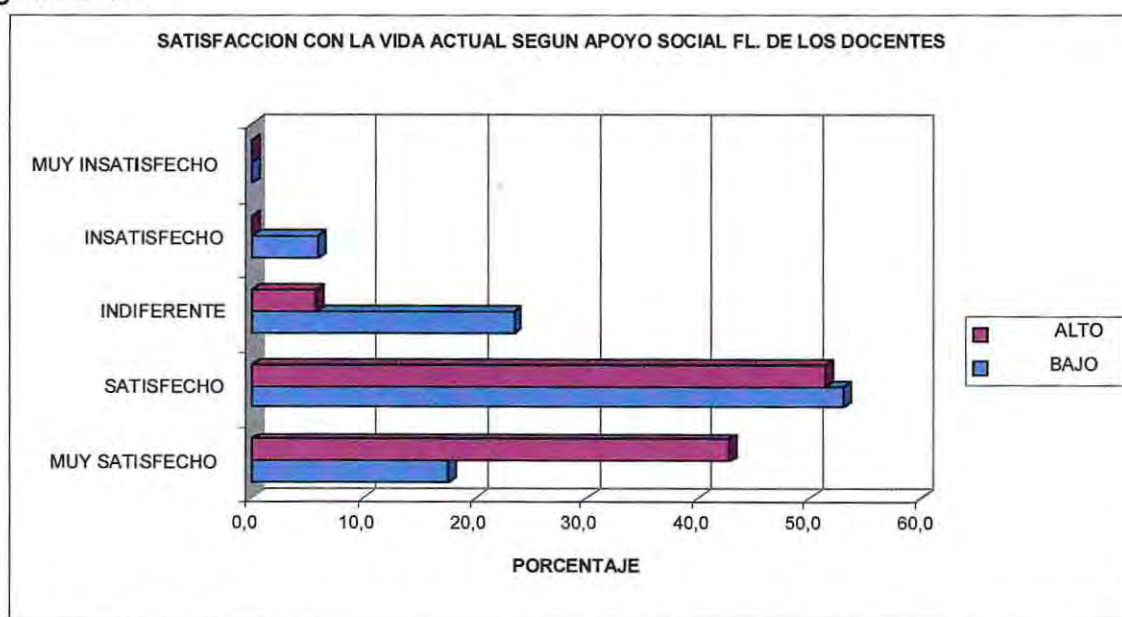
Se destaca que el mayor porcentaje de académicos que se ubica globalmente en las categorías satisfecho y muy satisfecho son aquellos que no tienen ni pareja ni hijos (94,4%).

Del subgrupo con pareja es levemente superior el porcentaje de aquellos académicos que poseen hijos (90,9%-88,8%), que se encuentran satisfechos o muy satisfechos. Los académicos que se sienten más insatisfechos con su vida actual son los que tienen pareja y no poseen hijos (11,1%). Los docentes indiferentes con su vida actual son los que no tienen pareja pero si hijos (40%).

Tabla 4.4
SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN APOYO SOCIAL FLIAR.
DE LOS DOCENTES

	APOYO SOCIAL FAMILIAR			
	BAJO		ALTO	
S. ACTUAL	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	3	17,6	30	42,9
SATISFECHO	9	52,9	36	51,4
INDIFERENTE	4	23,5	4	5,7
INSATISFECHO	1	5,9	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	17	100,0	70	100,0

gráfico 4.4



Es posible apreciar que en la categoría satisfecho ambos grupos se distribuyen homogéneamente con porcentajes de 52,9 para los académicos que cuentan con un bajo nivel de apoyo social familiar y un 51,4% para los docentes que cuentan con un alto nivel de apoyo social familiar.

Los docentes que se ubican preferentemente en la categoría muy satisfecho son los que cuentan con un alto apoyo social familiar (42,9%).

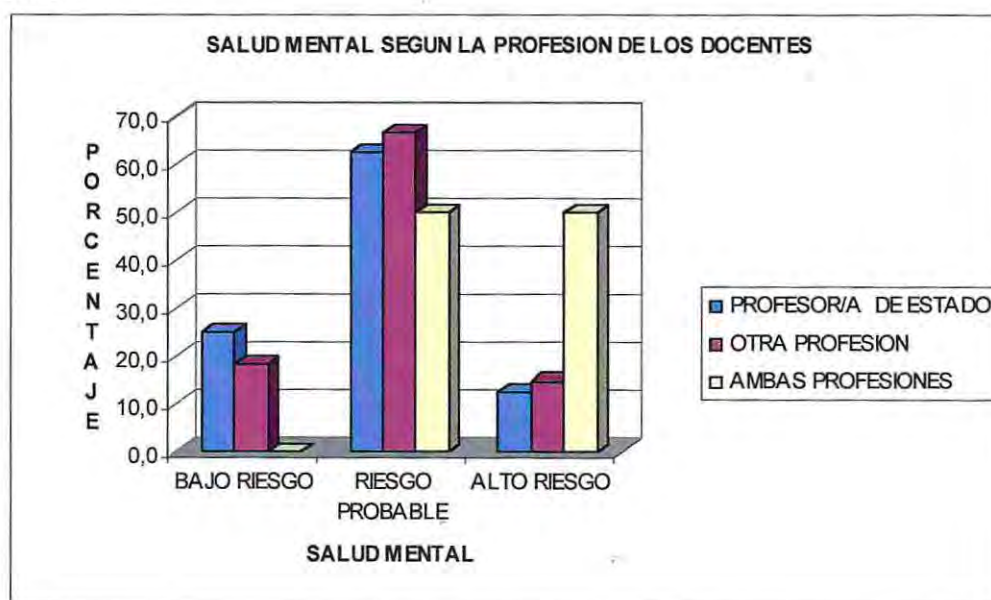
Objetivo 3

Precisar si los académicos de la muestra, presentan diferencias en su nivel de bienestar psicológico, según su profesión, función, años de experiencia profesional, cursos de perfeccionamiento, situación contractual y jornada laboral.

Tabla 1.5
SALUD MENTAL SEGÚN LA PROFESION DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	PROFESORA/A DE ESTADO		OTRA PROFESION		AMBAS PROFESIONES	
	nº	%	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	14	25,0	5	18,5	0	0,0
RIESGO PROBABLE	35	62,5	18	66,7	2	50,0
ALTO RIESGO	7	12,5	4	14,8	2	50,0
TOTAL	56	100,0	27	100,0	4	100,0

Gráfico 1.5



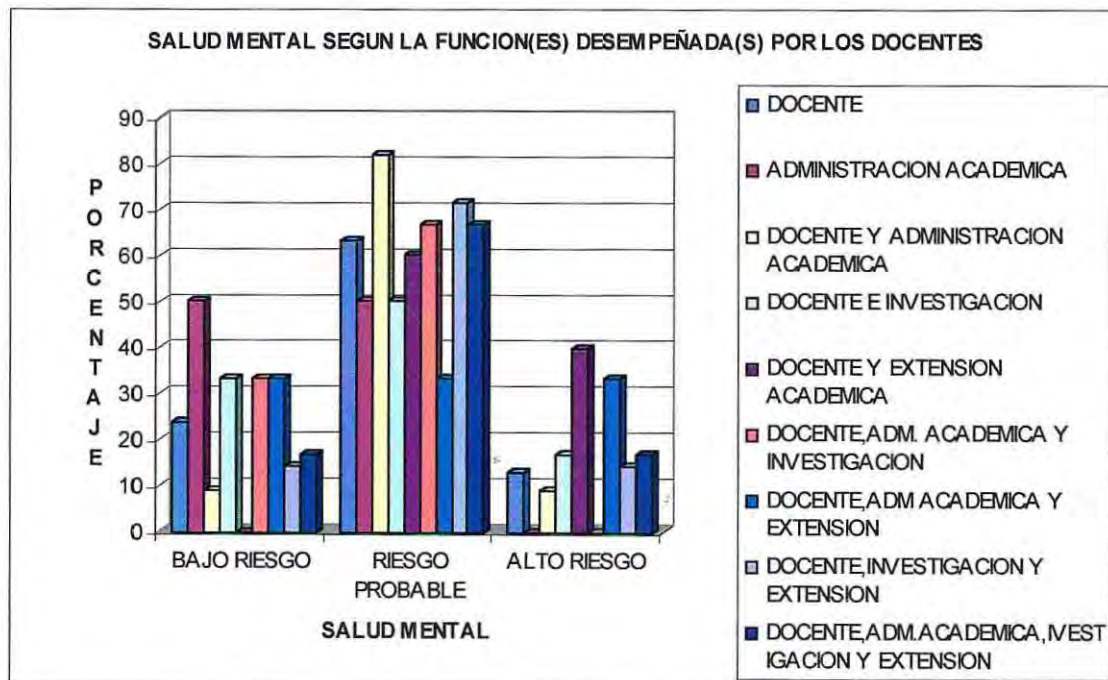
Se observa que quienes preferentemente se ubican en las categorías de alto riesgo y riesgo probable de sufrir un trastorno psíquico son aquellos académicos del subgrupo ambas profesiones (100%). Quienes en mayor porcentaje se ubican en la categoría bajo riesgo son los profesores (25%).

Tabla 1.6

SALUD MENTAL SEGÚN LA FUNCION(ES) DESEMPEÑADA(S) POR LOS DOCENTES

FUNCIONES	SALUD MENTAL						TOTAL	%
	BAJO RIESGO		RIESGO PROBABLE		ALTO RIESGO			
	nº	%	nº	%	nº	%		
DOCENTE	9	23,7	24	63,2	5	13,2	38	100
ADMINISTRACION ACADEMICA	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100
DOCENTE Y ADMINISTRACION ACADEMICA	1	9,1	9	81,8	1	9,1	11	100
DOCENTE E INVESTIGACION	4	33,3	6	50,0	2	16,7	12	100
DOCENTE Y EXTENSION ACADEMICA	0	0,0	3	60,0	2	40,0	5	100
DOCENTE,ADM. ACADEMICA E INV.	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100
DOCENTE,ADM ACADEMICA Y EXTENSION	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
DOCENTE,INVESTIGACION Y EXTENSION	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100
DOCENTE,ADM.ACADEMICA,INV. Y EXT.	1	16,7	4	66,7	1	16,7	6	100

Gráfico 1.6



En la categoría de riesgo probable el mayor porcentaje se presenta entre los docentes que desempeñan más de una función, los que asumen docencia y administración académica (81,8%) y los que desempeñan las funciones de docencia, investigación y extensión (71,4%).

En la categoría bajo riesgo, el mayor porcentaje se presenta entre los docentes que asumen la función de administración académica (50%).

Aquellos docentes que desempeñan tanto la función de docencia como de extensión académica en su totalidad se ubican en las categorías de riesgo probable y alto riesgo (60% - 40%).

Tabla 1.7
SALUD MENTAL SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS DOCENTES

	AÑOS DE EXPERIENCIA					
	0 A 20		21 A 30		31 A 40	
S. MENTAL	nº	%	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	11	19,0	7	28	1	25
RIESGO PROBABLE	35	60,3	17	68	3	75
ALTO RIESGO	12	20,7	1	4	0	0
TOTAL	58	100,0	25	100	4	100

Gráfico 1.7



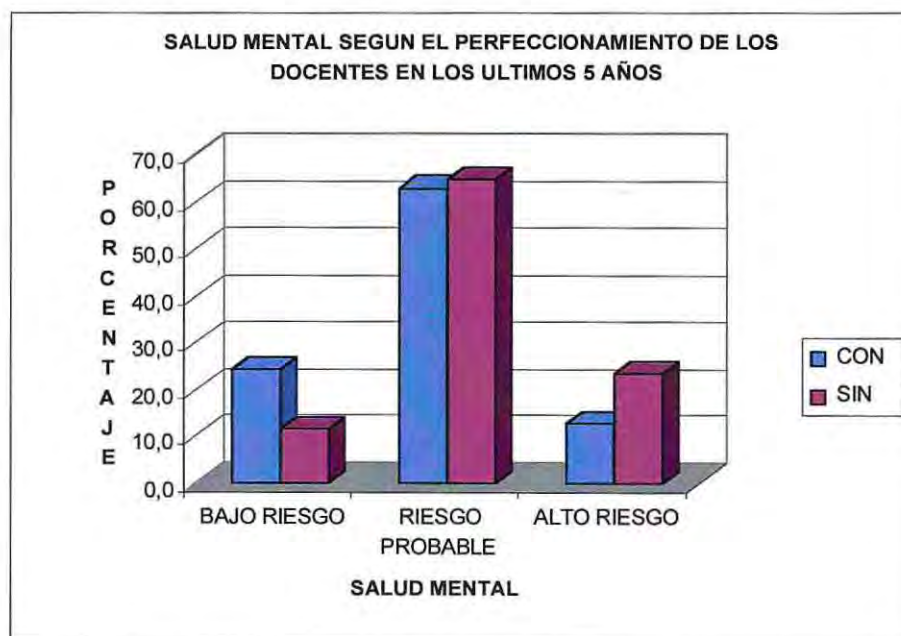
Se puede observar que la mayoría de los académicos con una experiencia entre 31 y 40 años se ubica en la categoría de riesgo probable de padecer un trastorno psíquico (75%). En la categoría de alto riesgo, el mayor porcentaje se presenta en los académicos con menos años de experiencia (20,7%). Se observa un mayor porcentaje de académicos con menos años de experiencia profesional con alto riesgo de desarrollar un trastorno psíquico (20,7%).

Tabla 1.8

SALUD MENTAL SEGÚN EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS DOCENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

S. MENTAL	CON PERFECCIONAMIENTO		SIN PERFECCIONAMIENTO	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	17	24,3	2	11,8
RIESGO PROBABLE	44	62,9	11	64,7
ALTO RIESGO	9	12,9	4	23,5
TOTAL	70	100,0	17	100,0

Gráfico 1.8



Ambos grupos se concentran en la categoría de riesgo probable (62,9% -64,7%).

Quienes preferentemente se ubican en la categoría de bajo riesgo son aquellos docentes que han asumido perfeccionamiento en los últimos 5 años (24,3%).

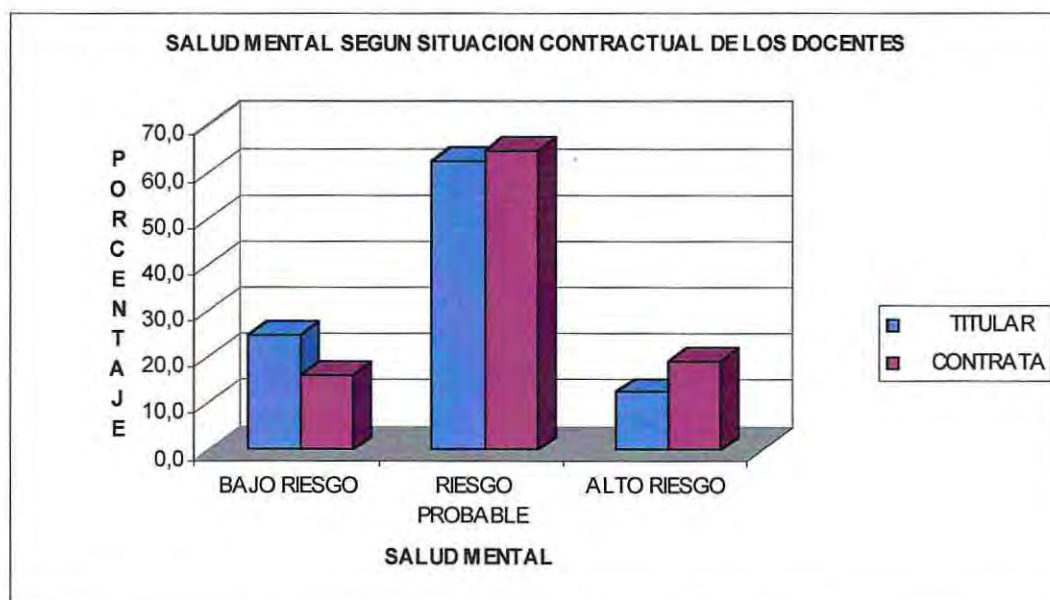
El mayor porcentaje de docentes que se ubican en la categoría alto riesgo corresponde a aquellos que no han realizado cursos de perfeccionamiento durante los últimos 5 años (23,5%).

Tabla 1.9

SALUD MENTAL SEGÚN SITUACION CONTRACTUAL DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	TITULAR		CONTRATA	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	14	25,0	5	16,1
RIESGO PROBABLE	35	62,5	20	64,5
ALTO RIESGO	7	12,5	6	19,4
TOTAL	56	100,0	31	100,0

Gráfico 1.9



En ambos grupos el mayor porcentaje de docentes se concentra en la categoría riesgo probable, siendo levemente superior en los académicos a contrata (64,5%).

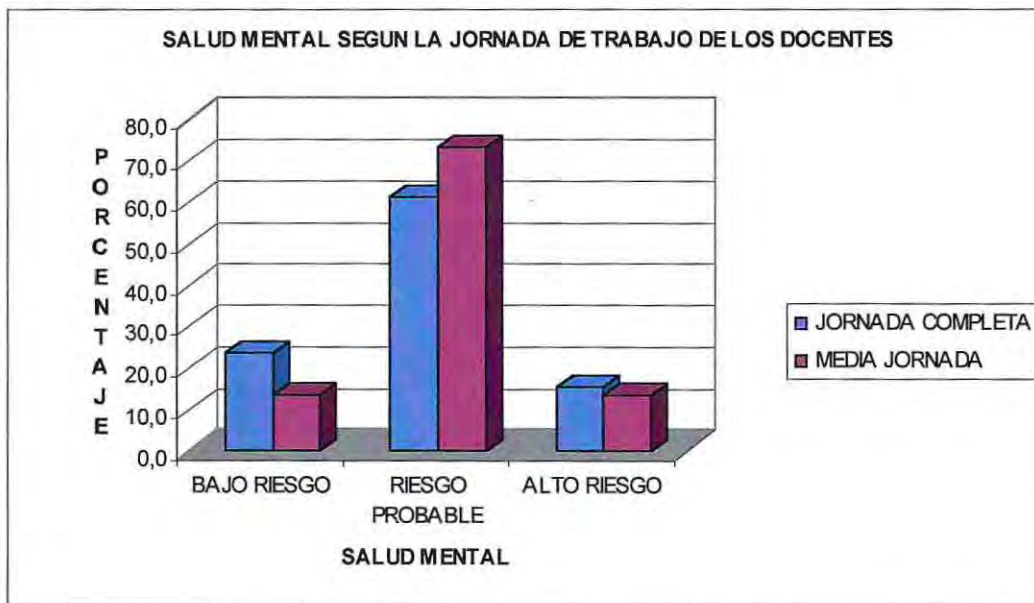
El mayor porcentaje de académicos que se ubican en la categoría de bajo riesgo son titulares (25%) y al contrario, los académicos a contrata se ubican preferentemente en la categoría alto riesgo (19,4%).

Tabla 1.10

SALUD MENTAL SEGÚN LA JORNADA DE TRABAJO DE LOS DOCENTES

S. MENTAL	JORNADA COMPLETA		MEDIA JORNADA	
	nº	%	nº	%
BAJO RIESGO	17	23,6	2	13,3
RIESGO PROBABLE	44	61,1	11	73,3
ALTO RIESGO	11	15,3	2	13,3
TOTAL	72	100,0	15	100,0

Gráfico 1.10



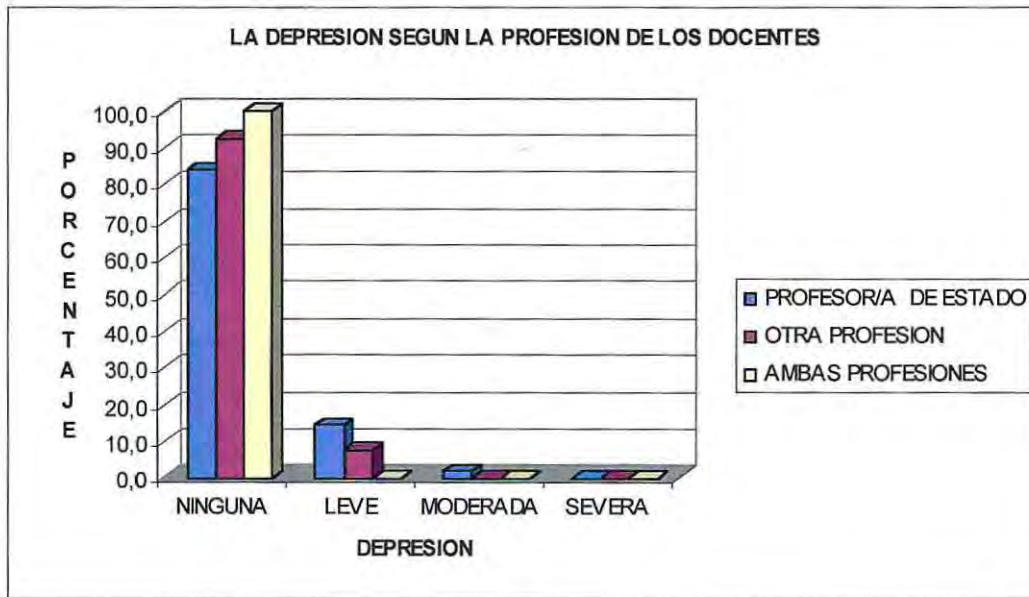
Los académicos que desempeñan media jornada son los que se ubican mayoritariamente en las categorías riesgo probable y alto riesgo (86,6%).

Preferentemente los docentes se ubican en la categoría de riesgo probable, siendo superior el porcentaje entre los que desempeñan media jornada laboral (73,3%). El mayor porcentaje de docentes que se ubica en la categoría de bajo riesgo desempeña una jornada laboral completa (23,6%).

Tabla 2.5
DEPRESION SEGÚN LA PROFESION DE LOS DOCENTES

DEPRESIÓN	PROFESOR/A DE ESTADO		OTRA PROFESIÓN		AMBAS PROFESIONES	
	nº	%	nº	%	nº	%
NINGUNA	47	83,9	25	92,6	4	100,0
LEVE	8	14,3	2	7,4	0	0,0
MODERADA	1	1,8	0	0,0	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	56	100,0	27	100,0	4	100,0

Gráfico 2.5



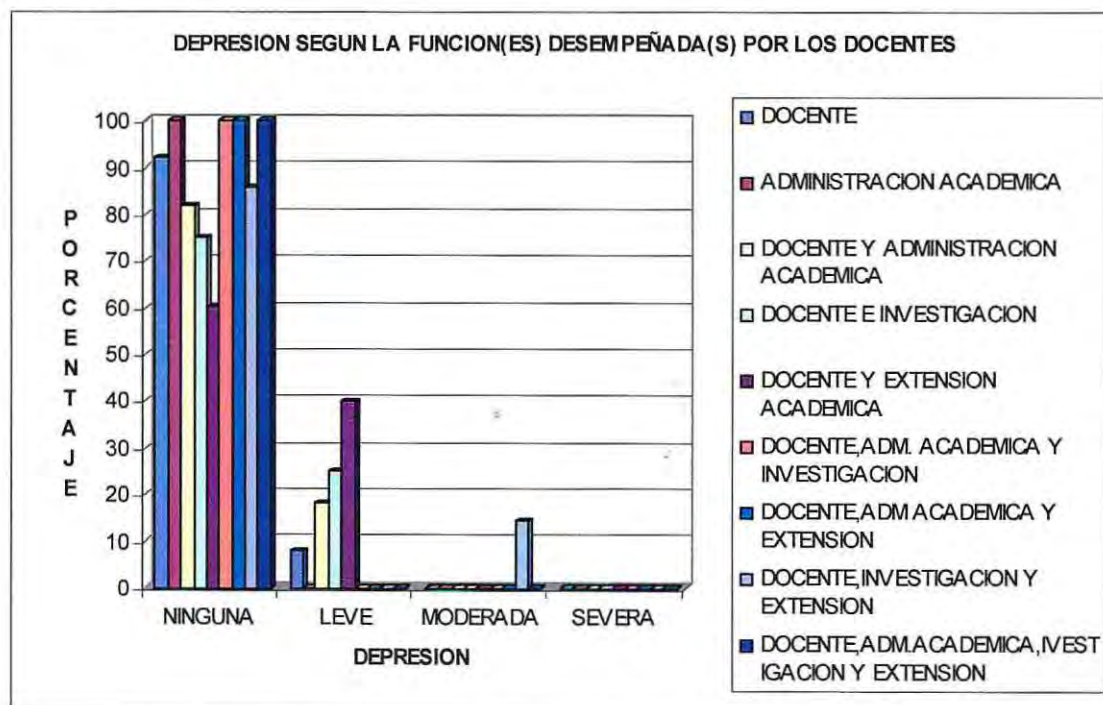
Se observa que, para todas las profesiones consideradas la mayoría no presenta depresión, sin embargo, es necesario destacar un mayor porcentaje de depresión leve (14,3%) y moderada (1,8%) entre los profesores de estado.

Tabla 2.6

DEPRESION SEGÚN LA FUNCION(ES) DESEMPEÑADA(S) POR LOS DOCENTES

FUNCIONES	DEPRESIÓN									
	NINGUNA		LEVE		MODERADA		SEVERA			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	TOTAL	%
DOCENTE	35	92,1	3	7,9	0	0	0	0	38	100
ADMINISTRACION ACADEMICA	2	100,0	0	0,0	0	0	0	0	2	100
DOCENTE Y ADM. ACADEMICA	9	81,8	2	18,2	0	0	0	0	11	100
DOCENTE E INVESTIGACIÓN	9	75,0	3	25,0	0	0	0	0	12	100
DOCENTE Y EXTENSION ACADEMICA	3	60,0	2	40,0	0	0	0	0	5	100
DOCENTE,ADM. ACADEMICA Y INV.	3	100,0	0	0,0	0	0	0	0	3	100
DOCENTE,ADM ACADEMICA Y EXTENSION	3	100,0	0	0,0	0	0	0	0	3	100
DOCENTE,INVESTIGACION Y EXTENSION	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0	0	7	100
DOCENTE,ADM.ACADEMICA,INV. Y EXT.	6	100,0	0	0,0	0	0	0	0	6	100

Gráfico 2.6



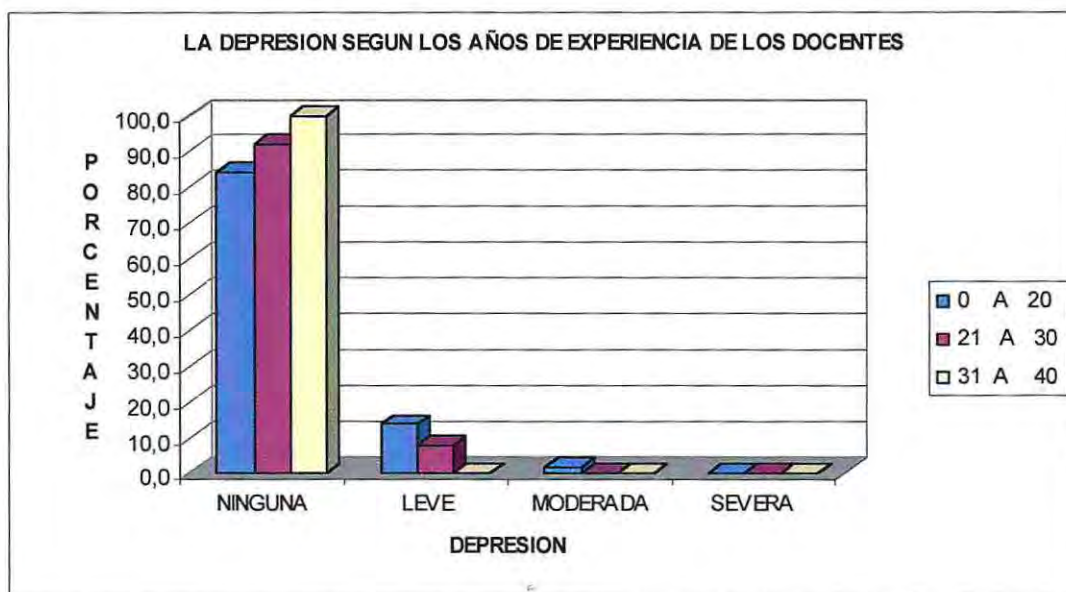
La mayoría de los académicos que presentan depresión leve y moderada asumen más de una función laboral. El nivel más alto de depresión es el moderado que presentan aquellos académicos que asumen tanto la función docente como la investigación y extensión (14,3%); los académicos que presentan sintomatología depresiva leve (40%) asumen las funciones de docencia y extensión académica, seguidos por los que desempeñan las funciones de docencia e investigación (25%).

Tabla 2.7

DEPRESION SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS DOCENTES

	AÑOS DE EXPERIENCIA					
	0 A 20		21 A 30		31 A 40	
DEPRESIÓN	nº	%	Nº	%	nº	%
NINGUNA	49	84,5	23	92	4	100
LEVE	8	13,8	2	8	0	0
MODERADA	1	1,7	0	0	0	0
SEVERA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	58	100	25	100	4	100

Gráfico 2.7



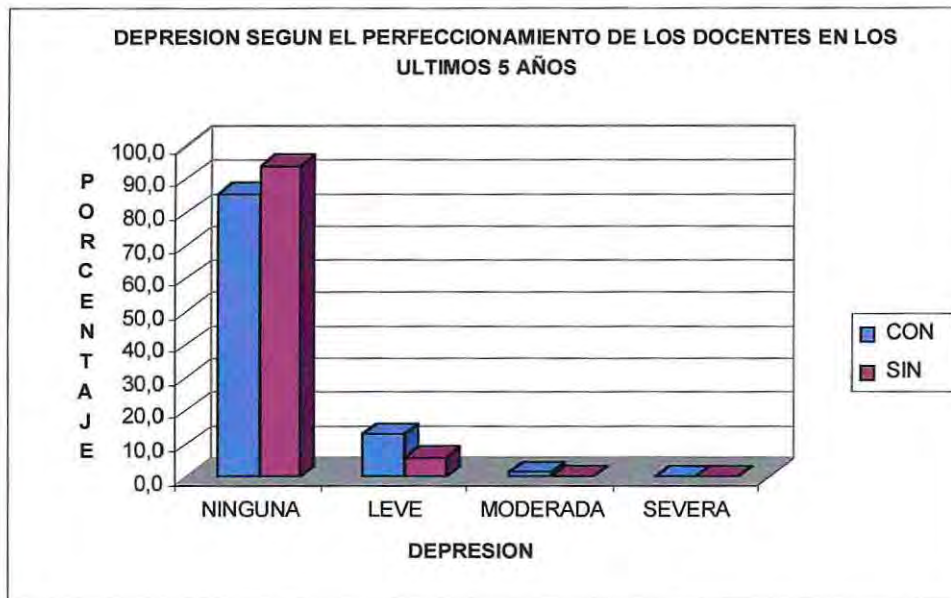
Se aprecia en la tabla que en el subgrupo con menos años de experiencia se concentran prioritariamente los académicos con mayor presencia de sintomatología depresiva leve y moderada (13,8% y 1,7% respectivamente).

Tabla 2.8

DEPRESION SEGÚN EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS DOCENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

DEPRESIÓN	CON PERFECCIONAMIENTO		SIN PERFECCIONAMIENTO	
	nº	%	nº	%
NINGUNA	60	85,7	16	94,1
LEVE	9	12,9	1	5,9
MODERADA	1	1,4	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	70	100,0	17	100,0

Gráfico 2.8

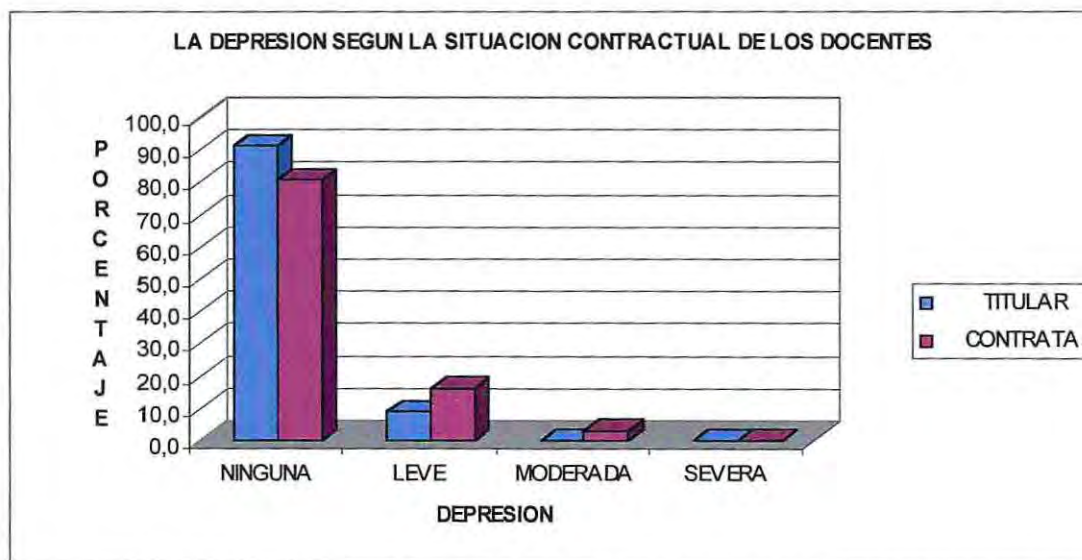


Se destaca que los académicos que han realizado perfeccionamiento en los últimos 5 años son los que presentan de preferencia sintomatología leve y moderada (12,9% y 1,4% respectivamente)

Tabla 2.9
DEPRESIÓN SEGÚN LA SITUACION CONTRACTUAL DE LOS DOCENTES

DEPRESIÓN	TITULAR		CONTRATA	
	nº	%	nº	%
NINGUNA	51	91,1	25	80,6
LEVE	5	8,9	5	16,1
MODERADA	0	0,0	1	3,2
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	56	100,0	31	100,0

Gráfico 2.9

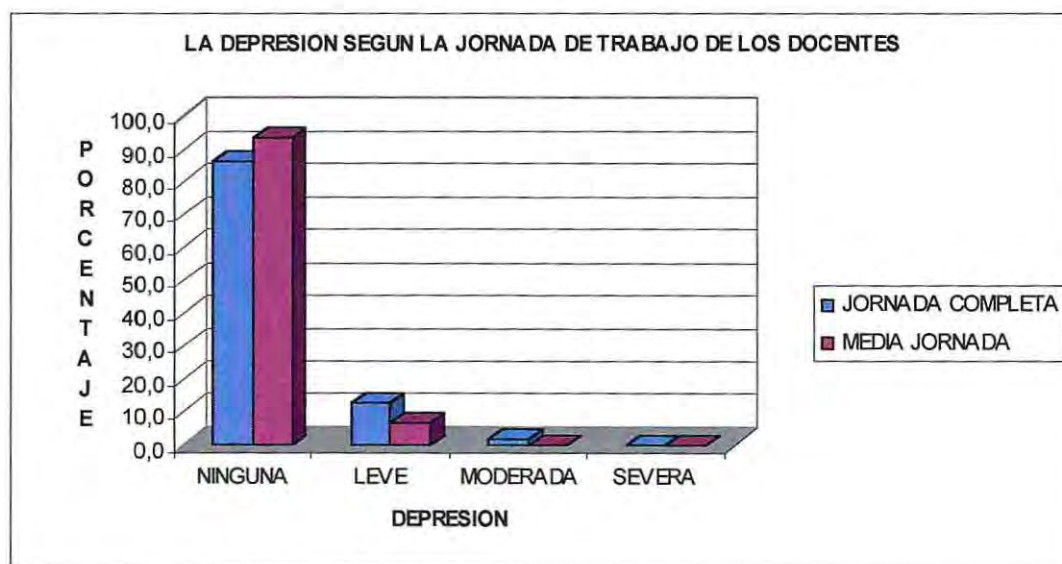


Se aprecia que los académicos que presentan un mayor nivel de depresión son aquellos cuya situación contractual es a contrata. Ubicándose éstos en los niveles leve y moderado (16,1% y 3,2% respectivamente).

Tabla 2.10
DEPRESION SEGÚN LA JORNADA DE TRABAJO DE LOS DOCENTES

DEPRESION	JORNADA COMPLETA		MEDIA JORNADA	
	nº	%	nº	%
NINGUNA	62	86,1	14	93,3
LEVE	9	12,5	1	6,7
MODERADA	1	1,4	0	0,0
SEVERA	0	0,0	0	0,0
TOTAL	72	100,0	15	100,0

Gráfico 2.10

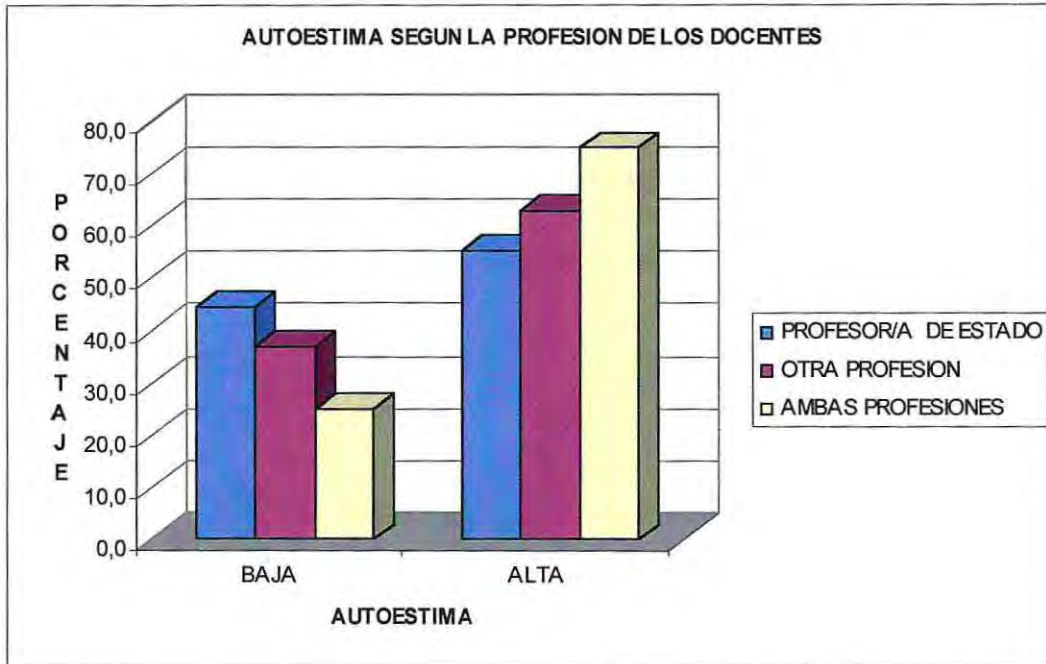


Se observa que los académicos que presentan mayor sintomatología depresiva son los que realizan labores de jornada completa. Concentrándose mayoritariamente en el nivel leve y moderado (12,5% y 1,4% respectivamente).

Tabla 3.5
AUTOESTIMA SEGÚN LA PROFESION DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	PROFESOR/A DE ESTADO		OTRA PROFESION		AMBAS PROFESIONES	
	nº	%	nº	%	nº	%
BAJA	25	44,6	10	37,0	1	25,0
ALTA	31	55,4	17	63,0	3	75,0
TOTAL	56	100,0	27	100,0	4	100,0

Gráfico 3.5

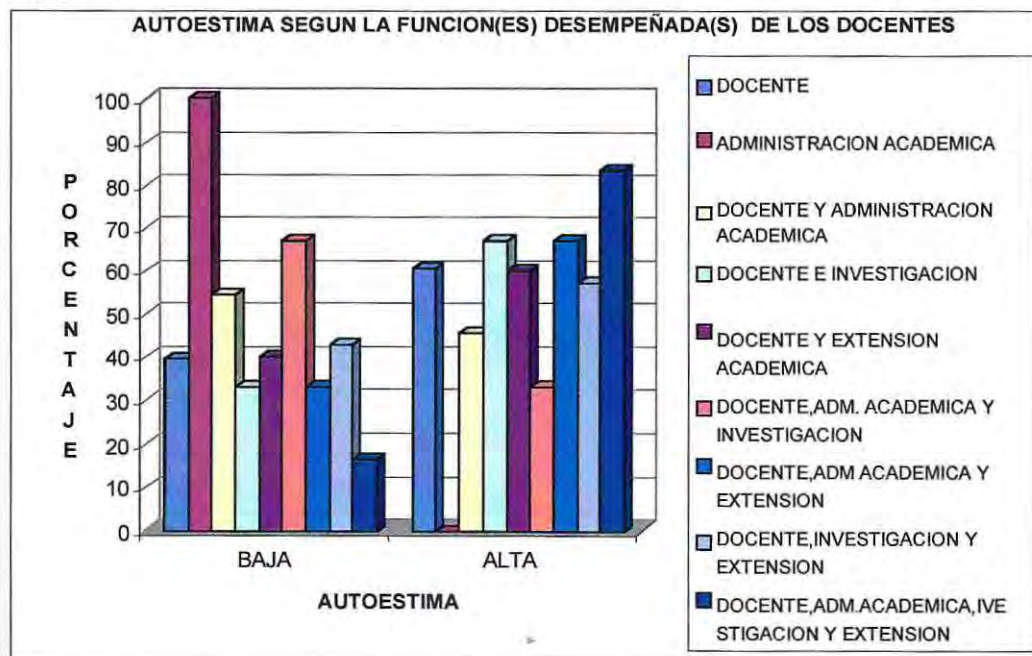


Los académicos y académicas que son profesores presentan en un mayor porcentaje autoestima baja y en un menor porcentaje autoestima alta en comparación con los otros dos subgrupos en estudio.

Tabla 3.6
AUTOESTIMA SEGÚN LA FUNCION(ES) DESEMPEÑADA(S) POR LOS DOCENTES

FUNCIONES	AUTOESTIMA				TOTAL	
	BAJA		ALTA			
	nº	%	nº	%		%
DOCENTE	15	39,5	23	60,5	38	100
ADMINISTRACION ACADEMICA	2	100,0	0	0,0	2	100
DOCENTE Y ADMINISTRACION ACADEMICA	6	54,5	5	45,5	11	100
DOCENTE E INVESTIGACION	4	33,3	8	66,7	12	100
DOCENTE Y EXTENSION ACADEMICA	2	40,0	3	60,0	5	100
DOCENTE,ADM. ACADEMICA Y INVESTIGACION	2	66,7	1	33,3	3	100
DOCENTE,ADM ACADEMICA Y EXTENSION	1	33,3	2	66,7	3	100
DOCENTE,INVESTIGACION Y EXTENSION	3	42,9	4	57,1	7	100
DOCENTE,ADM.ACADEMICA,INVESTIGACION Y EXT.	1	16,7	5	83,3	6	100

Gráfico 3.6



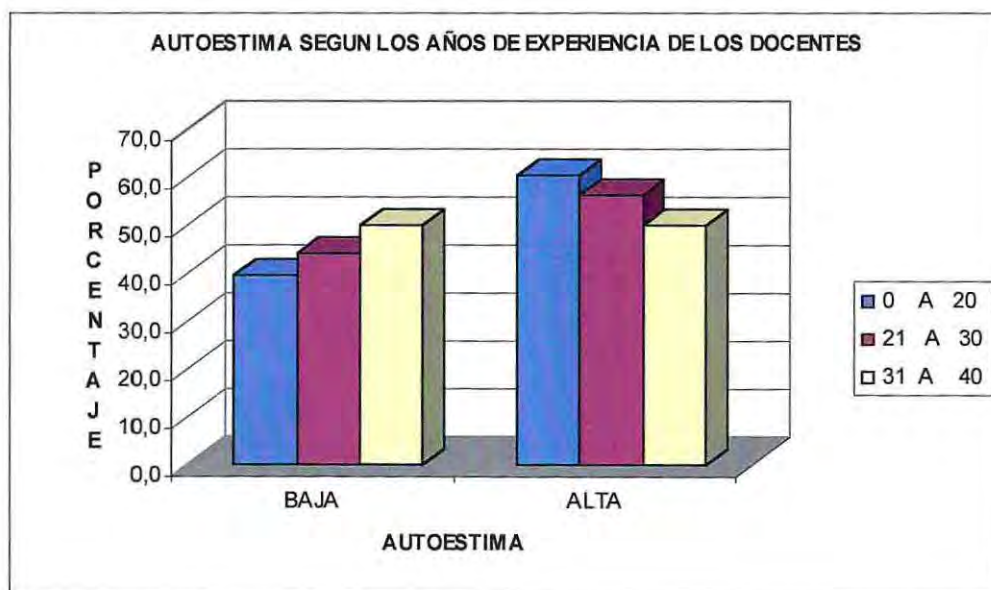
No es posible observar tendencias claras en relación a la distribución de la autoestima según las funciones realizadas. Se destaca que, los académicos que sólo realizan administración académica presentan autoestima baja (100%) y los que realizan el mayor número de funciones, (docencia, administración académica, investigación y extensión) una autoestima alta en su mayoría (83,3%).

Tabla 3.7

AUTOESTIMA SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS DOCENTES

	AÑOS DE EXPERIENCIA					
	0 A 20		21 A 30		31 A 40	
AUTOESTIMA	nº	%	nº	%	Nº	%
BAJA	23	39,7	11	44	2	50
ALTA	35	60,3	14	56	2	50
TOTAL	58	100	25	100	4	100

Gráfico 3.7



Se aprecia que a medida que aumentan los años de experiencia profesional disminuye el porcentaje de docentes con un nivel de autoestima alta.

El subgrupo de académicos con más años de experiencia presenta una distribución porcentual homogénea entre ambas categorías de autoestima (50%).

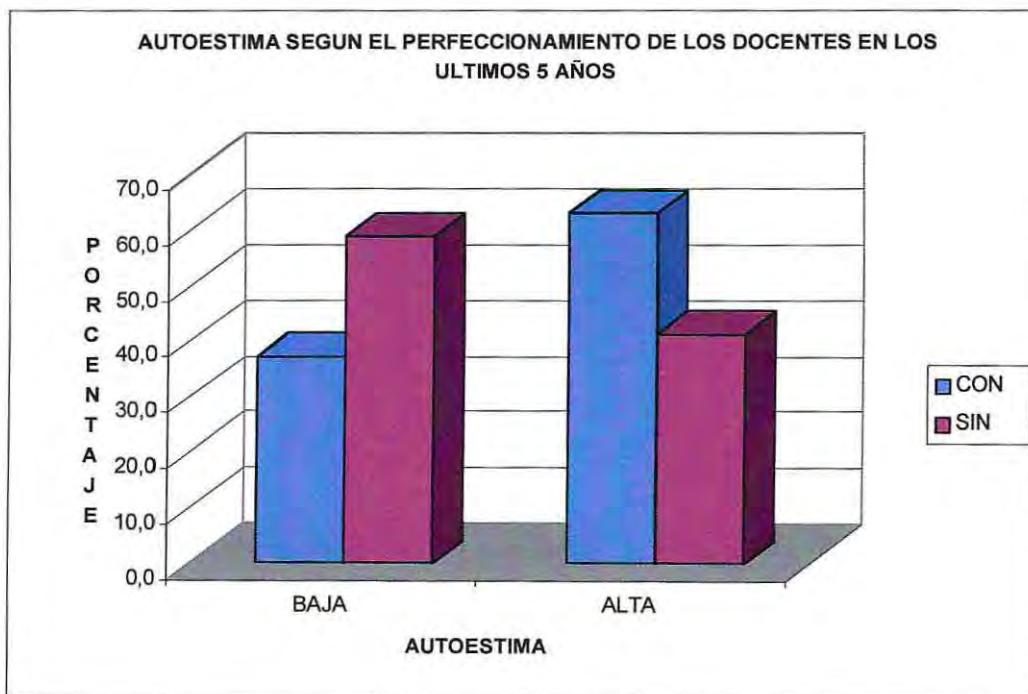
En tanto, el subgrupo con menos años de experiencia presenta un 60% de autoestima alta.

Tabla 3.8

AUTOESTIMA SEGÚN EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS DOCENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

AUTOESTIMA	CON PERFECCIONAMIENTO		SIN PERFECCIONAMIENTO	
	nº	%	nº	%
BAJA	26	37,1	10	58,8
ALTA	44	62,9	7	41,2
TOTAL	70	100,0	17	100,0

Gráfico 3.8



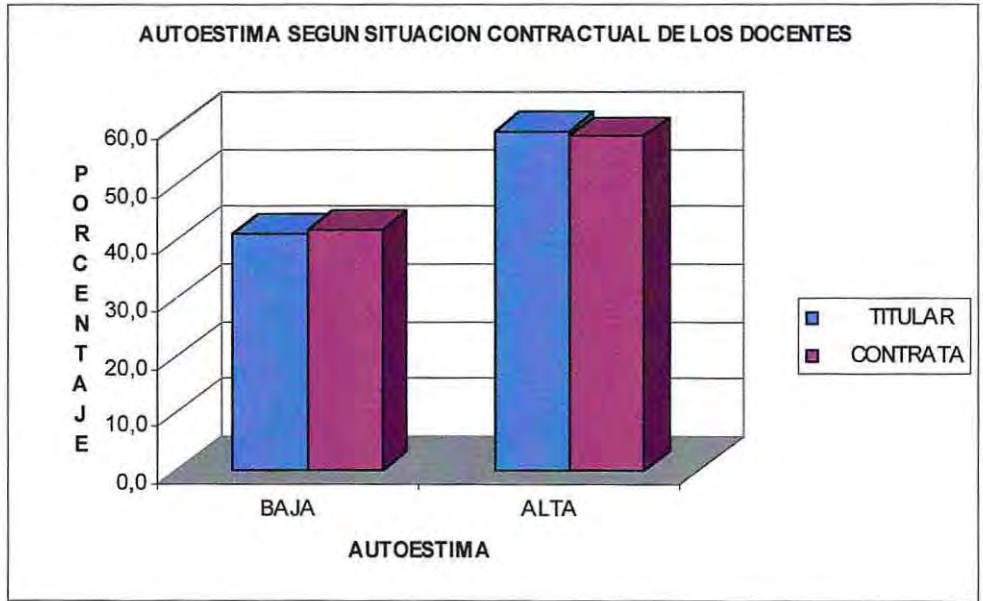
Es posible observar que los académicos que han realizado perfeccionamiento los últimos 5 años, son los que presentan una mayor autoestima (62,9%). Inversamente los que no han realizado perfeccionamiento son los que presentan el mayor porcentaje de autoestima baja (58,8%)

Tabla 3.9

AUTOESTIMA SEGÚN SITUACION CONTRACTUAL DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	TITULAR		CONTRATA	
	nº	%	nº	%
BAJA	23	41,1	13	41,9
ALTA	33	58,9	18	58,1
TOTAL	56	100,0	31	100,0

Gráfico 3.9



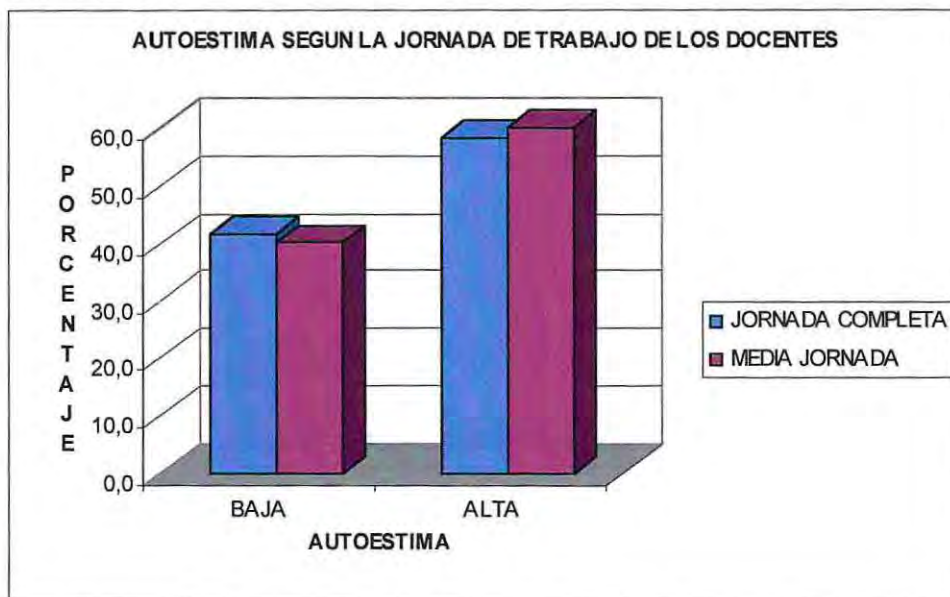
Se observa una distribución equivalente en la categoría de autoestima entre académicos titulares y a contrata.

Tabla 3.10

AUTOESTIMA SEGÚN LA JORNADA DE TRABAJO DE LOS DOCENTES

AUTOESTIMA	JORNADA COMPLETA		MEDIA JORNADA	
	nº	%	nº	%
BAJA	30	41,7	6	40,0
ALTA	42	58,3	9	60,0
TOTAL	72	100,0	15	100,0

Gráfico 3.10



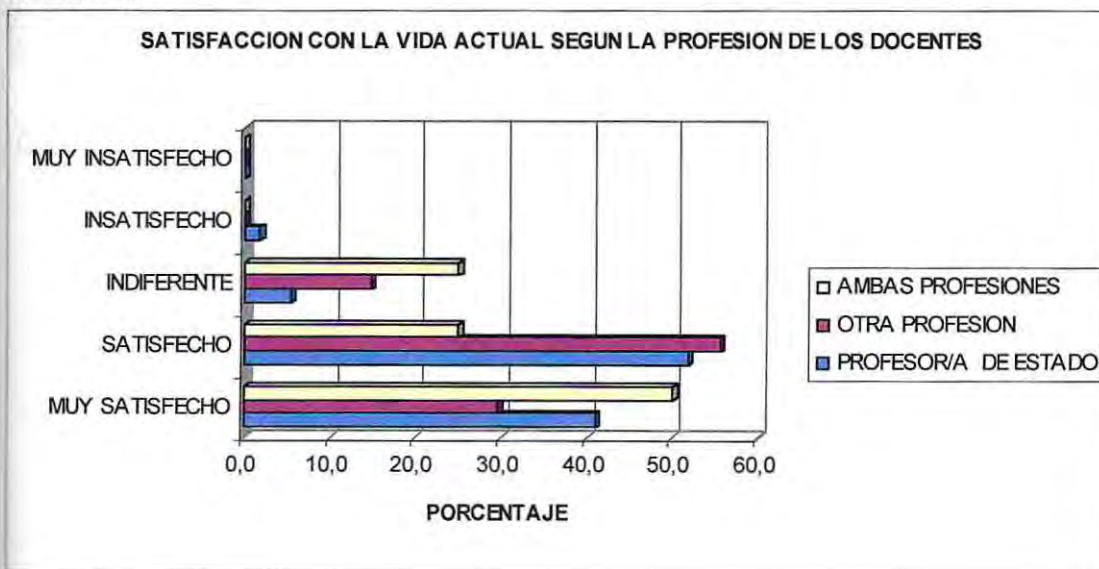
Se puede observar que existe una distribución prácticamente homogénea de las categorías de autoestima entre los académicos que realizan labores de jornada completa y media jornada. La mayoría de ellos se ubica en el nivel de autoestima alta, siendo levemente superior el subgrupo que desempeña media jornada (60%).

Tabla 4.5

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LA PROFESION DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	PROFESOR/A DE ESTADO		OTRA PROFESION		AMBAS PROFESIONES	
	nº	%	Nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	23	41,1	8	29,6	2	50,0
SATISFECHO	29	51,8	15	55,6	1	25,0
INDIFERENTE	3	5,4	4	14,8	1	25,0
INSATISFECHO	1	1,8	0	0,0	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	56	100,0	27	100,0	4	100,0

Gráfico 4.5



Se destaca que el 50% de aquellos académicos con otra profesión además de la docente se considera muy satisfecho con su vida actual. En cambio, en los otros dos subgrupos los porcentajes son mayoritarios en la categoría satisfecho (profesores: 51,8%; otra profesión: 55,6%).

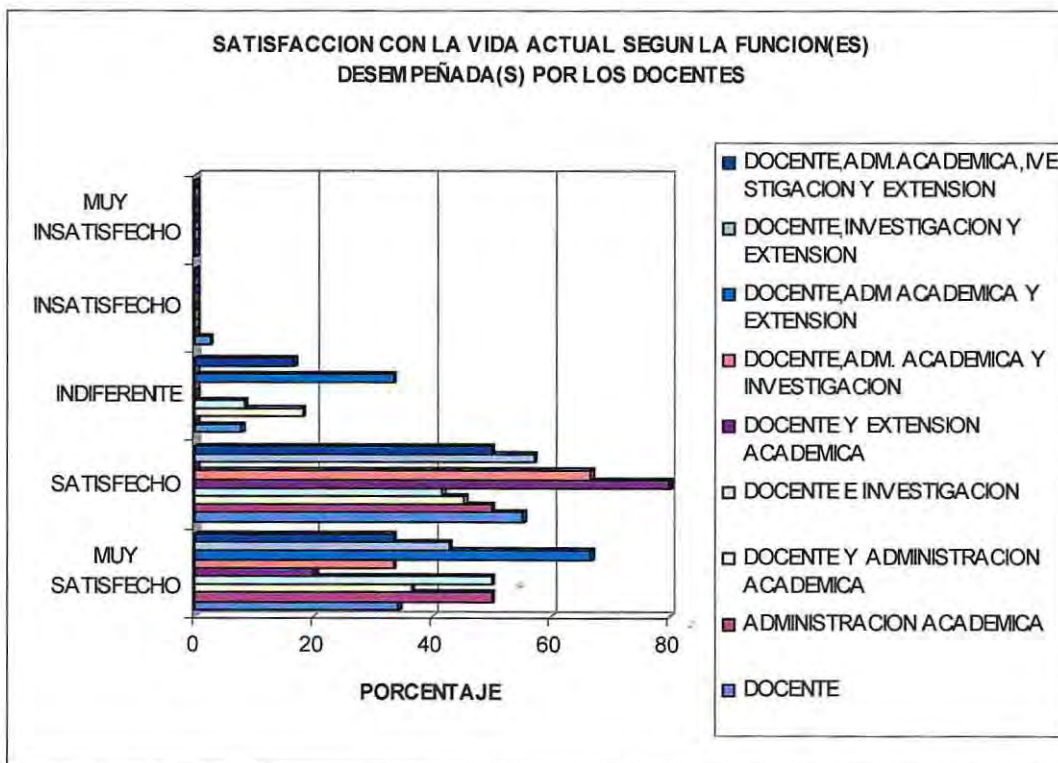
Un 25 % de los académicos que tienen otra profesión además de la docente se ubica en la categoría indiferente.

Tabla 4.6

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LA FUNCION(ES) DESEMPEÑADA(S) POR LOS DOCENTES

FUNCIÓN	SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL											
	MUY SATIS		SATIS.		INDIFERENTE		INSATISF		MUY INSATIS		TOTAL	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
DOCENTE	13	34,2	21	55,3	3	7,9	1	2,6	0	0,0	38	100
ADMINISTRACION ACADEMICA	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
DOCENTE Y ADMINISTRACION ACADEMICA	4	36,4	5	45,5	2	18,2	0	0,0	0	0,0	11	100
DOCENTE E INVESTIGACION	6	50,0	5	41,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	100
DOCENTE Y EXTENSION ACADEMICA	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
DOCENTE,ADM. ACADEMICA E INV.	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100
DOCENTE,ADM ACADEMICA Y EXTENSION	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100
DOCENTE,INVESTIGACION Y EXTENSION	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100
DOCENTE,ADM.ACADEMICA,INV. Y EXT.	2	33,3	3	50,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	100

Gráfico 4.6



En la categoría “satisfecho con la vida actual” se ubica en mayor porcentaje el grupo de académicos que desempeña las funciones de docencia y extensión académica (80%) y su diferencia de porcentaje es decir un 20% se ubica en la categoría muy satisfecho. Los académicos que realizan la función de administración académica se encuentran distribuidos homogéneamente en las categorías muy satisfecho y satisfecho con un 50%.

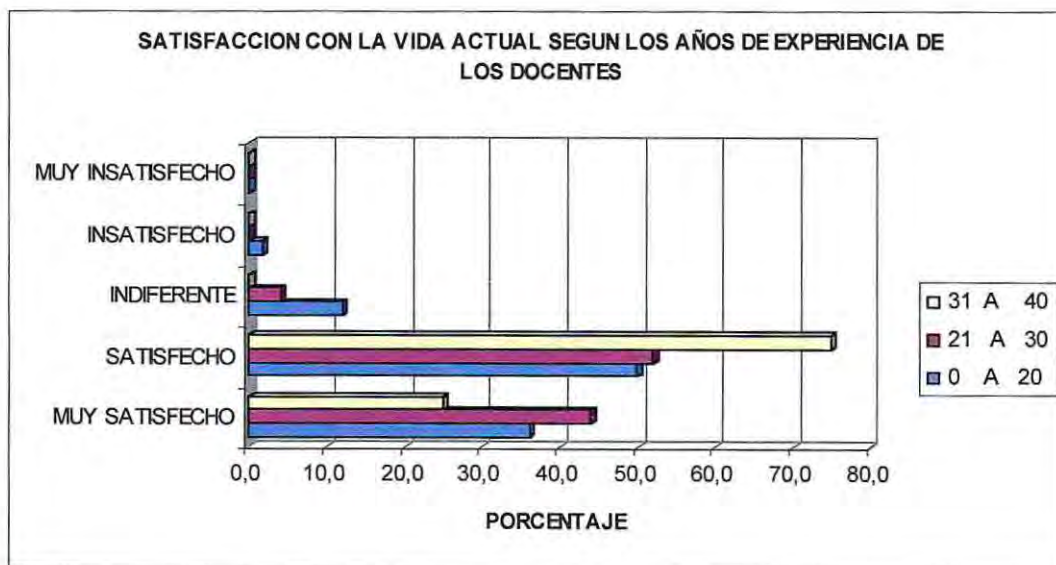
En la categoría muy satisfecho se ubican con un mayor porcentaje los académicos que realizan las funciones de docencia, administración académica y extensión con un 66,7% y la diferencia de este porcentaje (33,3%) se ubica en la categoría indiferente.

Tabla 4.7

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS DOCENTES

	AÑOS DE EXPERIENCIA					
	0 A 20		21 A 30		31 A 40	
S. ACTUAL	nº	%	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	21	36,2	11	44	1	25
SATISFECHO	29	50,0	13	52	3	75
INDIFERENTE	7	12,1	1	4	0	0
INSATISFECHO	1	1,7	0	0	0	0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0	0	0
TOTAL	58	100,0	25	100	4	100

Gráfico 4.7



Los grupos se concentran en la categoría de satisfecho con la vida actual, especialmente entre los docentes que poseen una experiencia de 31 a 40 años (75%).

La mayoría de los académicos que se ubican en la categoría muy satisfecho corresponden a aquellos que poseen una experiencia de 21 a 30 años (44%).

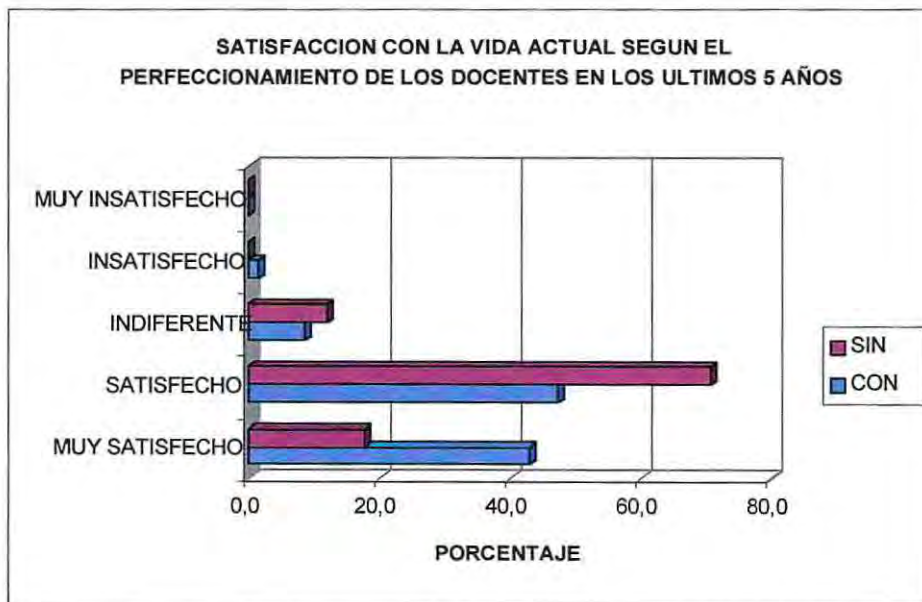
En la categoría indiferente el mayor porcentaje corresponde a los que cuentan con menos años de experiencia (12,1%).

Tabla 4.8

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS DOCENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

S. ACTUAL	CON PERFECCIONAMIENTO		SIN PERFECCIONAMIENTO	
	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	30	42,9	3	17,6
SATISFECHO	33	47,1	12	70,6
INDIFERENTE	6	8,6	2	11,8
INSATISFECHO	1	1,4	0	0,0
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	70	100,0	17	100,0

Gráfico 4.8



Se aprecia que los académicos que han realizado perfeccionamiento en los últimos 5 años tienden a distribuirse homogéneamente entre las categorías muy satisfecho y satisfecho (42,9% y 47,1% respectivamente).

Los académicos que no han realizado perfeccionamiento en los últimos 5 años se concentran en la categoría satisfecho (70,6%).

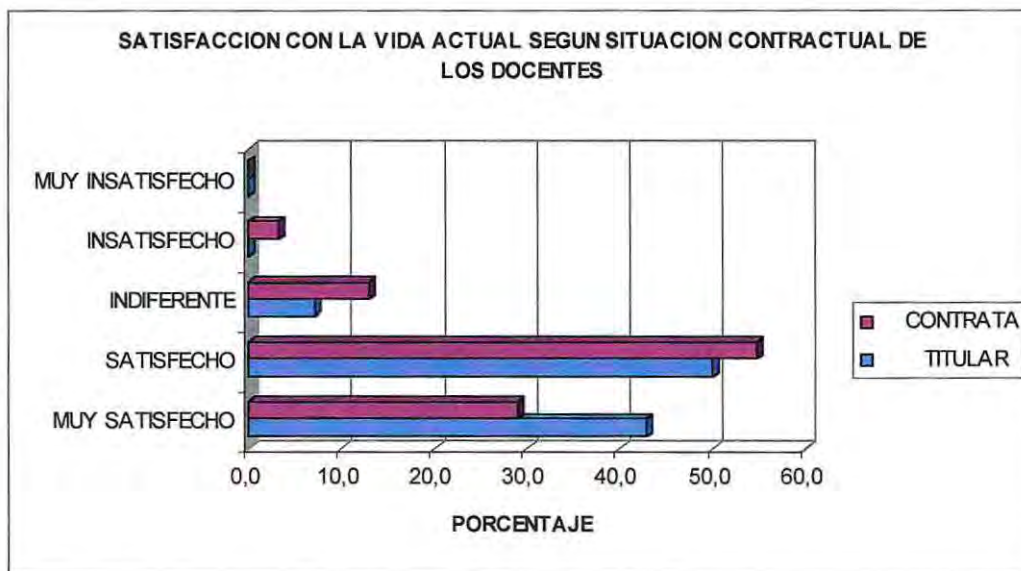
Se observa un mayor porcentaje de académicos sin perfeccionamiento en la categoría indiferente (11,8%).

Tabla 4.9

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN SITUACION CONTRACTUAL DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	TITULAR		CONTRATA	
	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	24	42,9	9	29,0
SATISFECHO	28	50,0	17	54,8
INDIFERENTE	4	7,1	4	12,9
INSATISFECHO	0	0,0	1	3,2
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	56	100,0	31	100,0

Gráfico 4.9



Ambos grupos se concentran en la categoría satisfecho, siendo levemente mayor el porcentaje de académicos a contrata (54,8%). Al contrario, en la categoría muy satisfecho es el grupo de docentes titulares el que destaca porcentualmente (42,9%).

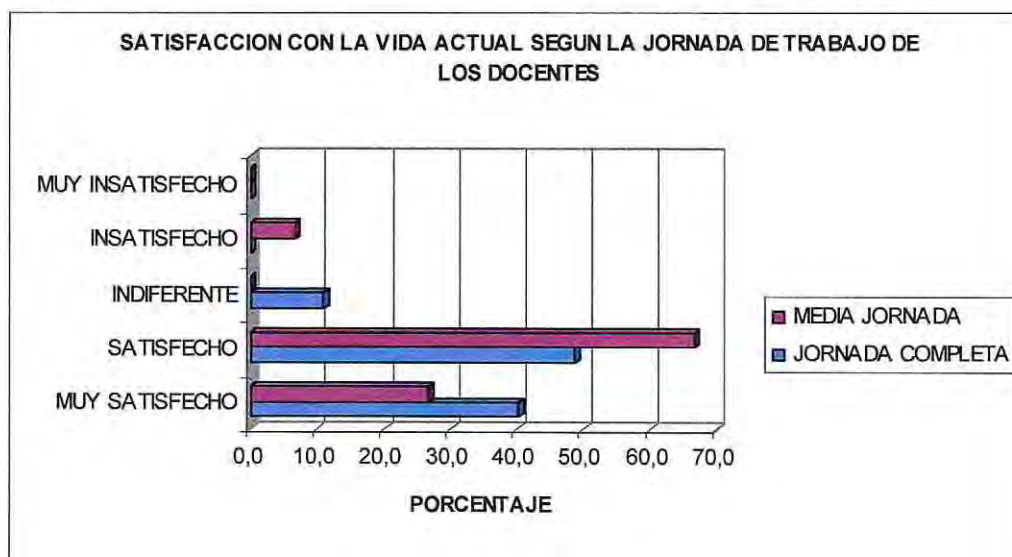
En las categorías indiferente e insatisfecho son levemente superiores los porcentajes de académicos a contrata.

Tabla 4.10

SATISFACCION CON LA VIDA ACTUAL SEGÚN LA JORNADA DE TRABAJO DE LOS DOCENTES

S. ACTUAL	JORNADA COMPLETA		MEDIA JORNADA	
	nº	%	nº	%
MUY SATISFECHO	29	40,3	4	26,7
SATISFECHO	35	48,6	10	66,7
INDIFERENTE	8	11,1	0	0,0
INSATISFECHO	0	0,0	1	6,7
MUY INSATISFECHO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	72	100,0	15	100,0

Gráfico 1.10



Se observa que en la categoría satisfecho se ubica un mayor porcentaje de académicos con media jornada laboral (66,7%). En cambio, en la categoría muy satisfecho predominan los académicos con jornada completa (40,3%).

Los académicos ubicados en la categoría insatisfecho corresponden a aquellos que se desempeñan en media jornada (6,7%). Los docentes ubicados en la categoría indiferente corresponden solamente a aquellos que se desempeñan en jornada completa (11,1%).

V. DISCUSIÓN

Con el fin de describir el Bienestar Psicológico en una muestra de académicas y académicos de una universidad estatal de la quinta región, se utilizaron los siguientes indicadores: Salud Mental, Depresión, Autoestima y Satisfacción con la Vida Actual.

Los resultados obtenidos en la investigación permiten concluir que, el grupo de sujetos estudiados se ubica en la dimensión de Bienestar Psicológico Positivo en tres de los cuatro indicadores evaluados, esto es, un 78,1% de la muestra presenta riesgo probable y alto riesgo de presentar un trastorno psíquico; el 87,4% de los académicos no presenta sintomatología depresiva; en cuanto a la autoestima, 58,6% de los docentes presenta una alta autoestima; en relación a la satisfacción con la vida actual 89,6% de los académicos se encuentran muy satisfechos o satisfechos con su vida actual.

Con respecto a la salud mental se observa que, las categorías que en un mayor porcentaje se asocian a riesgo de desarrollar trastorno psíquico son: género femenino, 45 a 65 años, sin pareja con hijos, bajo apoyo social familiar, ambas profesiones, funciones de docencia y extensión académica, 0 a 20 años de experiencia, sin perfeccionamiento, a contrata y con media jornada.

Estos resultados concuerdan con otras investigaciones anteriormente realizadas en el área de bienestar psicológico en los siguientes aspectos: según González (1993) el deterioro psicológico es mayor entre las mujeres que entre los hombres, de acuerdo con Páez (1986) las investigaciones masivas confirman que las mujeres muestran peor salud mental que los

hombres, independientemente de su estatus social y familiar. En cuanto a la edad, B. Vicente (1995) en su estudio observa que las enfermedades mentales se ubican en mayor porcentaje en el rango etáreo de 40 a 59 años, esto también es confirmado por Inostroza, Sepúlveda (2000); Novakovich, Salinas (1999). En relación a la situación familiar, Avendaño (1996) señala una existencia de conflicto en mujeres solas y con hijos lo que provoca un deterioro en la salud mental. Salinas, Novakovich (1999), Inostroza, Sepúlveda (2000) corroboran estos resultados. Creemos que el hecho de contar con una pareja cuando se tiene un hijo es un atenuante que disminuiría el riesgo en salud mental ya que se distribuyen las responsabilidades de crianza y mantenimiento económico de los hijos, disminuyendo la sobrecarga en sus exigencias, además esta situación social se enmarca en parámetros más tradicionales y se lograría así obtener un mayor acercamiento a lo que se desea socialmente. El apoyo social inhibe conductas de riesgo y refuerza conductas de salud, la integración social está asociada a un mayor control social y a un mayor seguimiento de conductas de salud (Álvaro, Garrido y Torregrosa, 1996), lo que no se daría en estos sujetos quienes al contar con un bajo nivel de apoyo social familiar lo que podría estar incidiendo en su salud mental. Pinochet, Tavano, (1998) señalan que la red social de apoyo prioritaria es la familia. Según Brown (1978) existe una relación positiva entre el bienestar psicológico y el soporte social. Por otro lado, el apoyo emocional subjetivo y el afrontamiento adaptativo disminuyen el impacto del estrés y, por lo tanto, posibles conductas inadaptativas de afrontamiento que agraven el problema (Stroebe y Stroebe, 1995), los sujetos aislados socialmente tienen dificultades para compartir y hablar sobre sus experiencias estresantes, por lo que tienden a inhibir sus vivencias negativas, en el caso de la salud mental, el compartir un hecho traumático resulta beneficioso a largo plazo (Pennebaker,1994).

Pensamos que, el hecho de poseer dos profesiones generaría mayores expectativas de éxito las que al no ser satisfechas totalmente, produciría mayor frustración en estos individuos. El desempeñar conjuntamente las funciones de docencia y extensión podría aumentar el riesgo en salud mental dado que, la naturaleza misma de este tipo de trabajo implica mayores desafíos, complejidad y abstracción de la tarea, además de la presión social de generar proyectos creativos. En cuanto a los años de experiencia, las personas con menos años de trabajo (0-20 años) se ubicarían en la etapa de la adultez temprana lo que implicaría mayor aceptación de desafíos, necesidad de consolidarse, ya que, está en juego su futuro lo que aumentaría el impacto del cambio social debido a las autoexigencias impuestas para estar a la par con los nuevos requerimientos y modalidades de enseñanza. Los docentes a contrata, estarían en un mayor riesgo de salud mental al no percibir una clara estabilidad laboral. Por otro lado, las personas que trabajan a media jornada no lograrían una plena identificación y pertenencia con la institución además, de no acceder a algunos estímulos propios de los docentes que trabajan a jornada completa.

En cuanto a la depresión, se puede ver que las categorías asociadas en un mayor porcentaje a no presentar sintomatología depresiva son: género masculino (levemente superior) 45 a 65 años, sin pareja con hijos, alto apoyo social familiar, ambas profesiones, desempeñar sólo administración académica o conjuntamente con otras funciones, 31 a 40 años de experiencia, sin perfeccionamiento, titular y media jornada.

Páez (1986), Novakovich y Salinas (1999) señalan que la presencia de sintomatología depresiva se encuentra en mayor porcentaje en el género femenino, según Cochrane (1992)

esto se podría atribuir a diferencias biológicas entre los géneros, a la asignación de roles diferenciados para hombres y mujeres, a la socialización diferencial, a las diferencias en la expresión de las emociones, estrategias diferenciadas de afrontamiento y a su posición desfavorable en el mercado laboral, en resumen, todo esto se explicaría por la situación social de desventaja de la mujer. En Álvaro, Torregrosa y Garrido (1996), el apoyo social y las formas de afrontamiento adaptativas asociadas a él permiten superar más rápidamente el bajo estado de ánimo y la depresión, según House y Kahn (1985), citado en Pinochet y Tavano (1998), los contactos con amigos y familiares son esenciales para el mantenimiento del bienestar psicológico. Así mismo, las personas que asumen las funciones de administración académica tendrían un mayor margen de libertad en la toma de decisiones, es un cargo semidirectivo, el buen desempeño de su función depende exclusivamente del desempeño personal, no existiendo factores externos que interfieran en mayor medida en sus logros. Al tener estos sujetos de 31 a 40 años de experiencia se encuentran en una etapa de vida más consolidada en lo económico, crianza de los hijos y trabajo lo que no provocaría tantos eventos estresantes como los que se dan en otras etapas anteriores. En tanto, la condición de profesor titular otorgaría mayor seguridad, percepción de estabilidad, participación y retribución en la organización lo que se traduciría en mayores oportunidades de desarrollo laboral.

Las categorías que mayoritariamente se asocian a alta autoestima son: género femenino, 45 a 65 años, sin pareja con hijos, alto apoyo social familiar, ambas profesiones,

funciones paralelas de docencia, administración académica, investigación y extensión, 0 a 20 años de experiencia y con perfeccionamiento.

Al igual que Inostroza, Sepúlveda (2000) se observa que la autoestima alta es mayor en las mujeres, no siendo esto así en Páez (1986) quien señala que algunas investigaciones confirman que las mujeres tienen una autoestima más baja que los hombres, esta diferencia con nuestros resultados podría explicarse dado que son mujeres que trabajan y además son profesionales. Un nivel alto de apoyo social tiene efectos positivos en la autoestima estando asociado a una menor reactividad y mejor manejo ante acontecimientos negativos (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996). Los cursos de perfeccionamiento podrían asociarse a una mejor autoestima al proporcionar en la persona mayores conocimientos y desafíos en la educación superior y la autoestima estaría cimentada sobre la percepción de autoeficacia que estaría acrecentada por lo dicho anteriormente. El encontrarse sin pareja y con hijos, podría afectar positivamente la autoestima al resaltar en las personas un sentimiento de autosuficiencia y autonomía. Asimismo, los docentes con 0 a 20 años de experiencia, se encontrarían en el período de vida de adultez temprana y media que implicaría grandes desafíos, energía productiva, deseos de consolidarse y proyectarse laboralmente lo que podría significar una mayor autoestima, al no encontrar estos sujetos los obstáculos, problemas y limitantes del trabajo que surgirían en etapas posteriores.

Las categorías asociadas en un mayor porcentaje a niveles de satisfacción con la vida actual son: género masculino, 45 a 65 años, sin pareja sin hijos, alto apoyo social familiar, profesor de estado, desempeñar funciones de administración académica o docencia y extensión

académica o docencia/administración académica e investigación o docencia/ investigación y extensión, 31 a 40 años de experiencia, con perfeccionamiento, titular y media jornada.

La mayor satisfacción con la vida actual en los hombres, puede estar dada por la asignación diferenciada de roles, lo que para ellos implica mayor dedicación al ámbito profesional productivo, siendo la vida familiar y parental una fuente de retribuciones y a veces, descanso. La mayor edad asociada a la alta satisfacción podría estar explicada por el hecho de ya haber vivido variadas etapas de la vida, teniendo así una visión más centrada en el pasado lo que los podría estar llevando a evaluar los resultados y experiencias positivas del período vivido. La situación de empleo está asociada a una mayor satisfacción con la vida presente, en tanto que organiza, estructura el tiempo y las actividades diarias. Tanto si ésta es una consecuencia de la sobrevaloración del trabajo característica de nuestra sociedad (Blanch,1989) como si obedece a la función que cumple el trabajo en la satisfacción de necesidades universales (Jahoda, 1982/1987). Las relaciones y actividades sociales que aporta el apoyo social, son una fuente de motivación para aquello que trasciende los selfs individuales y aumentan la posibilidad de que la implicación en esas relaciones y actividades se origine a partir de un sentimiento de mayor voluntad de vivir y satisfacción con la vida actual (Antonovsky, 1979). Los docentes sin pareja y sin hijos, podrían estar más implicados y satisfechos con sus vidas al centrar todos sus potenciales en alcanzar un desarrollo profesional pleno y cubrir plenamente sus requerimientos individuales preferentemente económicos y materiales, entendiendo a la familia e hijos como una posible carga dentro del desarrollo profesional, personal y económico. La profesión de profesor podría estar relacionada con una alta satisfacción con la vida debido a la necesidad de una gran vocación para ejercerla

plenamente y por el carácter altruista de la misma. Los cursos de perfeccionamiento en tanto, favorecerían la posibilidad de corroborar sus capacidades y conocimientos, lo que contribuiría a una mejor evaluación de la vida actual. La condición de titular en tanto, podría estar relacionada con una mayor seguridad, participación y retribución dentro de la organización, lo que podría estar influyendo en la satisfacción con la vida actual de los docentes varones. Por último, el hecho de desarrollar media jornada laboral en esta institución, podría estar otorgando la posibilidad de desarrollar diversas actividades, ya sean laborales o de uso del tiempo libre, lo que podría estar contribuyendo a la satisfacción con la vida actual.

Al comparar los resultados de nuestra investigación con estudios anteriores en el área, pudimos apreciar que existen similitudes en algunos aspectos, sin embargo, independientemente de estos resultados similares debemos tener en cuenta que, en dichas investigaciones existen diferencias y características propias de cada una, como diversas muestras, diferente metodología, entre otras.

Características de los perfiles de grupos de mayor o menor vulnerabilidad

Al realizar un análisis de correspondencia se puede observar que:

Entre los sujetos con bajo riesgo en salud mental, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género masculino.
- 2.- Tener de 25 a 44 años de edad
- 3.- Tener pareja e hijos.

- 4.- Tener un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar sólo función docente.
- 7.- Tener de 0 a 20 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años
- 9.- Ser titular
- 10.-Desarrollar jornada completa (44 horas).

Entre los sujetos con riesgo probable y alto riesgo en salud mental, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género masculino.
- 2.- Tener de 45 a 65 años de edad
- 3.- Tener pareja e hijos.
- 4.- Contar con un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar sólo función docente
- 7.- Tener 20 a 30 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Ser titular
- 10.-Desarrollar jornada completa (44 horas).

Entre los sujetos que no presentan sintomatología depresiva, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser de género masculino.
- 2.- Tener de 45 a 65 años de edad.
- 3.- Tener pareja e hijos
- 4.- Contar con un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar sólo función docente
- 7.- Tener de 20 a 30 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Ser titular.
- 10.-Desarrollar jornada completa (44 horas).

Con una depresión leve y moderada en los sujetos, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género femenino.
- 2.- Tener de 25 a 44 años de edad
- 3.- Tener pareja e hijos.
- 4.- Tener un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesora de estado.

- 6.- Desempeñar sólo función docente.
- 7.-Tener de 0 a 20 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Situación contractual a contrata.
- 10.- Tener jornada completa (44 horas).

Con una autoestima baja en los sujetos, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género masculino.
- 2.- Tener de 45 a 65 años de edad.
- 3.- Tener pareja e hijos.
- 4.- Tener un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar sólo función docente.
- 7.- Tener de 20 a 30 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Ser titular.
- 10.- Desarrollar jornada completa (44 horas).

Con una autoestima alta en los sujetos, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género masculino.

- 2.- Tener de 45 a 65 años de edad.
- 3.- Tener pareja e hijos.
- 4.- Contar con un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar sólo una función docente.
- 7.- Tener de 20 a 30 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Ser titular.
- 10.- Desarrollar jornada completa (44 horas).

Entre las personas muy satisfechas y satisfechas, se da una correspondencia entre las siguientes características personales y organizacionales de las variables independientes como son:

- 1.- Ser del género masculino.
- 2.- Tener de 45 a 65 años de edad.
- 3.- Tener pareja e hijos.
- 4.- Tener un alto apoyo social familiar.
- 5.- Ser profesor de estado.
- 6.- Desempeñar una función docente.
- 7.- Tener de 20 a 30 años de experiencia laboral en esta universidad.
- 8.- Haber participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años.
- 9.- Ser titular.

10 -Desarrollar jornada completa (44 horas).

Entre las personas indiferentes e insatisfechas, no hay correspondencia con ninguna clase, es decir, no se observa una tendencia clara.

Limitaciones

Consideramos de importancia dar a conocer y explicar las limitaciones teóricas y/o prácticas que surgieron durante la investigación:

1. Al ser éste un estudio descriptivo, no es posible establecer explicaciones causales en relación a las diferencias en el bienestar psicológico de los académicos de la muestra.
2. Dado el carácter intencionado de la muestra, los resultados obtenidos sólo pretenden ser una descripción del bienestar psicológico de este grupo, no pudiendo realizar generalizaciones a otras poblaciones ni a la totalidad de la población de referencia.
3. Ya que para conocer el bienestar psicológico se utilizó una batería de test, la cual sólo mide categorías de este constructo, no se logra obtener una descripción global del estado de bienestar de los sujetos de la muestra.
4. Como los instrumentos de medición utilizados para describir el bienestar psicológico en la muestra no están estandarizados en nuestro país, algunos ítemes pueden no representar fielmente nuestra realidad cultural interfiriendo esto, quizás, en la validez de los resultados.
5. Por último, la disponibilidad de horario de los docentes, el espacio físico, la interacción directa con el investigador durante la medición, es decir, las condiciones de evaluación, pueden haber intervenido en algún aspecto las respuestas de los sujetos.

Proyecciones y Sugerencias

Las conclusiones del estudio contribuyen a ampliar el conocimiento actual sobre la realidad del académico, intentando generar lineamientos interventivos de prevención en salud mental desde una perspectiva psicosocial, tomando en cuenta el actual proceso de cambio en la educación superior. Asumiendo, desde la base de conocimiento sobre los docentes universitarios que el estudio ahondó a través de diversas variables, una preocupación integral sobre este segmento profesional.

El desarrollo de esta investigación nos lleva a proponer diversas instancias por un desarrollo global del bienestar psicológico en docentes universitarios:

Continuar esta línea de investigación enriqueciendo los resultados obtenidos a través del desarrollo de estudios correlacionales que permitan establecer relaciones causales entre, por ejemplo, bienestar psicológico y género, bienestar psicológico y apoyo social familiar, etc. Integrando nuevas variables como satisfacción laboral, stress, síndrome de Burnout, remuneraciones, entre otras, que permitan conocer otros factores que podrían influir en el bienestar psicológico.

Para futuras investigaciones se sugiere realizar una muestra mayor y no intencionada para lograr generalizar los resultados.

Se hace cada vez más necesario desarrollar investigaciones que contemplen el perfeccionamiento de los instrumentos utilizados, la estandarización de éstos en nuestro país e idealmente construir un instrumento que mida integralmente el bienestar psicológico abordando sus distintas dimensiones.

En el área de la formación profesional del psicólogo proponemos la implementación de cursos de pregrado, postítulo y postgrado en estrategias de intervención preventiva en salud mental y especialmente en salud mental ocupacional a nivel familiar destacando aspectos como redes de apoyo social familiar como amortiguadores de los efectos del stress, etc. Integrar en su formación una orientación familiar.

En cuanto a los aspectos organizacionales, resulta relevante proponer estrategias de prevención del deterioro de bienestar psicológico canalizables a través del departamento de bienestar de personal de la institución tales como: talleres de desarrollo personal, profesional y de autoestima para académicos, instancias de integración entre los funcionarios de la institución y sus familias que permitan establecer redes de apoyo entre ellos y además fomentar la identidad y pertenencia con la institución, entregar a los docentes estrategias de afrontamiento y adaptación al cambio social en la educación.

Facilitar el acceso a perfeccionamiento a una mayor cantidad de académicos, por ejemplo no restringiéndolo sólo a quienes desarrollan jornada completa.

Dado que nuestro estudio arroja un gran porcentaje de docentes en alto riesgo y riesgo probable de desarrollar un trastorno psíquico, no así de presencia de síntomas depresivos, se hace necesario implementar a corto plazo una estrategia de intervención para evitar un deterioro de la salud mental de estos profesionales, y además una disminución de la calidad en los procesos interactivos.

Como un aporte para futuras investigaciones, dejamos planteadas las siguientes hipótesis:

- Las académicas presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos psíquicos que los académicos.
- Un alto nivel de apoyo social familiar incide positivamente en el bienestar psicológico de las académicas y académicos.
- La ausencia de pareja y presencia de hijos en académicas aumenta la probabilidad de tener una alta autoestima.
- Las académicas y académicos titulares presentan un mejor bienestar psicológico dada una percepción positiva respecto a su estabilidad laboral.
- El perfeccionamiento en los docentes de ambos géneros está relacionado positivamente con un menor riesgo de desarrollar un trastorno psíquico.
- Una mayor diferenciación de funciones aumenta la probabilidad de riesgo de desarrollar un trastorno psíquico en docentes de ambos géneros.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alvarado, A; Ruz, C. (1999). Determinación de los Niveles de Burnout y su Relación con Satisfacción Laboral y Apoyo Social en Profesionales de la Salud de los Consultorios de Atención Primaria Pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.
- Álvaro, J. L. (1992). Desempleo y bienestar psicológico. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A. Madrid.
- Alvaro, J; Garrido, A; Torregrosa, J.R (1992) Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Alvaro, J; Garrido, A. & Torregrosa, J.R. (1996) Psicología social aplicada. Madrid Mc Graw Hill Interamericana de España, S.A.
- Bernal, F. Olivares, V. & Partarrieu, C. (1999). Bienestar psicológico en un grupo de mujeres temporeras de la agroexportación de la comuna de San Esteban. Tesis presentada a la facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña de Mar, Chile.

Bravo, B (1992). La universidad en la historia de Chile (1622-1992). Santiago: Pehuén

Calidad, Tecnología y Globalización en la Educación Superior Latinoamericana. (1992).

UNESCO/ CRESALC, Caracas.

Cornejo, Herrero, Passi, Rodríguez (2000) Percepción de apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores: un estudio correlativo realizado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. Tesis presentada a la facultad de Filosofía y Educación de la Universidad Católica de Valparaíso para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología.

Documento N° 58 : Familia y reparto de responsabilidades (1998). SERNAM , Depto de Planificación y estudios, Depto de comunicaciones. Santiago, Chile.

Domich,C; Faivovich, M(1994).Diagnóstico de la salud mental en profesores de ocho escuelas básicas municipalizadas de la comuna de Santiago. Revista Chilena de Psicología vol 15 n°2.

El nuevo papel social de la mujer. (1999).

<http://www.sispain.org/SiSpain/spanish/populati/women.html>

El trabajo de las mujeres en el tiempo global.(1995) Ediciones de las mujeres número 22, Isis Internacional , CEM. Editoras: Regina Rodríguez y Rosalba Todaro.

Esteve,J.M (b) El malestar docente. Editorial Laia, Barcelona ,1987

Figueroa López,C (1998). Impacto de la Reforma educacional en la Educación Superior. CENLADEC.

Gracia, E; Herrero, J; Musitu, G.(1995). El apoyo social. Barcelona: PPU, S.A.

Gracia, E (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós

Grasso,L (1992) La insatisfacción laboral del docente. Universidad Nacional de Córdoba.
[http: : www.ubp.edu.ar/investigación/revistas/revista6/art2.html/](http://www.ubp.edu.ar/investigación/revistas/revista6/art2.html/)

Guimenez,R ; Muñoz,A (1999).Bienestar psicológico en un grupo de mujeres auxiliares paramédicos del hospital Carlos Ban Vuren de Valparaíso. Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso.Viña del Mar, Chile.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista,P (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw - Hill.

Inostroza, E; Sepúlveda, P. (2000). Bienestar Psicológico y Satisfacción Laboral: Estudio Descriptivo Comparativo en una Muestra de Docentes de Enseñanza Básica Municipalizada de Sectores Urbanos y Rurales de la Comuna de Quillota. Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

Jahoda, M. (1987) Empleo y Desempleo : un Análisis Socio-Psicológico. Madrid, Ediciones Morata, S. A.

Jeria, C. (1999). Bienestar Psicológico en un Grupo de Mujeres Beneficiarias de las Medidas Alternativas de Reclusión del Centro de Reinserción Social de Valparaíso. Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile

La situación de la mujer chilena, en cifras. Departamento de Comunicaciones, SERNAM. Santiago, Chile.

Ministerio de educación: www.mineduc.cl

Ministerio de Salud. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental. (1999). Las Enfermedades Mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias.

Ministerio de Salud. División Salud de las Personas. Depto. Programa de las Personas.

Programa Salud de la Mujer. 1997. Santiago, Chile.

Moncarz, E. (1996). Reflexiones sobre mujeres, trabajo y salud mental. Trabajo presentado a las II Jornadas de la Red Nacional por la Salud de la Mujer: Mujeres, crisis y salud. Villa Giardino, Argentina.

Muñoz, J (1999) Salud Mental , estrés , afrontamiento al estrés y apoyo social en un grupo de pacientes alcohólico-dependientes de la Unidad de Fármaco dependencia del Hospital “El Salvador” de Valparaíso. Tesis presentada a la facultad de Medicina para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

Novakovich, N; Salinas, P. (1999) Bienestar Psicológico en un Grupo de Mujeres Empleadas de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso. Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al título de Psicólogo y al grado de licenciado en psicología. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

Oakley, Ann (1977) La mujer discriminada :biología y sociedad . Tribuna Feminista: Madrid

Persico, M. C.; Persico, P. (1998) El Rol de la Mujer en la Educación Superior. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, Chile.

Primer Congreso Nacional Mujer Y Salud Mental.(1994). Servicio Nacional de la Mujer, Chile. Editado por SERNAM.

Quintana, P; Sau, L; Ríos, B. (1990) La mujer en la V Región, Datos para un Diagnóstico.(1990) Documento de trabajo, Equipo de Investigación, Casa de la Mujer. Valparaíso, Chile.

REGSAMUNI. (1991). Boletín de la red de grupos para la salud de la mujer y el niño. Diálogos de Salud Popular. ¿Qué es la doble jornada?. Número 10, pp. 1-11, D.F.México.

Rodriguez, I. Hontangas, P.; Bravo, M. J.; Grau, R. y Ramos, J. El Bienestar Psicológico Durante la Fase de Incorporación al Mundo Laboral: Adaptación del G. H. Q. II Conferencia Internacional sobre Intervención Psicológica y Desarrollo Humano, 1993.

Seminario Internacional: Igualdad de oportunidades para las mujeres en la educación. (1996). SERNAM, Chile.

“Ser mujer, Chile en los 90” Mujer y Trabajo. (1990) UNICEF. Oficina de Área para
Argentina, Chile y Uruguay. Editor: Jorge Sariego.

SERNAM. (1998). <http://www.sernam.co.cl/realida2.htm>

Women 2000: women and decision making (1999)

<http://www.un.org>

ANEXOS



CUESTIONARIO ACADEMICOS

I. IDENTIFICACIÓN

1. Edad : _____

2. Género : Femenino Masculino

3. ¿Cuál es su profesión?

Profesor /a de estado:

Otra:

4. Reside actualmente :

Sin pareja sin hijos

Sin pareja con hijos

Con pareja sin hijos

Con pareja con hijos

5. ¿En qué año empezó a trabajar como académica /o en esta universidad?

II. ANTECEDENTES LABORALES

6. ¿Cuál es actualmente su situación contractual?

a) Titular (planta)

b) Contrata

7. ¿Cuál es su jornada de trabajo actual en esta universidad?

a) Jornada completa (44 horas)

b) Media jornada (22 horas)

8. ¿Qué función/es desempeña en la universidad?

a) Docente

b) Investigación

c) Administración académica

d) Extensión académica

9. ¿Ha participado en algún programa de perfeccionamiento en los últimos 5 años?

a) Si

b) No

10. ¿Cuál es el grado de satisfacción con su vida actual?

a) Muy satisfecha / o

b) Satisfecha / o

c) Ni satisfecha / o ni insatisfecha / o

d) Insatisfecha / o

e) Muy insatisfecha / o

CUESTIONARIO 1

¿Cómo se ha sentido durante las últimas semanas? Conteste a todas las preguntas, marcando la alternativa que a su juicio se acerca más a lo que siente o ha sentido Ud. Debe comparar los sentimientos actuales con los que habitualmente ha tenido en los últimos años.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
2) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
3) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
4) ¿Ha sido capaz de disfrutar con sus actividades normales de cada día?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
5) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
6) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
7) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
8) ¿Se ha notado constantemente agobiada/o y bajo tensión?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
9) ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
10) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida/o?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
11) ¿Ha perdido confianza en sí misma/o?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
12) ¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente

CUESTIONARIO 2

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una cruz (X) la alternativa que mejor refleja lo que ud. piensa al respecto.

1) Me considero una persona útil para tener cerca	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
2) Puedo hacer las cosas tan bien como las personas de mi propia edad	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
3) No tengo mucho de lo que estar orgulloso	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
4) Algunas veces pienso que no soy nada valioso	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
5) Creo que soy tan valioso como persona como cualquier otro	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
6) Siento que no puedo hacer nada bien	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
7) Cuando hago algo siempre lo hago bien	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
8) Realmente no llego a ninguna parte con mi vida	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

CUESTIONARIO 3

A continuación ¿Podría indicar cuál de las afirmaciones de cada uno de los grupos de cuatro frases describe mejor sus sentimientos durante la **última semana**, incluido el día de hoy? Por favor, marque con una cruz la alternativa que más se acerca a su forma de pensar o sentir.

1)	a) No me siento triste b) Me siento triste c) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2)	a) No me siento especialmente desanimado de cara al futuro b) Me siento desanimado de cara al futuro c) Siento que no hay nada por lo que luchar d) El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran
3)	a) No me siento como un fracasado b) He fracasado más que la mayoría de las personas c) Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro d) Soy un fracaso total como persona
4)	a) Las cosas me satisfacen tanto como antes b) No disfruto de las cosas tanto como antes c) Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas d) Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
5)	a) No me siento especialmente culpable b) Me siento culpable en bastantes ocasiones c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones d) Me siento culpable constantemente
6)	a) No creo que esté siendo castigado b) Siento que quizás esté siendo castigado c) Espero ser castigado d) Siento que estoy siendo castigado
7)	a) No estoy descontento de mí mismo b) Estoy descontento de mí mismo c) Estoy a disgusto conmigo mismo d) Me detesto
8)	a) No me considero peor que cualquier otro b) Me autocritico por mi debilidad o por mis errores c) Continualmente me culpo por mis fallas d) Me culpo por todo lo malo que me sucede
9)	a) No tengo ningún pensamiento de suicidio b) A veces pienso en suicidarme pero no lo haré c) Desearía poner fin a mi vida d) Me suicidaría si tuviera oportunidad
10)	a) No lloro más de lo normal b) Ahora lloro más que antes c) Lloro continuamente d) No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11)	<ul style="list-style-type: none"> a) No estoy especialmente irritado b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes c) Me siento irritado continuamente d) Ahora me irritan muchísimo cosas que antes no me molestaban
12)	<ul style="list-style-type: none"> a) No he perdido el interés por los demás b) Estoy menos interesado en los demás que antes c) He perdido gran parte del interés por los demás d) He perdido todo el interés por los demás
13)	<ul style="list-style-type: none"> a) Tomo mis propias decisiones lo mismo que antes b) Evito tomar decisiones más que antes c) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes d) Me es imposible tomar decisiones
14)	<ul style="list-style-type: none"> a) No creo tener peor aspecto que antes b) Estoy preocupado, porque parezco mayor y poco atractivo c) Noto cambios en mi físico que me hacen poco atractivo d) Creo que tengo un aspecto horrible
15)	<ul style="list-style-type: none"> a) Trabajo igual que antes b) Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo c) Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo d) Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
16)	<ul style="list-style-type: none"> a) Duermo tan bien como siempre b) No duermo tan bien como antes c) Me despierto antes de lo habitual y me cuesta retomar el sueño d) Me despierto mucho antes de lo habitual y ya no retomo el sueño
17)	<ul style="list-style-type: none"> a) No me siento más cansado de lo normal b) Me canso más que antes c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa d) Estoy demasiado cansado para hacer nada
18)	<ul style="list-style-type: none"> a) Mi apetito no ha disminuído b) No tengo tan buen apetito como antes c) Ahora tengo mucho menos apetito d) He perdido completamente el apetito
19)	<ul style="list-style-type: none"> a) No he perdido peso últimamente b) He perdido más de 2 kilos c) He perdido más de 4 kilos d) He perdido más de 7 kilos
20)	<ul style="list-style-type: none"> a) No estoy preocupado por mi salud b) Me preocupan los dolores de cabeza o de estómago, los catarros, etc c) Me preocupan las enfermedades; me cuesta pensar en otras cosas d) Pienso tanto en las enfermedades que ya no pienso en nada más
21)	<ul style="list-style-type: none"> a) No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo b) La relación sexual me atrae menos que antes c) Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes d) He perdido totalmente mi interés sexual

CUESTIONARIO 4

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tiene la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con sus familiares. Para cada uno de estos enunciados existen tres alternativas de respuesta posibles (NO, SÍ, NO SÉ). Indique con una "X" su preferencia.

NO SÍ NO SÉ

	NO	SÍ	NO SÉ
1. Mi familia me da el apoyo social que necesito.			
2. Mi familia me da buenos consejos.			
3. La mayoría de las personas tiene relaciones familiares más cercanas que yo.			
4. Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia, me da la impresión que se siente incómodo.			
5. A mi familia le gusta oír mi opinión.			
6. Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.			
7. Ciertos miembros de mi familia se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan consejos.			
8. Confío en mi familia para que me de apoyo emocional.			
9. Existe un familiar a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo por ello.			
10. Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente.			
11. Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.			
12. Los miembros de mi familia acuden a mí para apoyo emocional.			
13. Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.			
14. Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.			
15. Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.			
16. Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo.			
17. Mis familiares buscan mi compañía.			
18. Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.			
19. No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tienen otras personas con sus familiares.			
20. Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.			