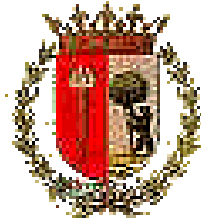


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**



*LA SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA NECESIDAD  
OBJETIVA Y SUBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS DE LA ESCUELA DE BIOANÁLISIS. UNIVERSIDAD DE LOS  
ANDES. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.*

**Trabajo para optar al grado de Doctor  
presentada por**

Carlú Efigenia Arias de Pérez

**Bajo la dirección del Doctor**

José María Poveda de Agustín

**Madrid – España  
2011**

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANÁLISIS**  
**DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS CLÍNICO**



***LA SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA NECESIDAD  
OBJETIVA Y SUBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ESCUELA DE BIOANÁLISIS.  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.***

Tesis presentada para la obtención  
del grado de Doctor por Carlú Efigenia Arias de Pérez  
Bajo la dirección del Dr. José María Poveda de Agustín  
y la tutoría de la Dra. Ingrid Tortolero.

**Mérida – Venezuela**  
**2011**

**TRABAJO PRESENTADO ANTE EL HONORABLE TRIBUNAL PARA LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE DOCTOR EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL E  
INTERVENCIÓN EN CRISIS. CONVENIO UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
MADRID – ESPAÑA Y UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA -  
VENEZUELA**

*“La emoción es la principal fuente  
de los procesos conscientes.  
No puede haber transformación  
de la oscuridad en la luz ni de  
la apatía en movimiento sin emoción”*

***Carl Jung***

## AGRADECIMIENTOS

- *A todos los estudiantes de la Escuela de Bioanálisis que voluntariamente participaron en las encuestas y en los talleres propuestos en la investigación*
- *A los estudiantes que acudieron a terapia para mostrar su alma*
- *Al Dr. José María Poveda por su incansable motivación e inmensurable paciencia*
- *A la Dra. Ingrid Tortolero por su trabajo incondicional y su amistad eterna*
- *Al Dr. Jesús Poveda por sus asesorías concentradas y valiosas*
- *A mis hijos y a mi esposo, a quienes quité un valioso tiempo de vida familiar y me dieron siempre su apoyo y comprensión*
- *A mis padres siempre presentes en cada logro de mi vida*
- *A las profesoras Miriam Sosa, Carolina Moreno, Yarima Velásquez y Yajaira Hernández por su ayuda en la organización y aplicación de las encuestas en las diferentes secciones.*
- *A los Miembros de Consejo de Facultad de Farmacia y Bioanálisis por su aprobación para realizar el estudio y su apoyo en la realización del mismo*
- *A todos mis compañeros y profesores del doctorado por compartir en este viaje muchas lecciones de vida*

**CARLÚ**

## RESUMEN

En la presente tesis se evaluó la sensibilidad emocional en 284 estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Venezuela. El 19% eran hombres y el 81% mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 34 años, con una media de 20,2 años. El 57,3% estaban entre los 19 y 22 años. La dimensión predominante fue el tipo SIP con un 61%, seguido de DE con un 32% y finalmente un 8% tipo SEN. Tanto en hombres como en mujeres predominó el tipo SIP con un 68,5% y 59,2% respectivamente. En el grupo control, formado por estudiantes de carreras de áreas diferentes a la salud, el predominio fue de la dimensión DE con un 50%. El objetivo general de la tesis es relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Para ello se realizó el Cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28), observando que el 79,9% de los estudiantes tenían GHQ28 negativos, esto es no son considerados casos con riesgo de alteraciones en su salud mental. El 19,1% resultaron con GHQ28 positivo, esto es podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de su salud mental. Concluimos que las personas con sensibilidad emocional tipo SIP podrían orientarse a seleccionar carreras que les permitan ayudar a otros. Además, la los estudiantes tipo SEN y las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Los estudiantes tipo SIP y DE están más concientes de necesitar ayuda psicoterapéutica, cuando esta es requerida. Recomendamos dar información masiva sobre la salud mental a los estudiantes de Bioanálisis, pues pareciera que no tienen información suficiente para determinar cuando podrían requerir ayuda. Además, dirigir acciones para diagnosticar las causas del mayor riesgo de padecer alteraciones de salud mental en las mujeres y brindarles la atención y ayuda necesarias.

**PALABRAS CLAVE:** Sensibilidad emocional, Sensibilidad Interpersonal Positiva, Distanciamiento Emocional, Sensibilidad Egocéntrica Negativa, Salud Mental

## ABSTRAT

In this thesis was evaluated the emotional sensibility of 284 students from Bioanalysis of the University of the los Andes in Venezuela. 19 % of the students were men and 18 % were woman, with ages between 15 and 34 years old, and a media of 20.2 years old. 57.3 % The students were between 19 and 22 years old.

The type SIP was the predominant dimension with the 60%, followed by the type DE with a 32% and the last one, type SEN with an 8%. As in men as women, type SIP was predominant with a 68,5% and 59,2 % respectively. In the control group, formed by students of different course from the health area, the predominant was from the dimension DE with a 50%.

The general objective of this thesis is to relate the different types of interpersonal sensibility with the needs of psychotherapy so that, the test of Goldberg 28 items (GHQ28) previous was applied, and as a result was observed that 79,9% of the students had a negative GHQ 28. They are not considered cases with risk of mental health disorder.

We concluded that people with emotional sensibility type SIP could select course which allow them help others. Besides, students type SEN and women have a bigger risk of getting mental health disorders. The students type SIP and DE are more conscious of their necessities of psychotherapy, when it is required.

We recommend to give a lot of information about mental health to the students of Bioanalysis because it seams that they do not have enough information that allow know when they could need help. And besides this, some action must be taken to find out why women are in a higher risk of suffering mental health disorder and offer them the help and attention they need.

Key words: Emotional sensibility, Positive interpersonal sensibility (SIP), Emotional aloofness (DE), Negative egocentric sensibility (SEN), Mental Health

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I

Introducción.....	13
1.1.- Antecedentes de la investigación .....	13
1.2.- Justificación .....	19
1.3.- Objetivos e hipótesis .....	20..
1.4.- Metodología y procedimiento.....	22
1.5.- Esquema de la Tesis.....	24
1.6.- Definiciones.....	26
1.7.- Dificultades presentadas.....	32
1.8.- Breve reseña histórica de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.....	32

### CAPITULO II

Revisión de la literatura. Aspectos conceptuales y teóricos.....	
2.1.- Consideraciones sobre indicadores sociales en Venezuela y América Latina....	38
• Deserción Escolar .....	
• Tasa de asistencia escolar por grupos de edad.....	
• Índice de desarrollo humano.....	
2.2.- La juventud como objeto de estudio.....	45
• Situación actual de salud de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe.....	
• Organizaciones de Desarrollo Social para ayudar a los jóvenes en Venezuela.....	

2.3.- Resumen de algunos de los trabajos sobre salud mental en jóvenes realizados en Venezuela.....	61
2.4.- Aspectos conceptuales y teóricos de la salud mental, bienestar psicológico y necesidades existenciales.....	63
2.5.- Desafíos en salud y desarrollo para los adolescentes y jóvenes en la próxima década.....	75

### **CAPÍTULO III**

Sensibilidad Emocional .....	79
3.1.- Sensibilidad emocional y teorías de la personalidad.....	80
3.2.- El Neuroticismo como problema.....	86
3.3.- Investigaciones que han realizado evaluaciones utilizando ESE.....	90

### **CAPÍTULO IV**

Metodología.....	96
4.1.- Lugar .....	97
4.2.- Población y muestra de estudio. Grupo Control.....	98
4.3.- Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	98
4.3.1.- Descripción de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE).....	
4.3.2.- Descripción de Cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28).....	
4.3.3.- Hoja para recolección de datos sociodemográficos.....	
4.3.4.- Cuestionario de necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica.....	
4.3.5.- Consentimiento informado.....	
4.4.- Procedimiento .....	104



## CAPÍTULO V

Resultados. Análisis de datos.....	107
5.1.- Muestra de estudio. Grupo control.....	108
5.2.- Variables sociodemográficas.....	109
5.2.1.- Muestra por edad, asignatura y semestre .....	
5.2.2.- Muestra y grupo control por edad en hombres y mujeres.....	
5.2.3.- Muestra por lugar de procedencia, asignatura y semestre.....	
5.3.- Escala de Sensibilidad Emocional (ESE).....	113
5.3.1.- Tipos de sensibilidad emocional y semestre.....	
5.3.2.- Tipos de sensibilidad emocional y edad en muestra y grupo control	
5.3.3.- Tipos de sensibilidad emocional y sexo.....	
5.4.- Necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica.....	116
5.4.1.- GHQ28 y asignaturas.....	
5.4.2.- GHQ28 en hombres y mujeres.....	
5.4.3.- GHQ28 y tipos de sensibilidad emocional.....	
5.5.- Necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica.....	120
5.5.1.- Necesidad subjetiva y tipos de sensibilidad emocional .....	
5.5.2.- Necesidad subjetiva y GHQ28 positivo .....	
5.5.3.- Áreas de ayuda a recibir .....	
5.6.- Ítems más señalados en ESE.....	126
5.6.1.- En la muestra de estudio .....	
5.6.2.- En el grupo control .....	
5.7.- Comparación de la media para SIP, DE y SEN .....	128
5.7.1.- Estudiantes de Bioanálisis, médicos venezolanos y grupo control .....	

5.7.2.- Estudiantes de Bioanálisis, otras carreras ULA y USB .....	
--	--

## **CAPÍTULO VI**

Intervenciones terapéuticas .....	130
6.1.- Características de las intervenciones terapéuticas .....	132
6.2.- Talleres como técnica de intervención terapéutica .....	134
6.3.- El cambio terapéutico.....	136
6.4.- Taller “Cómo cuidar mi salud mental”.....	141
6.5.- Psicoterapia individual. Presentación de dos casos.....	147
6.6.- Técnicas utilizadas en general.....	151

## **CAPÍTULO VII**

Discusión.....	153
----------------	-----

## **CAPÍTULO VIII**

Conclusiones y recomendaciones .....	166
--------------------------------------	-----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	172
---	-----

## **ANEXOS**

<b>Anexo N° 1:</b> Cuadernillo de encuestas.....	185
Hoja de datos sociodemográficos.....	
Goldberg 28 ítems.....	
Encuesta de necesidad subjetiva de ayuda .....	
Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) .....	

<b>Anexo N° 2</b>	Material usado en el Taller “Cómo cuidar mi salud mental”.....	186
<b>Anexo N° 3</b>	Hoja de resultados publicados en cartelera.....	189

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

#### **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

#### **1.4.- METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO**

#### **1-5- ESQUEMA DE LA TESIS**

#### **1.6.- DEFINICIONES**

#### **1.7.- DIFICULTADES PRESENTADAS**

#### **1.8.- BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANÁLISIS**

## **CAPITULO I**

## INTRODUCCIÓN

### 1.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La sensibilidad emocional es definida como la capacidad de los individuos para identificar rápidamente las emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros (Guarino y Roger, 2005). La revisión y propuesta de este nuevo constructo condujo al diseño de la *Escala de Sensibilidad Emocional – ESE-* la cual, además de medir la reactividad emocional negativa de los individuos frente a las circunstancias cambiantes del entorno, amplía su espectro hacia la medición de una dimensión más positiva y adaptativa de la emocionalidad. (Guarino y Roger, 2005),

La variable más relacionada con la Sensibilidad Emocional es la empatía. En las últimas décadas se ha puesto de relieve la importancia de la empatía en la disposición prosocial de las personas y su función inhibidora de la agresividad. Con respecto a esto, Eisenberg (2000), plantea la importancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas, entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo. Por lo tanto, la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria y además la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas (Eisenberg, 2000. Citado por Guarino y Roger, 2005

En este orden de ideas, cabe señalar que algunos instrumentos psicométricos han sido diseñados para evaluar esta reacción afectiva. Así, en 1980, Davis M. H., publicó el Índice de Reactividad Interpersonal, ofreciendo una medida multidimensional de la empatía. Consta de cuatro subescalas de siete preguntas, donde cada subescala describe un aspecto separado del concepto global de “empatía”. Este Índice de Reactividad Interpersonal proporciona entonces, dos subescalas para la medida de la empatía cognitiva (la escala de toma de perspectiva y la escala de fantasía) y dos más para la medida de la empatía afectiva (la escala de preocupación empática y la escala de

angustia personal). La primera subclasificación del concepto considera la diferenciación entre empatía cognitiva (definida como el proceso de comprender el punto de vista de otra persona) y empatía afectiva —o emocional— (definida como la respuesta emocional de quien observa el estado afectivo de otras personas).

A pesar de la congruencia del constructo, Guarino y Rogers (2005) identificaron dos limitaciones básicas en la escala de *preocupación empática*. En primer lugar, esta compuesta solo por siete ítems, proveyendo de pocos descriptores para todas las posibles reacciones emocionales exocéntricas de un individuo. En segundo lugar, sus ítems fueron tanto extraídos de escalas existentes, como escritos por el autor siguiendo su propio punto de vista del constructo. Esto podría no estar considerando las auténticas reacciones de la gente en situaciones naturales, tal vez introduciendo un sesgo en la medición del concepto. En resumen, la necesidad de una medida válida y confiable de la respuesta emocional de los individuos, junto con la presunción de que la sensibilidad emocional es una variable bidimensional, llevó a la construcción de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). El constructo de sensibilidad emocional explicaría no solo la esfera negativa de la capacidad de respuesta emocional, sino también un estilo más adaptativo y positivo de la sensibilidad.

En el año 2005 (Guarino y Rogers) efectuaron un estudio en el cual se compararon la sensibilidad emocional de dos grupos de estudiantes universitarios, culturalmente disímiles, uno británico de 242 participantes y el otro venezolano con 419 estudiantes. Los participantes completaron la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) en sus versiones en inglés y en español. Se compararon inicialmente las estructuras factoriales de ambas escalas utilizando análisis factorial confirmatorio, para finalmente comparar los puntajes de los estudiantes, con el objeto de determinar diferencias culturales en su sensibilidad emocional. Los resultados indicaron que la estructura factorial de la versión anglosajona de la escala está compuesta por dos dimensiones de la sensibilidad, mientras que la escala en español arrojó una tercera dimensión que describía de manera más apropiada los datos. Por otro lado, los estudiantes británicos mostraron mayor sensibilidad emocional tanto negativa como positiva con respecto a los venezolanos, estableciéndose así una diferencia que contrasta con estereotipos culturales ampliamente aceptados. (Guarino y otros, 2005)

Este proceso de adaptación que realizaron Guarino y otros para validar y aplicar la ESE en los estudiantes venezolanos, implicó no sólo la traducción del pool original de ítems, sino que la escala fue sometida a nuevos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, con el objeto de determinar si se replicaría la estructura original de la escala en inglés. Los resultados indicaron que las dimensiones negativa y positiva de la sensibilidad se replicaron de manera muy similar, con 64% de los ítems para SEN (sensibilidad egocéntrica negativa) y 73% para SIP (sensibilidad interpersonal positiva), apareciendo, sin embargo, una tercera dimensión de la sensibilidad que se denominó *Distanciamiento Emocional (DE)*. El distanciamiento emocional describe la tendencia de los individuos a alejarse y/o evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniendo distancia de aquellos que puedan estar atravesando circunstancias difíciles. En síntesis, las dimensiones de sensibilidad negativa y positiva de la versión anglosajona reaparecieron de forma muy similar en la escala hispana, surgiendo, sin embargo, en esta última versión el factor de *distanciamiento emocional* como una expresión diferente de la sensibilidad emocional. (Guarino y Roger, 2005).

La versión hispana de la Escala de Sensibilidad de Guarino y Rogers aplicada a venezolanos tuvo una tercera dimensión, el Distanciamiento Emocional (DE). Como se indicó anteriormente, el análisis de la escala anglosajona produjo un factor relacionado principalmente con empatía (sensibilidad interpersonal positiva), mientras que los ítems que constituyen la escala de *Distanciamiento Emocional* de la versión hispana surgieron del conjunto de ítems remanentes del pool original, indicando que son factores, aunque ligeramente relacionados, conceptualmente diferentes. Esto sugiere que este tercer factor que surgió en la escala hispana podría estar describiendo una característica culturalmente específica de la emocionalidad de los venezolanos, quienes distinguen claramente entre la sensibilidad hacia las emociones de los otros (capacidad de reconocimiento emocional) y el involucrarse con los mismos. Estos resultados apoyan hallazgos previos en torno a las diferencias culturales existentes en medidas de personalidad, especialmente cuando se evalúan los estilos emocionales y su expresión entre las culturas (Diener y otros, 1997; McConatha y otros, 2004; Bolton y Oatley, 1987; McCrae y otros, 2005).

En el año 2007, Herrera y Guarino, aplicaron la Escala de Sensibilidad a cadetes navales venezolanos. Los participantes fueron 130 cadetes (31 mujeres y 99 hombres) a quienes se les evaluó el grado de estrés, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional, con el objeto de establecer la relación de estas variables con su salud percibida. Los resultados apoyan hallazgos previos sobre la relación positiva del estrés y el deterioro en la salud percibida de los cadetes. Igualmente, se encontró una relación significativa entre la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y las dimensiones del estrés, sugiriendo que las personas con esta característica perciben más situaciones estresantes y en forma más intensa. Finalmente, los resultados indican que los cadetes que utilizan estilos de afrontamiento poco adaptativos muestran un mayor deterioro en su salud.

A pesar de lo prometedora de esta línea de investigación, los hallazgos son aún preliminares y escasos, lo cual refuerza la necesidad de seguir explorando esta relación en otros contextos y en otras poblaciones, uno de los cuales puede ser el contexto universitario.

En este orden de ideas, vale la pena señalar que algunos intelectuales y pensadores venezolanos han descrito las características del venezolano, y esa descripción ha contribuido a una concepción de nosotros mismos que hemos aprendido desde la niñez, viéndonos como flojos, embusteros, parranderos, pero también generosos, leales y amigables. (Romero O.,1992). Como vemos, esa tercera dimensión, Distanciamiento Emocional (DE) podría ser una característica cultural del venezolano, que no concuerda con el concepto de si mismos, de allí la importancia de hacer un análisis más profundo al respecto.

En este sentido, Manuel Barroso (2007), refiere que la historia de Venezuela se ha basado en la negación del otro como persona. El “otro” no existe en Venezuela. El “otro” existe para ser utilizado cuando se le necesita. El “otro” no tiene derechos, no importa. “¿Qué importa si dejo el carro mal estacionado, si me coleo, si llego tarde, si me voy sin avisar?” Con esta concepción del “otro” o de los “otros” es imposible involucrarse en los problemas del otro, tal vez de ahí derive el Distanciamiento Emocional, en el cual entendemos el dolor del otro, pero no nos involucramos, no ayudamos, nos mantenemos distantes.



Al respecto, podemos añadir la tesis sostenida por Carlos Siso (1986) que el comportamiento social y psicológico del venezolano proviene de la mezcla étnica de españoles, indios y negros. Expresa que la raza española, cuya fuerza moral, resistencia física y voluntad de acción “la hacen uno de los tipos étnicos por excelencia en la humanidad, quizá de los más selectos, creó un ambiente de cultura española en el medio venezolano antes de que lo lograra en ninguna otra región de América e imprimió en sus descendientes ( el blanco criollo, el mestizo y el mulato) sus rasgos físicos, morales e intelectuales, voluntad enérgica, acción dominadora y llevar a extremos, tanto el amor como el odio”. Expresa Siso que del indio conservamos el desdén por el futuro, el espíritu gregario y el respeto a la organización social en lo que a grupo de pertenencia se refiere. Por otro lado, del negro heredamos la sensibilidad artística, una marcada inclinación a la vida espiritual y la tendencia a dejar predominar el sentimiento sobre la razón.

También el famoso historiador Carrera Damas (2003) introduce el concepto de la formación del pueblo venezolano como un proceso continuo que empezó en la vida de nuestros ancestros aborígenes, luego fue intensamente influenciado por la raza española, pero que aún está en proceso de maduración y formación. Refiere Carrera Damas que también es importante, quizás mucho más, lo que hemos hecho con nosotros mismos después de roto el lazo con el poder español. Además, en 1986, Arturo Uslar Pietri afirma que el venezolano heredó del indio el llamado “manguareo”, según el cual parece que está trabajando pero no es así. El indio aprendió a fingir que trabajaba como una manera de vengarse de su dominador, por quien sentía mucho rencor. Esta relación con la autoridad aún está en nuestro comportamiento, siendo el manguareo una manera de sentirnos importantes ante las figuras de autoridad como los jefes y dirigentes. El indio fue casi exterminado por el español porque “su pereza, su resistencia soberbia y su pensamiento profano”, no producía beneficios para Europa, lo cual conllevó a la traída de negros africanos por su gran fuerza física y su poco poder cívico, pero que según Pietri, trajo una nueva visión del mundo que este autor llamó “la pedagogía de la esclavitud en la formación de nuestra alma colectiva” ( Arturo Uslar Pietri, 1986)

Ahora, alejándonos un poco de este proceso histórico, muy interesante, debemos retomar los objetivos de la presente tesis, esta vez en relación a la necesidad objetiva o subjetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica. Al respecto, Gaona y otros (2007) evaluaron las necesidades psicoeducativas y bienestar psicológico en estudiantes de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza. En cuanto a las principales *Necesidades Psicoeducativas* los estudiantes reportaron requerir: estrategias de aprendizaje (77%), información y orientación laboral previa al término de la carrera (75%), orientación sobre titulación (67.5%), atención educativa y psicológica (55%). En la *Escala de Bienestar Psicológico*, se encontró que perciben un alto nivel de bienestar tanto subjetivo como académico, no siendo así en el bienestar material. Se identificó un 42.5% de casos de distrés psicológico. Así, concluyeron que los estudiantes se perciben saludables y con adecuada percepción de bienestar psicológico. Se consideran expuestos a situaciones de estrés académico, con necesidades psicoeducativas en estrategias de aprendizaje, información y orientación laboral previa a concluir la carrera y trámites de titulación. Se identificaron casos de distrés psicológico con un 43% lo cual sugiere una demanda de atención educativa y psicológica para los alumnos. Así, ser estudiante implica enfrentarse a una serie de situaciones que pueden ser o no estresantes para un individuo, además, las constantes y crecientes demandas académicas requieren desarrollar en el estudiante habilidades que le permitan adaptarse a un ambiente escolar competitivo. De acuerdo con Perales, Sogi y Morales (2003), citados por Gaona y otros (2007), una carrera universitaria se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que les son propias como la adolescencia y la adultez joven.

En este sentido, Juszczak, Melinkovich y Kaplan (2006), mencionan que la adolescencia por sí misma es una etapa de la vida que requiere de cuidados y atenciones especiales dado que dicha etapa posee sus propias problemáticas, en las cuales podrían desarrollarse conflictos en el bienestar psicológico, salud mental y emocional, por lo que es evidente la necesidad de planificar cierto tipo de servicios oportunos y funcionales para identificar conductas de riesgo, hábitos insanos, problemáticas académicas y promover la prevención de riesgos en la salud.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos importante realizar una investigación sobre la sensibilidad emocional en los estudiantes de Bioanálisis, ya que este constructo

se relaciona con variables como empatía e inteligencia emocional, ambas implicadas en una mejor calidad humana

## **1.2.- JUSTIFICACIÓN**

La sensibilidad emocional, al igual que la empatía, forma el núcleo de la inteligencia emocional, de allí la importancia de evaluarla objetivamente. Cuando se trata de dar forma a nuestras acciones y decisiones, las emociones cuentan tanto como el pensamiento. La sensibilidad emocional está implícita en todas las características de la inteligencia emocional, descritas por Goleman (1987), las cuales incluyen conocer las propias emociones, manejar las emociones, la propia motivación, reconocer emociones en los demás y manejar las relaciones interpersonales, lo cual conlleva a manejar las emociones de los demás. Si la sensibilidad emocional se relaciona con la inteligencia emocional, y esta con una mejor calidad humana, entonces su evaluación es necesaria. Además, los grupos en los cuales se ha evaluado la Sensibilidad Emocional, tienen características muy particulares, esto es, en estudiantes de la milicia y en estudiantes de universidades privadas, los cuales podrían considerarse elitescos.

Algunos estudios de Salud Mental se han realizado en los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes. Así, (Arias,2004) realizó la evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck, en 223 estudiantes, de los cuales el 18,23% eran hombres y el 81,16% mujeres. Del total de estudiantes evaluados el 23,31% presentaron síntomas depresivos, y de éstos, el 82,69% eran casos leves y el 17,30% moderados. No se encontraron casos de depresión severa. Las variables que tuvieron significancia estadística fueron la muerte de alguno de los padres (7,69%) y el hecho de vivir en residencias estudiantiles o en apartamentos compartidos con otros estudiantes, esto es, sin miembros de la familia, lo cual se reportó en 42,29% de los estudiantes depresivos respectivamente. (Arias, 2004)

Hasta ahora, ninguna de las investigaciones revisadas se relaciona con variables como la sensibilidad emocional, cuya escala de medición es relativamente nueva. Es importante la evaluación del constructo en otros grupos, como en estudiantes de carreras del área de la salud, en los cuales la sensibilidad emocional es importante en la relación con los pacientes y por lo tanto en el desempeño de sus actividades profesionales. Además,

evaluar la salud mental general nos dará indicios sobre la necesidad de hacer intervenciones tanto grupales como individuales.

### **1. 3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. HIPOTESIS**

El objetivo general de la presente investigación es establecer la relación entre la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) y la necesidad objetiva o subjetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica de los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis y describir las intervenciones terapéuticas utilizadas para ayudar a estos estudiantes. Para ello debemos cumplir con los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar la Sensibilidad Emocional de los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis utilizando la Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino.
2. Evaluar la necesidad objetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica de los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, mediante el inventario de Goldberg de 28 ítems.
  - 2.1.- Determinar la relación entre la necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica y los tipos de sensibilidad emocional.
3. Evaluar la necesidad subjetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica de los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, mediante la encuesta de ayuda psicológica del Goldberg Plus.
4. Contrastar las áreas de ayuda a recibir por los estudiantes de Bioanálisis y el grupo control, en área emocional, área familiar, área de la carrera, área económica o en ninguna área.
5. Determinar los ítems más señalados en la Escala de Sensibilidad Emocional y relacionarlos con el sexo.
6. Comparar la media de los tipos de sensibilidad SIP, DE y SEN de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes con estudiantes de otras universidades y con el grupo control.
7. Describir las intervenciones terapéuticas utilizadas en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, posteriores a la realización de las encuestas.

Estos objetivos se han plasmado en la formulación de las siguientes hipótesis:

1. La sensibilidad emocional predominante en los estudiantes universitarios de la Escuela de Bioanálisis es el tipo Distanciamiento Emocional.
2. Los estudiantes con Distanciamiento Emocional y con Sensibilidad Egocéntrica Negativa tendrán mayor número de resultados positivos en el Goldberg 28 ítems, en comparación con los estudiantes de Sensibilidad Interpersonal Positiva.
3. La percepción subjetiva de necesitar ayuda psicológica o psiquiátrica es discordante con la necesidad objetiva de recibirla.
4. Los estudiantes con Sensibilidad Emocional Positiva están más conscientes de la necesidad de ayuda psiquiátrica o psicológica que aquellos con Distanciamiento Emocional y Sensibilidad Emocional Negativa.
5. Las áreas más señaladas para recibir ayuda terapéutica son las relacionadas con la carrera y los problemas económicos.
6. Los ítems más señalados tienen relación con los roles sociales determinados para cada sexo.
7. Al comparar la media de ítems señalados para cada tipo de sensibilidad esta será mayor para los estudiantes de áreas de la salud.

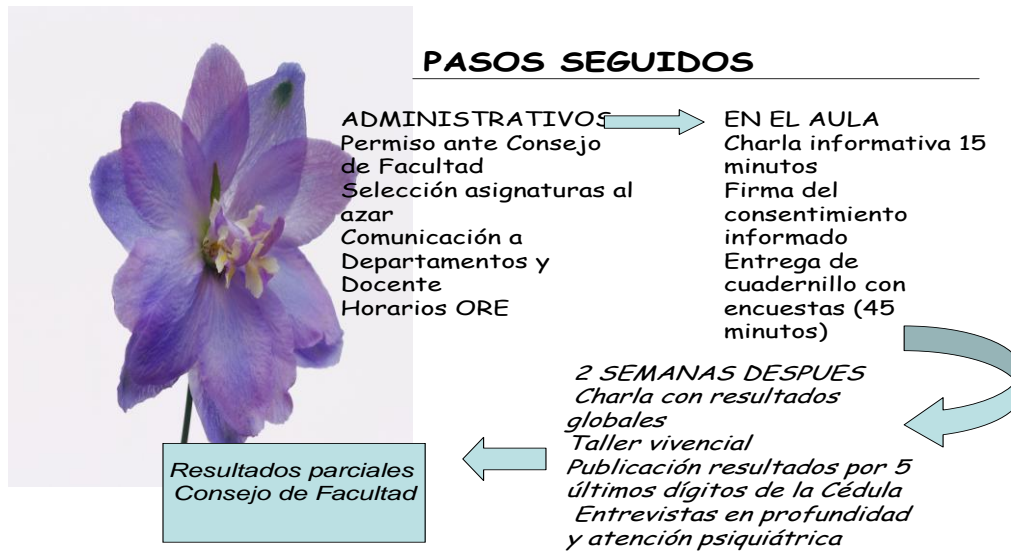
#### **1.4.- METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO**

Se llevará a cabo una investigación de campo, descriptiva y transversal, ya que se aplicarán los instrumentos de recolección de información en estudiantes, al inicio, en la mitad y al final de la carrera de Bioanálisis. El procedimiento general utilizado en la presente investigación puede resumirse en los siguientes pasos:

- Se seleccionaron al azar las asignaturas cuyos estudiantes participarían en el estudio. Estas asignaturas deben corresponder al primero, segundo, cuarto, sexto y octavo semestre de la Escuela de Bioanálisis.
- Se solicitó autorización al Consejo de la facultad de Farmacia y Bioanálisis, la cual fue otorgada.

- Una vez seleccionadas las asignaturas se informó verbalmente y por escrito a los docentes responsables para acordar el horario y día de aplicación de las encuestas seleccionadas.
- El día acordado, se dio una charla de 10 minutos a los estudiantes informando sobre el proyecto, entregando luego a cada estudiante el cuadernillo con las encuestas. (Anexo 1) Cada estudiante debía colocar los últimos cinco dígitos de su cédula de identidad al inicio de la encuesta.
- Cumpliendo con los principios éticos para las investigaciones en seres humanos de la DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, las encuestas fueron anónimas, la participación es voluntaria, los resultados se presentaron de manera global, nunca individual, respetando la dignidad, integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal obtenida con las encuestas a aplicar.
- Los resultados fueron presentados de forma global en una charla, en alguna hora de clase de cada una de las secciones que resultaron seleccionadas para el estudio.( Anexo 2) De inmediato se dictó un taller vivencial dando a los estudiantes herramientas básicas para solucionar algunas de las alteraciones encontradas en las encuestas aplicadas. (Anexo 3)
- Utilizando los últimos cinco dígitos de la Cédula de Identidad, se colocaron en cartelera los resultados obtenidos, expresando el resultado global del Goldberg, el tipo de sensibilidad emocional predominante en cada estudiante y la sugerencia de buscar psicoterapia o no. (Anexo 4)
- Se realizaron algunas entrevistas en profundidad a aquellos estudiantes que obtuvieron Cuestionario de Goldberg de Salud Mental General de 28 ítems (GHQ28) positivo, esto es, de 6 o más. Ante el anonimato de las encuestas, se publicó un número telefónico al cual podían llamar, y un e-mail a través del cual podían solicitar cita con el especialista los alumnos interesados.
- Se aplicó el mismo cuadernillo de encuestas a un grupo control formado por personas de la población siendo el único elemento de inclusión el hecho de NO ser estudiante universitario.
- Todos los resultados obtenidos y utilizados en el estudio se procesaron a través del programa SPSS17.0. Se calcularon moda, media, distribución de frecuencias, análisis de certeza por Shi cuadrado.

## RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO



### 1.5.- ESQUEMA DE LA TESIS

La presente tesis está estructurada en siete capítulos los cuales serán descritos a continuación.

El capítulo I es la Introducción y en la misma se hace un resumen breve sobre los antecedentes de la investigación que contribuye a orientar a los lectores acerca del tema de estudio. Además, se dan a conocer los objetivos e hipótesis relacionadas y la justificación del tema a tratar en la tesis. Se consideró necesario dar una apreciación global introductora de la metodología y del procedimiento utilizado para la obtención de los datos. Las definiciones relacionadas con la tesis a menudo no son uniformes, así que se creyó conveniente definir aquellos términos que serán utilizados en la tesis. Se fijaron además las limitaciones encontradas para la realización de la investigación.

El capítulo II hace referencia a algunos indicadores sociales de Venezuela y América Latina. Se refiere a la juventud como un objeto de estudio de interés en la última década, pues aunque es un grupo etario con baja morbilidad, los hábitos y conductas en la adolescencia producirán enfermedades tanto físicas como mentales en

otras edades posteriores. Además, se hace un breve resumen sobre los estudios realizados en Venezuela sobre salud mental, las directrices del gobierno actual y se mencionan algunas organizaciones de desarrollo social que manejan entre sus actividades algunos programas relacionados con adolescentes y jóvenes. Los aspectos conceptuales sobre salud mental, bienestar psicológico, satisfacción, felicidad se tratan aquí. Y finalmente, se establecen los retos que tienen las naciones en la próxima década en relación a sus jóvenes.

En el capítulo III se pretendió construir un fundamento teórico en el que se basa la investigación, por medio de la revisión de la literatura pertinente existente hasta el momento, partiendo del constructo sensibilidad emocional de Guarino y Rogers y relacionándolo con variables cercanas como empatía, emocionalidad e inteligencia emocional. Este paso ha permitido identificar aquellos asuntos que vale la pena investigar porque no han sido evaluados por otros autores.

El capítulo IV describe la metodología básica usada para la recopilación de los datos que se usaron para comprobar o negar nuestras hipótesis. Se describe detalladamente el instrumento principal de recolección que es la Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino y Rogers, su valoración, ítems y significado de cada tipo de sensibilidad. Además, se explica el uso de los otros instrumentos secundarios en esta tesis como son el Goldberg de 28 ítems y la encuesta de datos sociodemográficos de los participantes encuestados.

En el capítulo V se realizó el análisis de los datos, comenzando por la constitución de la muestra por edad y género y posterior relación entre las variables implicadas en la resolución de las hipótesis. Los resultados se presentan en tablas y gráficos con sus respectivos comentarios explicativos y estudios de certeza o probabilidad. Todos estos datos se analizaron estadísticamente a través del programa SPSS 17.0 con cálculo de media, moda, distribución de frecuencias y como análisis de certeza se realizó la prueba Shi cuadrado,

En el capítulo VI se describen las intervenciones terapéuticas empleadas, como son la terapia individual que se utilizó en aquellos encuestados que obtuvieron 6 o más en el Goldberg 28 ítems y que acudieron voluntariamente a recibir la ayuda ofrecida.



También se detalla el taller vivencial dictado a todos los encuestados que quisieran asistir, independientemente de los resultados obtenidos.

El capítulo VII contiene la discusión en la cual se exploran las implicaciones de la investigación en relación a las hipótesis planteadas y por lo tanto, plantea los aportes de esta tesis al cuerpo de conocimientos. También se detallan las limitaciones encontradas durante la investigación y se delimitan las conclusiones y sugerencias o recomendaciones para contribuir a facilitar futuras investigaciones sobre el tema de estudio.

## **1.6.- DEFINICIONES**

Es importante tener muy claras algunas definiciones de términos usados frecuentemente en la tesis. Hemos considerado que las más importantes son:

### **SENSIBILIDAD EMOCIONAL**

La sensibilidad emocional es definida como la capacidad de los individuos para identificar rápidamente emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros. La revisión y propuesta de este nuevo constructo condujo al diseño de la *Escala de Sensibilidad Emocional – ESE-* la cual, además de medir la reactividad emocional negativa de los individuos frente a las circunstancias cambiantes del entorno, amplía su espectro hacia la medición de una dimensión más positiva y adaptativa de la emocionalidad. (Guarino y Roger, 2005),

### **CONSTRUCTO**

Constructo es, en psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica. Un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya definición es difícil o controvertida. Son constructos la inteligencia, la personalidad y la creatividad, por ejemplo.

Bunge (1983) lo define como un concepto no observacional, al contrario de los conceptos observacionales o empíricos, ya que los constructos son no empíricos, es decir, no se pueden demostrar. Estos conceptos no son directamente manipulables, igual que lo es algo físico, pero sí son inferibles a través de la conducta.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

La definición operacional de un constructo se refiere a las operaciones mediante las cuales un investigador determina la presencia o ausencia (o la magnitud) de un fenómeno. Estas operaciones son mediciones o registros numéricos, por ejemplo: los puntajes de los tests para medir inteligencia y otras aptitudes, la longitud del recorrido de un ratón en un laberinto, los tiempos de reacción frente a distintos estímulos, la cantidad de errores que se presentan en alguna actividad motora, la cantidad de palabras memorizada, entre otras. De ahí la ingerencia de las técnicas estadísticas en la investigación psicológica en donde siempre hay que operacionalizar los constructos para poder estudiarlos. (Cortada, 2001)

## **EMPATÍA**

Es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. También es un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Así pues, la empatía describe la capacidad intelectual de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona; posteriormente, eso puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. Es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales. Como tal es un sentimiento objetivo cuyo desarrollo requiere un cierto tipo de inteligencia. Quienes padecen autismo, síndrome de Asperger o determinadas psicopatías ven muy mermada esta capacidad cognitiva; por el contrario, quienes ejercen un liderazgo altruista suelen caracterizarse por el amplio desarrollo de esta capacidad. Los estudios demuestran que esta capacidad suele darse más a menudo en el género femenino de la especie humana,

quizá por el hecho biológico de tener hijos y cuidarlos, aunque no es privativa del mismo. Se corresponde con la llamada inteligencia interpersonal en la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner (1993).

## **EMOCIONES**

El término *emoción* viene del latín *emotio*, *-ōnis* que significa *el impulso que induce la acción*. En psicología se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica como reacciones faciales o pulso cardíaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad, ansiedad, el llanto entre otras. Las emociones son procesos neuroquímicos y cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente — toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación— que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción.

## **INTELIGENCIA EMOCIONAL**

La **inteligencia emocional** es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. El término fue popularizado por Daniel Goleman, con su célebre libro: *Emotional Intelligence*, publicado en 1995. Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar en cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación y gestionar las relaciones.

- Conocer las propias emociones: La conciencia de uno mismo, es la capacidad de controlar sentimientos de un momento a otro, es fundamental para la penetración psicológica y la comprensión de uno mismo. En este punto los autores coinciden manejado este punto por los demás como auto-conocimiento.
- Manejar las emociones: E la capacidad de manejar sentimientos para que sean adecuados, es una capacidad que se basa en la conciencia de uno mismo. Este punto se maneja como lo veremos como Auto- control, tal vez medular de esta Inteligencia que como vimos depende también de cuestiones fisiológicas.
- La propia motivación: capacidad de ordenar las emociones al servicio de un objetivo esencial. Llamado también Auto-motivación que es buscar los motivos por los que hago las cosas.

- Reconocer las emociones de los demás: la empatía es autoconciencia de las emociones de los otros. Punto en el que se busca en parte social del manejo de las emociones, saber que siente el otro, me da la pauta para empezar a pensar en los demás.
- Manejar las relaciones y la capacidad de manejar las emociones de los demás. Es la adecuación a nuestro ser social, parte esencial del desarrollo con los demás.

## **SALUD MENTAL GENERAL**

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2009)

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas *condiciones de salud mental*. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

- **Nivel individual** - Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
- **Nivel comunitario** - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario.
- **Nivel oficial** - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

## AYUDA TERAPEUTICA

Es también llamada ayuda psicoterapéutica, asesoramiento, intervención terapéutica entre otras. Cualquiera de los términos hace referencia a un sistema de ayuda interpersonal que se inicia con un análisis del paciente o cliente, destinado a identificar procesos de pensamiento, sentimientos y acciones que resultan contraproducentes de algún modo. (Dyer y Vriend,1995) Además, el asesor o terapeuta ayuda al cliente a encontrar otras alternativas de pensamiento, sentimientos y acciones, estableciendo objetivos que el cliente pueda alcanzar de una manera real.

Dyer y Vriend formulan una serie de supuestos básicos en relación a la definición anterior. Estos supuestos son los siguientes:

- La eficacia del asesoramiento viene determinada por un cambio positivo en el cliente, observable fuera del ámbito de asesoramiento.
- Todo se enfoca hacia el cliente. Así, el cliente es el elemento decisivo de los dos que participan en el asesoramiento, pues es la razón de que exista la relación y la actividad.
- El asesor o terapeuta no puede limitarse a hacer lo que surja de forma natural, sino que el terapeuta ha aprendido técnicas y métodos concretos a emplear por los resultados que se sabe producen dichas intervenciones. Aquí es importante la preparación y la experiencia del terapeuta.
- La ayuda terapéutica es trabajo, probablemente el más difícil y también el más gratificante al que puedan consagrarse dos personas. El cliente debe trabajar para conseguir los cambios. A veces el proceso resulta doloroso para el cliente y puede resistirlo o eludirlo. Es tarea del terapeuta manejar esta resistencia al cambio.
- El terapeuta es el individuo capacitado y competente en la relación. Por eso debe estar en constante aprendizaje, en perenne evolución. Su formación solo culmina con la muerte.
- El cambio de conducta en el cliente no se produce de un modo misterioso, sino a través de aprendizaje de técnicas que han sido motivadas y guiadas por el terapeuta.

- Todo el proceso terapéutico persigue su propia disolución. Con las técnicas aprendidas llega el momento en el cual el cliente no necesita a su terapeuta o asesor.

## **PERSONALIDAD**

Etimológicamente personalidad viene de la palabra persona, sinónimo de máscara, vestido o disfraz utilizado en el teatro antiguo griego, refiriéndose a la parte exterior que observamos de los demás (Pelechano, 1999)

La personalidad puede sintetizarse como el conjunto de características o patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

La personalidad persiste en el comportamiento de las personas congruentes a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo caracteriza como independiente y diferente.

### **1.7.- DIFICULTADES ENCONTRADAS**

Fueron varias las dificultades encontradas durante la realización de la presente tesis, las cuales se señalan a continuación.

- Algunos profesores no permitieron la realización de las encuestas a sus estudiantes, debido a que debían conceder 45 minutos al inicio o final de la clase, y argumentaron que les faltaban muchos temas del programa.
- Lo anterior produjo dificultades, pues ninguna asignatura del primer semestre pudo ser encuestada,
- Se realizaron 304 encuestas, de las cuales 20 fueron excluidas del estudio por tener datos incompletos,
- Los constantes disturbios por protestas del sector profesoral, estudiantil, administrativo y obrero, debidos a múltiples solicitudes, afectaron en especial, la realización de los talleres que se aplicaban después de evaluados los

cuadernillos con las encuestas. Así, de seis secciones que debían recibir el taller, solo 3 pudieron hacerlo.

## **1.8.- BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA FACULTAD DE FARMACIA Y**

### **BIOANÁLISIS.**

Durante el gobierno del General Joaquín Crespo, el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela promulgó la Ley de Farmacia, la cual creaba las Facultades de Farmacia en tres Universidades de Venezuela: la Central de Caracas, la del Zulia y la de los Andes. El decreto, con fecha 30 de Junio de 1894 establecía que las Facultades de Farmacia dependerían de las Facultades de Medicina y estarían dirigidas por los farmacéuticos titulares residentes en el lugar donde estuviera la universidad. El curso de Farmacia lo constituirían cuatro cátedras: la cátedra de Física General, Calor y Electricidad, la de Química Inorgánica y Orgánica y Química Analítica aplicada a la Farmacia; la de Botánica, Zoología y Mineralogía; y la de Farmacología y Toxicología. Según el decreto, las Universidades otorgarían los grados de Bachiller y de Doctor en Farmacia. Cuatro meses después de promulgado este decreto, el 24 de octubre de 1894, hace ya 115 años, el Dr. Caracciolo Parra y Olmedo, el “Rector Heroico”, inauguró la Facultad de Farmacia de la Universidad de Los Andes, dependiente de la de Ciencias Medicas. En el salón de Actos de la Institución se reunieron los farmacéuticos de la ciudad de Mérida, Dr. Ramón Parra Picón, Dr. Adolfo Briceño Picón, Sr. Pierre Henri Bourgoïn y Sr. Enrique Colmener. Se procedió a la elección de las autoridades y resultaron elegidos Presidente de la Facultad el Dr. Briceño Picón, como Vicepresidente el Dr. Parra Picón y como Secretario el farmacéutico Pierre Henri Burgoin.

Después de la Independencia, el gobierno republicano encabezado por Simón Bolívar se propone reformar los viejos reglamentos coloniales de la Universidad de Caracas para adaptarla a los nuevos tiempos. En efecto, el 24 de junio de 1827 el Libertador promulga los Novísimos Estatutos de la Institución, ahora denominada Universidad Central de Venezuela. Se incluye la Facultad Médica y en su pensum la Farmacia como materia. La Facultad Medica y no el Protomedicato seria entonces la encargada de examinar y dar los títulos de médico cirujano, boticario, sangrador y partera. Estaba conformada la Facultad por dos clases de catedráticos: los propietarios, que eran siete y poseían títulos de Cirujano, Médicos y Boticarios, y aquellos que habían sido examinados y aprobados por la Facultad Médica. Además de la labor docente, a la

Facultad Medica se le asignaron funciones de cuerpo legislador Como tal, dictó algunas leyes y reglamentos relacionados con el ejercicio de la Farmacia, entre estos la Ley de Arancel del 10 de Marzo de 1836 relativa a drogas y el Reglamento de Boticas y Droguerías de 1840, que además de fijar las normas para el ejercicio profesional de la Farmacia, trataba de controlar la competencia desleal y el comercio ilícito de medicamentos y buscaba impedir los desmanes de curanderos, hechiceros y charlatanes, tan numerosos en la época. La Facultad Medica también se ocupaba, en la segunda mitad del siglo XIX, de inspeccionar las boticas y fijar los precios de las medicinas.

No obstante, en abril de 1904 el Código de Instrucción Publica elimina de las Universidades las Facultades de Farmacia, y deja vigente solo una Escuela de esta especialidad, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

En ese lapso de diez años (1894-1904) habían egresado de la Universidad de los Andes con el titulo de Doctor en Farmacia siete bachilleres: Pablo Emilio Uzcátegui, Braulio Dávila, Juan Pablo Franco, Horacio Guerrero, Lope María Tejera, Francisco Valeri y José del Carmen Uzcátegui. También obtuvieron el doctorado los farmacéutas Pierre Bourgoïn y Enrique Colmener. El haber graduado tan pocos estudiantes fue tal vez lo que influyó en la decisión del gobierno de Cipriano Castro de cerrar la Facultad de Farmacia de nuestra universidad.

Durante trece años estuvo clausurada la Facultad de Farmacia, hasta el 5 de junio de 1918 cuando el Rector Diego Carbonell la reabrió, ahora como escuela, adscrita ya no a la Facultad de Medicina que permanencia cerrada desde 1905, sino al Rectorado. Esta vez se inscribieron nueve estudiantes quienes se graduaron en 1922.

La irremediable carencia de alumnos obligo nuevamente, en 1923, al cierre de los estudios farmacéuticos hasta 1925. En Enero de ese año fueron reiniciados por el Rector Diego Bernal Osorio.

En Marzo de 1928, el Presidente Juan Vicente Gómez dictó un decreto en el que ordenaba construirle a la Universidad los edificios que requería y reabrir la Facultad de Ciencias Medicas con las Escuelas de Medicina, Farmacia y Dentistería. Probablemente influyeron en esta favorable decisión hacia la Universidad de Los Andes los sucesos de



1928 en Caracas, protagonizados por un importante grupo de estudiantes y por los cuales Juan Vicente Gómez ordenó el cierre de la Universidad Central en Caracas.

Ese mismo año, hacia el 27 de Julio, se promulga la ley del Ejercicio de la Farmacia, que regula entre otras materias no solo la práctica de la profesión sino también la publicidad de medicinas, el despacho de fórmulas y los turnos farmacéuticos. A esta ley le siguió la de Narcóticos de Junio de 1930, derogada en 1934 por la Ley de Estupefacientes.

En 1941, durante el gobierno del General Eleazar López Contreras, el Congreso Nacional elevó las Escuelas de Farmacias de las Universidades Central y de los Andes a la categoría de Facultades. Se les modificó el pensum y se aumentaron a cinco los años de estudio. Al año siguiente, el 11 de Febrero de 1942, el Rector Gabriel Picón Febres hijo, instaló solemnemente la Facultad de Farmacia de la Universidad de los Andes. En el mismo acto recibieron el título de Doctor los distinguidos profesores de la Escuela Farmacéuticos Enrique Bourgoïn, José Francisco Valeri, Carlos Edmundo Salas, Ramón Briceño Perozo, Pablo Paredes Vivas y Ramón Masini Osuna.

Digno de resaltar es el hecho de la graduación en 1935, de las primeras mujeres Farmacéuticas en nuestra universidad. Durante más de un siglo los estudios superiores en Mérida habían sido privilegio exclusivo de los varones provenientes de las familias de la élite. En el año 35 egresaron con el título de Farmacéuticas las bachilleres María Dolores Quintero Torres y Olivia Díaz Albarrán, nativas de la ciudad de Mérida, a quienes podemos calificar con toda justicia, de precursoras, pues marcaron para la posteridad una senda a seguir. Merecen hoy día recordación y enaltecimiento.

En 1947 la Facultad de Farmacia funda, adscrito al Departamento de Química Orgánica, el “Laboratorio de Investigaciones Químicas “, que se desarrolla y se convierte ocho años más tarde en uno de los fundamentos para la creación del “Instituto de Investigación Química.

En 1950, durante el rectorado del Dr. Eloy Dávila Celis, ocurre un hecho notable que testimonia el desarrollo paulatino y sostenido de la Facultad de Farmacia y constituye uno de los momentos más importantes de su evolución. Es la fundación de la “Escuela Politécnica de Laboratoristas” (ESPOLA), a instancias del Profesor Carlos Edmundo

Salas, quien logra que el Consejo de la Facultad apruebe su creación. Con un plan de estudios de 3 años de duración la Escuela aspiraba a formar Laboratoristas para los centros de salud y para el área de investigación. Nació esta Escuela adscrita a la Facultad de Farmacia y su labor fue exitosa desde un principio.

En vista del desarrollo e importancia que adquiere, la Escuela Politécnica de Laboratoristas (ESPOLA) es elevada a la categoría de Escuela Universitaria, dependiente de la Facultad de Farmacia, el 9 de Marzo de 1956, por acuerdo del Consejo Académico de la Universidad de Los Andes. Adquirida esta categoría, la ESPOLA se erige en “Escuela de Bioanálisis” en septiembre de 1956, por Resolución del Consejo de Universidades.

Un año antes, el 17 de octubre de 1955, se había creado en la Facultad de Farmacia lo que se definió como “una asociación de cátedras afines cuyos campos y materiales de trabajo en cuanto a la investigación y a la docencia están íntimamente ligados con la Química, con el objeto de lograr una mayor coordinación que facilite la realización de trabajos experimentales y de investigación...” A esta asociación, adscrita a la Facultad de Farmacia, se le denominó “Instituto de Investigación Química” y se constituyó con seis cátedras de dicha Facultad y cuatro de la Escuela Politécnica de Laboratoristas. Estaba dirigida por un Director y un Consejo Técnico. “la Facultad de Farmacia - dice el decreto de creación - buscará en lo posible atraer al seno del Instituto las Cátedras relacionadas con la Química dependientes de otras Facultades.”

Finalizando la primera mitad del siglo XX la situación de la Facultad era la siguiente, según el testimonio del Dr. Carlos Chalbaud Zerpa: “La Facultad de Farmacia, con dos Escuelas y un Instituto de Investigación Química era conocida en toda Venezuela, pues no había un solo estado de la República donde no se tuviese representación de al menos un Farmacéutico o un Bioanalistas en ejercicio de la profesión. Una de las Escuelas era propiamente la de Farmacia y otra la de Bioanálisis. Por cuanto se refería específicamente a los farmacéuticos, siendo Venezuela un país de inmensos recursos naturales y de dilatada extensión en proceso vasto desarrollo, la carrera presentaba una variedad de oportunidades, desde las estrictamente comerciales en el ejercicio diario de la profesión, hasta las más destacadas en el campo de la docencia, de la investigación y de la industria. En el Instituto de Investigación Química, bajo la dirección de

competentes químicos, se realizaban trabajos iniciales sobre la elaboración de papel con material venezolano.”

Derrocado el gobierno de Marcos Pérez Jiménez, en 1958, la Universidad de Los Andes inicia una nueva etapa de su historia. La Facultad de Farmacia no es ajena a ese proceso, que significa para ella el encauzamiento definitivo hacia su modernización. No vamos a referir en detalles los sucesos que han marcado la evolución de esta Facultad desde 1958, sin embargo son dignos de mencionar algunos hechos resaltantes tales como la modernización y complejización de la estructura de la Facultad; el cambio de régimen de estudios anual por el de semestre; la reformulación de los planes curriculares tanto de Farmacia como de Bioanálisis; la armonización de los currículos con los de otras Facultades de Farmacia tanto nacionales como extranjeras; el establecimiento de vínculos y convenios con universidades de distintas latitudes; la capacidad de un buen número de sus docentes en cursos de postgrado dentro y fuera del país; el desarrollo de una amplia política de extensión; el incremento del número de trabajos científicos (al respecto se habían desarrollado casi 40 líneas de investigación); los convenios con el Ministerio de Sanidad, entre ellos el plan conjunto de actividades con el Hospital Universitario de Los Andes, que incluye pasantías para los estudiantes de la Facultad; los convenios con otros entes públicos nacionales; el desarrollo de proyectos de elaboración de medicamentos tanto para los servicios cooperativos de salud, como para CAMOULA (Centro de Atención Médico Odontológica de la ULA) y la Farmacia piloto de la ULA; la participación en el programa de Medicina Familiar; el incremento de la plantilla de profesores; la ampliación de la planta física, entre otros. Mención especial merece el contrato de acceso a los recursos genéticos del Amazonas venezolano firmado con el Ministerio del Ambiente el cual abre a la Facultad de Farmacia inmensas posibilidades en el campo de la investigación sobre las plantas medicinales.

Por sus logros científicos, docentes y de extensión la Facultad de Farmacia ha sido merecedora de reconocimiento por instituciones académicas y organismos públicos y privados.

Hoy día la ahora llamada Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de los Andes, ya centenaria, goza de prestigio en el país por su modernización, por el aporte que hace a la ciencia, a la salud, a la industria y primordialmente a la enseñanza, y por

su orientación dirigida a responder a las exigencias de la Venezuela del siglo XXI. Por sus aulas y laboratorios han pasado hombres y mujeres de calidad humana y científica excepcional cuya huella será siempre imborrable.

Para finalizar, en este capítulo quedaron sentadas las bases para la elaboración de la tesis doctoral. Introdujo brevemente en los antecedentes del tema de estudio, se plantearon los objetivos e hipótesis y se justificó la investigación. Luego se presentaron las definiciones más importantes por su relación con el tema a tratar, se describió brevemente la metodología y el procedimiento general a utilizar en el desarrollo de la tesis. Se señalaron las dificultades encontradas en la elaboración de la investigación. Por último, se hizo una corta reseña histórica de la evolución de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis a través de diferentes períodos políticos hasta llegar a estos albores del siglo XXI, en un esfuerzo para ubicar al lector en nuestra realidad y momento histórico.

## CAPITULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA.

### ASPECTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS

2.1. CONSIDERACIONES SOBRE INDICADORES SOCIALES EN VENEZUELA Y AMERICA LATINA.

2.2.- LA JUVENTUD COMO OBJETO DE ESTUDIO

2.3.- RESUMEN DE ALGUNOS LOS ESTUDIOS SOBRE SALUD MENTAL REALIZADOS EN VENEZUELA.

2.4.- ASPECTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS DE LA SALUD MENTAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y NECESIDADES EXISTENCIALES

2.5.- DESAFÍOS EN SALUD Y DESARROLLO PARA ADOLESCENTES PARA LA PROXIMA DÉCADA

## **CAPITULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA. ASPECTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS**

#### **2.1. CONSIDERACIONES SOBRE INDICADORES SOCIALES EN VENEZUELA Y AMERICA LATINA.**

Venezuela se encuentra actualmente en una encrucijada económica, social y política. Su economía, tradicionalmente dependiente de los precios del petróleo, no se ha

diversificado y es muy vulnerable a la inestabilidad del mercado internacional. Las condiciones sociales de este país relativamente privilegiado empezaron a deteriorarse en el decenio de 1980. Las desigualdades en los ingresos de los trabajadores son muy marcadas. En el decenio de 1990 aumentaron los niveles de pobreza, que en 1998, ya afectaba aproximadamente a la mitad de las familias venezolanas. **Fondo de Población de las Naciones Unidas** (UNFPA, 2007)

Venezuela actualmente tiene una población de 27 millones de habitantes y su nivel de urbanización, de más del 90%, es uno de los más altos del mundo. La tasa global de fecundidad es del 2,7%, y la tasa de crecimiento demográfico anual, del 1,8%, siendo ambas elevadas. Aproximadamente el 39% de los nacimientos ocurren en madres adolescentes. La proporción de mortalidad derivada de la maternidad, de 60 por cada 100.000, se ha mantenido constante durante los últimos 10 años. Aunque el sistema de salud proporciona cuidados en casi todo el país, se calcula que el 40% de las muertes derivadas de la maternidad son atribuibles a insuficiencias de los servicios de salud reproductiva de la red de atención primaria de la salud.

El 47,3% de las mujeres de 15 a 49 años utilizan anticonceptivos, siendo el porcentaje de sólo el 10,6% en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. Por otra parte, más del 80% de las personas que utilizan anticonceptivos los obtienen por medio de servicios privados. Los abortos realizados en condiciones inseguras son una práctica habitual y muy preocupante. (UNFPA, 2007)

El sistema educativo también tiene deficiencias que se muestran en las elevadas tasas de deserción y de fracaso escolar y el bajo nivel de matrícula en la educación secundaria.

El último Censo Nacional fue realizado en el año 1998 y son estos datos los que encontramos para estudios especiales de población en la página web [www.gobiernoenlinea.com](http://www.gobiernoenlinea.com) en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela, (SISOV) el cual corresponde a un conjunto de información sistemática e integrada, para la conceptualización, operacionalización y medición, mediante un grupo de indicadores sociales, de la multiplicidad de aspectos que conforman la calidad de vida. Además, permite un manejo interactivo y consultas georeferenciales de datos provenientes del Censo Indígena y del Censo de Población y Vivienda del año 2001.

El propósito fundamental del SISOV es garantizar al país una herramienta que promueva la elaboración, difusión y la utilización de indicadores sociales relevantes, consistentes y oportunos, que permita:

- 1.- Diagnóstico del desarrollo humano.
- 2.- Facilitar el análisis de los determinantes de la calidad de vida.
- 3.- Dar una visión de conjunto, multisectorial del desarrollo humano.
- 4.- Contribuir al mejoramiento de la información primaria.

Algunos de los datos relevantes que se observaron fueron los siguientes:

- **DESERCIÓN ESCOLAR** Se considera población en edad escolar, al número total de personas cuya edad está comprendida entre los 3 y los 26 años. Para el cálculo del indicador no se incluyen las personas en edad escolar que culminaron la educación media diversificada y profesional, ni aquellas con nivel educativo superior. La información corresponde a las respuestas dadas a las preguntas # 65, # 102 y # 103 del cuestionario de la ENSO 98. No se incluyen en el total aquellas personas que no aplican, no responden o no recuerdan.

Quintiles de Ingreso	Se puso a trabajar	Va a tener un hijo o se caso	No quiso seguir estudiando	Otro	Total
1	15,7	10,5	47,3	26,6	100,0
2	22,4	12,8	40,1	24,7	100,0
3	26,9	12,0	41,0	20,1	100,0
4	33,1	10,3	41,4	15,2	100,0
5	35,1	8,2	38,1	18,5	100,0
TOTAL	26,2	11,1	41,5	21,1	100,0

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Social 1998 ( CENSO98).

Podemos observar que la tasa de deserción escolar varía desde 10,5 hasta 41,5, siendo la causa más frecuente de deserción “no quiso seguir estudiando”, seguido de “se puso a trabajar”. Otras causas tienen como valor un 21,1 y “va a tener un hijo o se casó” 11,1,

- **TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR POR GRUPOS DE EDAD**

Semestre	3-5	6-14	15-17	18-21

1S 2003	52,6	94,4	69,5	37,2
2S 2003	58,1	95,0	68,7	39,0
1S 2004	54,5	95,5	75,9	44,3
2S 2004	58,8	94,7	75,0	44,9
1S 2005	54,9	95,3	75,6	47,0
2S 2005	59,7	95,9	75,9	48,0
1S 2006	56,5	96,2	77,6	47,9
2S 2006	61,2	96,7	76,5	50,2
1S 2007	60,6	96,8	80,3	52,0
2S 2007	64,7	96,8	77,9	49,9

Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela, (SISOV)

La información corresponde a las respuestas dadas a las preguntas # 20 y # 27 del módulo personas del cuestionario de la Encuesta de Hogares por Muestreo.

Independientemente del nivel educativo al que asistan, los grupos de edad de la población considerados son

3 - 5 años.

6 - 11 años.

12 - 16 años.

18 - 23 años.

El último grupo de edad se cierra en 23 años debido a que es la edad máxima considerada para la realización de las preguntas en la Encuesta de Hogares por Muestreo. No se incluyen aquellas personas que no aplican, las que no responden, y las que no recuerdan; y los valores que presentan inconsistencias.

Podemos observar que la mayor tasa de asistencia escolar corresponde al grupo de 6-14 años, con valores que oscilan desde 94,4 hasta 96,8, Le sigue en orden de importancia el grupo de 15-17 años con tasas que oscilan entre 68,7 y 80,3. El grupo de 18-21 años, en el cual se encuentran la mayoría de los universitarios es el valor más bajo en la tasa de asistencia con valores entre 37,2 y 50,2.

- **ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO.**



Es importante tener un índice cuantitativo sencillo que permita medir el grado medio de adelanto del país en lo concerniente a las capacidades humanas básicas, que permitan a la población obtener una vida larga y saludable, educación y conocimiento y un nivel de vida decoroso.

Es un índice que resume información de tres dimensiones emparentadas con el concepto de desarrollo humano, siendo estas: Salud (Esperanza de vida), Educación (logro educativo) e Ingreso (Ingreso per cápita).

En el ámbito internacional el PNUD ha venido clasificando a los países de la siguiente forma:

Alto desarrollo humano Índice mayor o igual a 0,800.

Medio desarrollo humano Índice mayor o igual a 0,500 y menor de 0,800.

Bajo desarrollo humano Índice menor a 0,500.

Año	Idh
1998	0,7793
1999	0,7792
2000	0,7822
2001	0,7973
2002	0,7941
2003	0,7880
2004	0,7996
2005	0,8080
2006	0,8201
2007	0,8263

Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela, (SISOV)

Según las cifras oficiales del gobierno venezolano el índice de desarrollo humano ha presentado variaciones desde 0,7793 en el año 1998 hasta 0,8263 en el año 2007, lo cual sitúa a Venezuela en un idh alto.

Estas cifras podrían ser cuestionadas pues no toman en cuenta variables que son ahora importantes en el cálculo de este índice. Así, Lechner Norbert (2000), realiza una evaluación del índice de desarrollo humano en Chile, encontrando una situación paradójica, pues con un idh de 900, este no se manifiesta en la subjetividad de los ciudadanos. Encontró en su investigación que a pesar del alto nivel de desarrollo económico, educativo y salud medido por índices macroeconómicos en el país, las personas no lo perciben de manera subjetiva, pues aun cuando tienen la seguridad de no pasar hambre y que se les respetan sus derechos humanos, tienen miedo a la exclusión, miedo al otro y miedo al “sin sentido”.

Lechner conceptualiza estos miedos, señalando que el miedo a la exclusión hace referencia a que los sistemas de salud y previsión no les brinden una protección adecuada contra los infortunios de la vida. Tampoco confían en poder aprovechar las oportunidades brindadas por el desarrollo del país en términos de educación y empleo. Dicha percepción no es arbitraria. Señala Lechner que los sistemas funcionales no garantizan equidad en la prestación de servicios y que esto produce malestar, sentimientos de desvalidez en las personas.

Ahora, en cuanto al miedo al otro, esto es a la delincuencia, este es muy superior a las tasas reales de criminalidad. La percepción del extraño como un potencial agresor, refleja la debilidad del “nosotros” Refiere que las identidades colectivas han perdido su anclaje material y simbólico, siendo ocupa por una retracción al hogar y un individualismo negativo. Se pierde entonces la sociabilización y se debilita el vínculo social, afectando las relaciones interpersonales. Generando sentimiento de soledad.

El miedo al sin sentido, es explicado por Lechner como aquel por el cual, la experiencia cotidiana (estrés, contaminación, agresión) muestra la vida social como un proceso caótico, el cual produce en las personas la dificultad para desarrollar un “sentido de orden”, el cual a su vez se relaciona con la incapacidad de tener un “sentido de vida” individual.

En síntesis, Lechner refiere que la gente común percibe que ella ni es el sujeto de una modernización que parece avanzar a sus espaldas, ni es el beneficiario de las nuevas

oportunidades. Logar el desarrollo humano plantearía un desafío importante: poner las exigencias de la modernización en relación con la subjetividad de los ciudadanos.

Al respecto, Labra (2002) refiere que el capital social es un factor importante para el desarrollo humano y para lograr ese engranaje entre políticas de Estado y la subjetividad. Precisa que los países que aún viven en sistemas políticos autoritarios, con corrupción y sistemas democráticos dudosos, son aquellos que no han invertido suficiente en capital social. La definición de capital social es compleja, pero podría sintetizarse como aquella que se refiere a los sistemas horizontales de participación cívica, que pueden ser asociaciones comunitarias, orfeones, cooperativas, equipos deportivos, partidos político y otros, cuyas características básicas de intercambio social sean la confianza, la reciprocidad y cooperación, siendo la reciprocidad generalizada y asidua, un componente altamente productivo, porque facilita la solución de los dilemas de la acción colectiva. (Puttnam, 1996. Citado por Labra 2002).

La confianza en estos sistemas de acción cívica horizontal dependen del legado histórico del país. Así, la acumulación de experiencias exitosas de unión y cooperación entre la gente y las instituciones del gobierno, refuerzan conductas de confianza recíproca, aumentando los recursos morales por el uso de los mismos (disminuyendo con el desuso), dependiendo de estos últimos la creación de círculos virtuosos o de círculos viciosos. (Labra, 2002).

Por otra parte, Prats (2001) refiere que el término de “governabilidad” se relaciona con los problemas del desarrollo, superando a los problemas específicos de la acción de gobierno ( por ejemplo, las relaciones del ejecutivo con los demás poderes de Estado), y se proyecta ampliamente como una capacidad social, como atributo colectivo de toda la sociedad para dotarse de un sistema de gobierno que empuje “el carro” de los objetivos del desarrollo humano. Entonces, un sistema social es gobernable, cuando está estructurado políticamente de modo tal que todos los actores estratégicos se interrelacionen para tomar decisiones colectivas y resolver los conflictos conforme a un sistema de reglas y de procedimientos formales o informales, pero institucionales, dentro del cual formulan sus expectativas y estrategias. Refiere el autor que cuando la meta valor que está en juego es conseguir elevar los niveles del desarrollo humano, más allá del mero crecimiento económico, es indispensable un marco de gobernabilidad

democrática. Esto incluye el hecho de evitar el retorno al autoritarismo de los gobiernos. Así, el autoritarismo impide la gobernabilidad, pues impide las interrelaciones entre los factores estratégicos de la sociedad para la toma de decisiones y por lo tanto impide el desarrollo humano.

En cuanto a la importancia del Índice de Desarrollo Humano, Rey (2002) expone que este indicador se ha ido desarrollando con la incorporación de varias disciplinas y una gran cantidad de prácticas sociales. Su importancia radica en que permite la cuantificación del desarrollo humano a través de indicadores nacionales e internacionales, permitiendo constataciones internas, comparaciones y jerarquías dentro del entorno internacional, y por supuesto, permite promover y ejecutar planes de intervención no solo de los gobiernos sino también de los bancos y otros organismos globales.

En cuanto a las características que debe tener el desarrollo humano, algunas instituciones internacionales y en especial el PNUD (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Citado por Rey, 2002) han determinado las siguientes:

- El desarrollo humano se centra en el progreso de la vida y el bienestar humanos, es decir, en una valoración de la vida.
- El desarrollo humano se vincula con el fortalecimiento de determinadas capacidades relacionadas con toda la gama de cosas que una persona puede ser y hacer en su vida; en la posibilidad de que todas las personas aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el cultural, el económico y el político, es decir en un fortalecimiento de sus capacidades.
- El desarrollo humano tiene que ver con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo. Se incluyen las libertades que tienen que ver con necesidades corporales (morbilidad, nutrición), las oportunidades habilitadoras (educación, lugar de residencia), las libertades sociales (participar en la vida de la comunidad, en el debate público, en la adopción de las decisiones políticas), es decir, el desarrollo humano tiene que ver con la expresión de las libertades civiles.

- El desarrollo humano está asociado a la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo, es decir, con su constitución como sujetos.

También debemos señalar que en cuanto a las imágenes contemporáneas relacionadas con el desarrollo humano, tenemos a todas aquellas relacionadas con la afirmación de los derechos civiles y de la ciudadanía, la recreación de la democracia, las ganancias obtenidas por los movimientos feministas o en general por las luchas de las minorías, la conformación de sociedades multiculturales, todas las cuales son hitos del desarrollo humano. Pero la imagen más devastadora de la falta de desarrollo humano es la pobreza. La pobreza bajo los conceptos actuales, no se refiere solo a la carencia de recursos económicos, sino que se extiende a otras dimensiones de la vida humana: las dificultades de presencia en la vida pública, la nula participación en las decisiones sociales, las barreras para el acceso a la educación de calidad y a la permanencia en los ciclos normales de formación y el desconocimiento de los valores culturales, entre otros. (Rey, 2002).

Finalmente, no se puede aceptar como real el hecho de que el índice de desarrollo humano en Venezuela sea cercano al de países desarrollados como Alemania, Suecia y Canadá sin tomar en cuenta las premisas anteriormente relatadas. Este alto índice de desarrollo humano en Venezuela toma en cuenta únicamente variables como la esperanza de vida, el índice de analfabetismo y el ingreso per cápita. Bien valdría la pena evaluar la subjetividad del venezolano en cuanto a exclusión, miedo al otro, miedo al sin sentido y además, evaluar con objetividad los parámetros señalados por el PNUD que deben cumplirse para hablar de verdadero desarrollo humano.

## **2.2.- LA JUVENTUD COMO OBJETO DE ESTUDIO**

En las últimas dos décadas la juventud se ha convertido en objeto de estudio de interés de varias áreas principalmente en el campo de las ciencias sociales, tanto en los países norte americanos como en los europeos, y también de forma tímida en los países de América Latina. Mediante estos estudios se intenta comprender varias problemáticas sociales de los jóvenes, conceptualizándola de muy diversas maneras y con categorías notoriamente complejas, hasta el punto de que no es fácil escapar a este obstáculo

conceptual tan cargado de formulaciones y reformulaciones, de planteamientos interdisciplinarios complejos y no concluidos, que dificultan cada vez más la decisión en elegir una definición adecuada de juventud. Tanto es así, que dan origen a un gran número de publicaciones que parecen excesivamente basadas en reflexiones personales. En medio de tantas definiciones, la única cuestión que todos los estudiosos del área comparten es la pluralidad de la definición de juventud, dificultando una discusión clara en este campo de estudio (Pereira Da Silva, 2006)

En este sentido, Maddaleno y otros (2003), consideran que la salud de adolescentes (10 a 19 años de edad) y de jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando la conducta de los adolescentes es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo hacen en años posteriores. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas inadecuadas iniciadas en la adolescencia.

Actualmente disponemos de amplia información y experiencia sobre la estructuración de planes, programas y servicios para justificar la inversión en este grupo etáreo. Si bien el objetivo de esta inversión es contribuir al bienestar de los jóvenes en general, hay que recordar que no se puede considerar a la “juventud” como una categoría homogénea. La población joven es un conjunto heterogéneo y diverso, con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y económico, vida urbana y rural, las cuales merecen ser exploradas. Al igual que se habla de “juventudes” en todas sus variantes, no hay que limitarse a tratar a adolescentes y jóvenes cuando ya exhiben comportamientos indeseados; se debe trabajar dentro de un contexto más amplio de promoción de salud y desarrollo humano. (Maddaleno y otros, 2003)

El desarrollo se define como un proceso continuo a través del cual los niños y adolescentes satisfacen sus necesidades y desarrollan competencias, habilidades y redes sociales. Para conseguir un desarrollo pleno, son claves el acceso a la salud y el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social, además del apoyo a las familias y comunidades para que guíen el desarrollo de los jóvenes. La información recolectada hasta el momento servirá para desbancar mitos y desacuerdos institucionales que impiden la promoción de la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes.

### **Situación actual de salud de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe**

Se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad aumentó 138% en la Región. Los datos de la Comisión Económica para América Latina (Cepal) estiman que en 1999, la población de 10 a 19 años representaba 21% de la población total de la Región, siendo la distribución homogénea por sexo. Por otra parte, se estima que en el año 2000, el 80% de la población joven (10 a 24 años) vive en áreas urbanas. El deterioro de las condiciones de vida de la población ha afectado en mayor medida los hogares donde existen niños y adolescentes tanto en áreas urbanas como rurales. Se estima que la pobreza en el año 2000 alcanzó a un 56% de los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad en América Latina.

Las variables sociopolíticas en los jóvenes de Latinoamérica y el Caribe evaluadas por Maddaleno y otros en el año 2003, incluyeron la educación, el empleo, la familia, la salud general, la salud sexual y reproductiva, el abuso de sustancias, la salud mental y los servicios. Vale la pena desarrollar algunas de ellas por su importancia en el tema tratado en esta tesis.

#### *Educación*

El nivel de educación de la juventud de Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha experimentado mejorías en las últimas décadas. En 1970, el 26% de la población de más de 15 años de edad era analfabeta; se estima que sólo 12% lo era en el año 2000. Los porcentajes de analfabetismo en jóvenes de 15 a 19 años de la Región fluctúan entre 12.4 a 0% con un promedio de 2.3%. Además, jóvenes de esta generación están

completando más años de educación que sus padres. Aun así, sólo jóvenes del área urbana completan los 12 años de educación necesarios para superar la pobreza durante la vida activa. Se debe señalar que el 60% de los niños y adolescentes que no van a la escuela provienen de áreas rurales. En una encuesta realizada en 15 países de la Región se estimó que para el año 2000, cerca de la mitad de la población de 20 años de edad habría abandonado los estudios sin terminar la secundaria; los porcentajes son mayores en las familias de menores ingresos. Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región al menos uno de cada 10 jóvenes comienza una carrera universitaria. La mayoría de los países ha mejorado el acceso a la educación básica para las mujeres. Un buen ejemplo es que las mujeres en la Región tienen una mayor probabilidad de asistir a la escuela con los varones de su misma edad que en algunos países en desarrollo.

### *Empleo*

Entre 1997 y 1999, el desempleo urbano en América Latina aumentó de 7.3 a 8.7% en la población activa. Los jóvenes de 15 a 19 años de edad representan entre 40 y 50% de la población económicamente activa. Encuestas realizadas en 15 países de la Región muestran que 12 a 40% de jóvenes de clase baja y sólo 2 a 10% de clase alta no estudia ni trabaja. Por otro lado, se estima que existen aproximadamente 10 millones de niños y niñas menores de 14 años de edad que trabajan ilegalmente sin ninguna clase de beneficios y bajo condiciones de trabajo inadecuadas.

El 20% de los hogares de América Latina y El Caribe tienen hijos de 13 a 18 años de edad. También se ha demostrado que la incidencia de pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres y Cepal (1999) ha estimado que, desde 1994, aproximadamente uno de cada cinco hogares en América Latina está encabezado por una mujer.

Otro factor importante es que la unidad familiar en El Caribe ha cambiado, y existen nuevas categorías de familia como por ejemplo las “relaciones de visitante”, donde uno de los miembros de la pareja, generalmente el hombre, visita a la pareja y a la familia periódicamente. (Maddaleno y otros, 2003), lo cual sumado al gran porcentaje de mujeres que encabezan los hogares, produce aumento en el riesgo de pobreza y de conductas inadecuadas en los niños y adolescentes,



### *Salud general*

En cuanto a la salud, más del 80% de escolares de 10 a 18 años de edad encuestados en nueve países de El Caribe describió su salud como buena o excelente. La existencia de una buena comunicación familiar se identificó como un factor de protección de la salud en general. Así, el riesgo asociado con tener problemas de salud era aproximadamente 50% menor en quienes se sentían conectados con su familia. Los problemas de salud que adolescentes de El Caribe identificaron con mayor frecuencia fueron cefaleas, trastornos del crecimiento y trastornos del sueño, asociados en algunos casos con problemas familiares y abuso. Casi 70% de los encuestados estaba conforme con su peso y más de 75% dijo hacer algún tipo de actividad física al menos una vez por semana.

Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con los otros grupos etáreos y la mayoría de las muertes son debidas a causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). En la mayoría de los países, los accidentes de tráfico son la causa más importante de mortalidad en este grupo etáreo.

### *Salud sexual y reproductiva*

Existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes a edades cada vez más tempranas, y la tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por 1 000 en varios países. Se estima que el 50% de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe ha tenido al menos una relación sexual antes de los 20 años de edad. Además, se observa que el porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años de edad que tuvo una relación sexual antes de los 17 años en seis países de la Región puede llegar a un 30% o más. En una muestra representativa de adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe, un tercio dijo haber tenido relaciones sexuales, de las cuales 50% había sido bajo coerción. Durante 1999, una de cada 12 mujeres adolescentes había sido víctima de violencia sexual.

En la encuesta realizada en escolares de 10 a 18 años de edad en nueve países de El Caribe, se indagó sobre la orientación sexual. Aproximadamente 5% de los encuestados

dijo sentirse atraído únicamente por personas de su mismo sexo. Este porcentaje fue levemente superior en los hombres y disminuyó con la edad.

En cuanto a la anticoncepción, la mayor parte de los jóvenes conoce los métodos anticonceptivos. Sin embargo, la situación no es óptima, pues el uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual en mujeres menores de 18 años de edad es bajo, variando entre 23% y 10%. Aun así, tanto en las mujeres como en los hombres, el uso de anticonceptivos aumenta con la edad. Se ha demostrado que las adolescentes de bajos recursos tienen más riesgo de embarazo (80% en área urbana y 70% en área rural). Cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años de edad en 10 países de Latinoamérica y el Caribe ha tenido un hijo antes de los 20 años. Durante 1999, un 35% de los partos ocurrieron en menores de 19 años. . Las infecciones de transmisión sexual afectan al 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes adquieren cada año tricomoniasis, *Chlamydia*, gonorrea o sífilis. La mitad de los casos nuevos del VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años, y la edad promedio de casos está disminuyendo, así, entre 1983 y 1989 era de 32 años; de 1990 a 1992 bajó a 25 años.

Por otra parte, la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años, siendo el alcohol la principal droga de consumo; el 54% de adolescentes encuestados y el 40% de las adolescentes había consumido alcohol.

En cuanto a la salud sexual, es importante evaluar la influencia de los estereotipos de género en los adolescentes. En este sentido, Caricote (2006), se planteó como objetivo reflexionar con un grupo de siete adolescentes de 10-19 años, venezolanos, de la comunidad El Palito de Puerto Cabello, Estado Carabobo, sobre lo que significa ser hombre o ser mujer en nuestra sociedad. Encontraron que los adolescentes tienen información insuficiente y deformada sobre la sexualidad, además, esta información procede mayoritariamente de sus pares, y estos conocimientos no se traducen en comportamientos preventivos en sus prácticas sexuales debido a estereotipos de género. Entre las necesidades expresadas por los adolescentes se encontraron con una gran necesidad de ser escuchados por sus padres y maestros, además se evidenció que los adolescentes tienen mucho miedo y vergüenza de manifestar sus dudas, y viven la sexualidad como un mundo nuevo y atemorizante. En cuanto a los roles del hombre y de la mujer, los adolescentes piensan que el hombre debe iniciar sus prácticas sexuales

mucho más temprano que la mujer, antes de la elección de la pareja con la cual organizará su familia. Además, los varones piensan que deben reprimir las emociones y solucionar los conflictos con la violencia. En cambio, creen que las mujeres deben ser sumisas, obedientes con los hombres y dedicadas al hogar, aún cuando tengan que salir a trabajar y aportar económicamente al hogar. En cuanto a los docentes, Caricote (2006) encontró que el afrontar conversaciones sobre la sexualidad con los estudiantes, es una experiencia movilizadora de temores y culpas, por lo tanto prefieren eludir el tema, darlo por sobreentendido, trivializarlo haciendo chistes, respondiendo con generalidades a preguntas concretas, o pero aún, rodeándolo de un silencio acusatorio que indica al alumno prudencia, y por lo tanto que evite el tema. En cuanto a la situación con los padres de los adolescentes en cuanto a orientación sexual, se observó que le dan valoración moral a las conductas sexuales, impidiendo una adecuada comunicación.

### *Salud mental*

Entre 11 y 33% de jóvenes de la Región refiere tener algún problema de salud mental. Es difícil establecer comparaciones entre los países ya que las encuestas utilizadas difieren de país a país. Los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes. Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos de América (EUA), Uruguay y Venezuela tienen tasas de suicidio en varones de 15 a 24 años de edad que superan los 10 por 100.000 habitantes. En una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe se evidenció que 12% de los encuestados había intentado suicidarse y que 50% había tenido síntomas de depresión. En casi todos los países, las tasas de suicidio de los varones son el doble que las de las mujeres.

El problema de la violencia se agrava cada vez más en la Región. El 29% de las muertes por homicidio en la Región fueron en adolescentes de 10 a 19 años de edad. El caso de Colombia es el más dramático: 15% de las víctimas mortales del total de actos violentos y 20% de los homicidios de toda la Región ocurren en este país. En Nicaragua existen alrededor de 156 grupos pandilleros (maras) de los cuales 69% se ubican en la capital. Un alto porcentaje de adolescentes (7% de las mujeres y 20% de los hombres) había portado un arma en la escuela durante los 30 días previos a la encuesta en los países de El Caribe.

## *Servicios*

En una encuesta efectuada en nueve países de El Caribe, 86% de adolescentes pudo identificar un lugar de atención sanitaria, pero sólo 36% refirió haber visto a un médico en los últimos dos años. Por otro lado, menos de 50% consultó a un odontólogo en los últimos dos años. De hecho, datos de la Organización Panamericana de la Salud muestran que el porcentaje de CPO (caries, pérdidas y obturaciones) a los 12 años de edad llega a 1.1 en Jamaica, 4.4 en República Dominicana y 4.7 en Bolivia. Un estudio realizado en adolescentes varones de nueve países de la Región demostró que los mismos formulan el deseo de tener servicios de salud de calidad con espacios dirigidos específicamente a ellos, que les garanticen confidencialidad y privacidad.

A pesar de la situación descrita de salud y desarrollo, la adolescencia y la juventud aún no figuran como un área prioritaria en la agenda pública. Aunque jóvenes y adolescentes representan un potencial para el desarrollo social y económico de la Región, los gobiernos de muchos países no consideran prioritario invertir en ellos. Esto se debe en parte a que la información existente sobre adolescentes y jóvenes es escasa, y los pocos datos que existen se centran en conductas problema o de riesgo y no están desagregados por edad o sexo. Esta carencia dificulta la realización de estudios comparativos entre comunidades, países o subregiones y las actividades de abogacía específicas para este grupo etáreo. En comparación con los niños y los adultos mayores los adolescentes jóvenes presentan menos morbimortalidad, fomentando así el mito de que éstos no se enferman. Sin embargo, no se tiene en cuenta, por ejemplo, que adolescentes y jóvenes están afectados por problemas de salud sexual y reproductiva y otras patologías, y que las conductas iniciadas en la adolescencia tienen consecuencias futuras en términos de morbilidad.

Podríamos señalar otros factores importantes para desarrollar en la próxima década en relación a los adolescentes y jóvenes. Un ejemplo sería el convencimiento extendido sobre la crisis ética que enfrentan las nuevas generaciones. En España, según una publicación de la Organización Santa María (2005. Citado por Angelucci y otros, 2007) después de la consulta a 4000 jóvenes de 15 a 24 años, observaron que los jóvenes se

valoraban poco, teniendo una imagen disminuida de sí mismos, viéndose como egoístas, consumistas, preocupados solo por el presente y con poco sentido del deber y del sacrificio. Se refugian en lo privado, la familia, los amigos, en el cuidado de la salud y en el ocio como escapatoria. Mostraron poco interés en la política y en la religión.

Pocos estudios hacen referencia a la promoción y desarrollo de los valores en los jóvenes. En el caso de Venezuela existen varias investigaciones al respecto, una de ellas, desarrollada por Zapata (1997. Citado por Angelucci y otros, 2007), aunque no es un estudio exclusivamente dedicado a la juventud, sus resultados permiten inferir características importantes en el comportamiento de los jóvenes, tales como la importancia que conceden a la familia y al trabajo. Por su parte, el *Estudio de Valores Mundiales (World Value Study)*, conducido a nivel internacional por Ronald Inglehart, creó una matriz de datos sobre actitudes y valores de los distintos países en el contexto de un mundo globalizado. En el capítulo dedicado a Venezuela, se muestra una imagen generalizada de toda la población, que le concede la mayor importancia a la familia (98%), luego al trabajo (93%), al tiempo libre (66%), a la religión (64%), a la ayuda a otras personas (58%), y a la política (16%). Sin embargo no se conocen datos referidos exclusivamente a la juventud venezolana (Carrasquero y Valls, 2003).

Referente a los valores, en Venezuela en el año 2007, Angelucci y otros, evaluaron los valores cosmopolitas, sociales, instrumentales, morales y conservadores de los estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello. Observaron que los estudiantes le dan una importancia media alta a los valores cosmopolitas (belleza, poder, riqueza, ambición, entre otros) para los cuales obtuvo una media de 4,03. En cuanto a los valores sociales la media fue de 5,21 lo que se tradujo en una importancia alta a valores como la interacción social, que implican a otros y a la colectividad (equidad, igualdad, autonomía, tolerancia). En la dimensión de los valores instrumentales (éxito, progreso, responsabilidad, trabajo, ahorro, compromiso, sabiduría) se obtuvo una media de 5,38 lo que los coloca en una importancia alta a estos valores. La importancia que le dieron a los valores morales con una media de 5,61 fue muy alta, aquí se incluyeron valores como fraternidad, paz, familia, amistad, amor, salud, libertad, fidelidad). Finalmente, con una media de 4,47 le otorgan poca importancia a valores conservadores entre los que se incluyen la religión, la espiritualidad, la obediencia y la tradición. Concluyeron que los valores más altos en los estudiantes ucabistas eran los valores morales en

primer lugar, seguidos de los valores instrumentales y sociales, pero cabría evaluar si este hecho es congruente con las conductas de los estudiantes. (Angelucci y otros, 2007).

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en los adolescentes, fue el objeto de estudio de Librero y otros (2008), en el cual evaluaron a 268 jóvenes con edades de 13 a 19 años de la Unidad Educativa “Monseñor Gregorio Adam” del municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Para la evaluación utilizaron un instrumento de su creación, con cuatro dimensiones a explorar: la primera sobre datos demográficos, la segunda recoge información sobre enfermedades de transmisión sexual, la tercera dimensión a estudiar fue sobre las actitudes hacia la sexualidad, los métodos anticonceptivos, la masturbación, el aborto, y la homosexualidad; la cuarta y última dimensión evaluada se refirió a las prácticas sexuales y la edad de inicio. En relación a las enfermedades de transmisión sexual, el 62% de los adolescentes reportaron conocimientos bajos o regulares. Llama la atención que la actitud hacia los métodos anticonceptivos fue desfavorable en un 49,9%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. El 68,2% consideró desfavorable la masturbación y de estos el 15% lo consideró una enfermedad mental. Hacia el aborto se encontró una actitud desfavorable en 93% de los adolescentes, sin embargo, casi el 10% de las mujeres reportaron que recurrirían a un aborto en caso de embarazo. La actitud hacia la homosexualidad fue desfavorable en 46% de los casos, siendo más rechazada por los hombres. La edad de inicio de la actividad sexual estuvo entre los 14 y 16 años y el 73% refirió el uso de anticonceptivos, en especial métodos de barrera como los condones. Finalizan el estudio recomendando mejorar la educación sexual en los niveles educativos de primaria y secundaria, ya que existe un porcentaje importante de adolescentes que inician su actividad sexual a temprana edad, presentando actitudes desfavorables y falta de información hacia la sexualidad, haciéndolos vulnerables a muchos factores de riesgo.

### **Organizaciones de Desarrollo Social para ayudar a los jóvenes en Venezuela**

En cuanto a las organizaciones que se dedican a ayudar a los adolescentes y jóvenes, tenemos que en Venezuela hay registradas cerca de 300 ODS (Organizaciones de Desarrollo Social). Sin embargo, en lo relacionado a salud mental, solo atienden a los

casos específicos como alcoholismo, dependencia a drogas ilícitas, embarazo precoz, atención penal entre otras. Entre las organizaciones más resaltantes tenemos:

El **Movimiento Juvenil Huellas** es una organización que dirige sus esfuerzos hacia los jóvenes, y que tiene que ver con dos ámbitos vinculados a la juventud: los jóvenes en la sociedad (participación y liderazgo) y los jóvenes en situación de riesgo (delincuencia, sida, drogadicción y embarazo precoz). Es una organización de inspiración cristiana que, orientada por el compromiso social de la *Compañía de Jesús* a nivel mundial, busca promover condiciones de vida más dignas entre los jóvenes, como una expresión de justicia social.

El propósito de Huellas es acompañar y formar jóvenes para promover un liderazgo comprometido con la transformación de sus comunidades. Este propósito lo realiza a través de diversos programas y servicios que se complementan y apoyan, y a través de alianzas estratégicas que promueven sinergias e impulsan el alcance y cobertura de la acción de Huellas.

El logro fundamental del *Movimiento Juvenil Huellas* consiste en la articulación de más de cinco mil quinientos jóvenes, en su mayoría de sectores excluidos de todo el país, en torno a una propuesta de formación humano-cristiana y de compromiso y acción social. Este trabajo es posible gracias al apoyo voluntario de más de setecientos jóvenes y adultos.



**Fe y Alegría nace en Venezuela a mediados de los años 50,**

cuando el P. José María Vélaz comienza a visitar los barrios periféricos de Caracas con estudiantes universitarios. Al acercarse a la gente y ver cómo vivían, sintió la tragedia de la marginación y comprendió que era necesaria una educación que promoviera los recursos internos de los más necesitados.

En 1955, el albañil Abraham Reyes ofreció su casa para fundar la primera escuela de Fe y Alegría, en la barriada que es hoy el 23 de Enero en Catia. En el mismo año, se crea otra escuela en la misma zona y en 1956 la escuela del Barrio Unión de Petare, al otro extremo de Caracas. La obra empezó a crecer luego hacia los suburbios de otras

ciudades del país, con el apoyo de diversas congregaciones religiosas y laicos comprometidos con el Movimiento. Ya para 1963, además de 10 colegios en Caracas, funcionaban colegios en Maracaibo, Maracay, Valencia, Puerto La Cruz, Cumaná, Maturín, Puerto Cabello, Barquisimeto, Lagunillas, Carora, Punto Fijo y Puerto Ordaz. En 1964 comienza el proceso de expansión hacia países de América Latina. El lema del Movimiento en esos primeros años era "Fe y Alegría comienza donde termina el asfalto".

Hoy en día, Fe y Alegría opera en 16 países de América Latina y en España. En Venezuela ya tiene presencia en 762 puntos geográficos con 967 unidades de servicio. De ellas, 148 son planteles, una red de educación radiofónica con 13 emisoras y 527 centros de atención, y otras 279 unidades con diversos programas.

### **Líneas de acción**

1. Centros de Educación Formal: red de escuelas ubicadas en zonas urbanas-marginales, rurales e indígenas con programas de educación preescolar, básica y media.
2. Educación a Distancia: a través del Instituto Radiofónico Fe y Alegría (IRFA): alfabetización, educación básica, media y especial, capacitación en oficios y orientación ciudadana.
3. Capacitación a jóvenes excluidos del sistema educativo. en los Centros de Capacitación Laboral (CECAL) que combinan la formación en un oficio y el sistema.
4. Educación Superior: en Electricidad, Electrónica, Informática, Contaduría, Educación Integral y Educación Preescolar (Instituto Universitario Jesús Obrero) y la Licenciatura: en Educación (convenio con la Universidad Simón Rodríguez).
5. Formación permanente de Docentes y programa de publicaciones.
6. Educación Comunitaria: apoyo a grupos comunitarios organizados en la formulación, y ejecución de proyectos locales de desarrollo social y físico-urbano.
7. Apoyo a la educación oficial: formación de maestros y "Complejos Educativos".



8.- Salud: atención médica primaria y alimentación en algunos de los centros.

**A.C. Fundación Venezuela sin Límites** fue creada por el Sr. Oswaldo Cisneros, Sra. Mireya Blavia de Cisneros, y la Sra. Carmen Cisneros (+), el 7 de Abril de 1999 en la Ciudad de Caracas, Venezuela. Los objetivos fundamentales de esta institución son facilitar al empresario oportunidades para ejercer su responsabilidad social hacia la comunidad, a través del establecimiento de alianzas intersectoriales que estimulan la inversión social responsable, Poniendo a disposición información actual y confiable acerca de más de 300 Organizaciones de Desarrollo Social (ODS) registradas. La fundación recauda, organiza y distribuye las donaciones de bienes nuevos y usados para apoyar las Organizaciones de Desarrollo Social.

Además, ofrecer la oportunidad de apadrinar proyectos de salud y el trabajo de las organizaciones que atienden a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. Estas acciones promueven el mejoramiento de su calidad de vida, incluyendo la atención en áreas de salud, educación, vivienda, alimentación, vestido y recreación.

**Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA)** Atiende a niños hasta los 12 años y a adolescentes de 13 a 18 años en estado de indigencia y escasos recursos. Institución que trabaja en el estudio e investigación en las áreas relacionadas con la educación sexual, ejercicio sano y responsable de la sexualidad y defensa de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Desarrolla actividades pedagógicas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y adultos de ambos sexos, integrantes de diversas comunidades –barrios, urbanizaciones, escuelas, liceos, para sensibilizarlos/as, informarlos/as y motivarlos/as a la reflexión sobre temas relativos a su sexualidad y las relaciones que se derivan de ésta. Entre estas actividades se cuentan algunas de tipo lúdico para las y los más pequeños, y la formación de promotores/as de salud sexual y reproductiva adolescente, destinada a formar a jóvenes liceístas para que ejerzan este rol de promotores/as dentro de la población adolescente escolarizada y no escolarizada. Avesa es un centro pionero en la prestación de servicios de atención de casos de violencia sexual en Venezuela. Ofrece servicios de psicoterapia y orientación a sobrevivientes de violencia sexual y de pareja y a sus familiares. En esta área, ha desarrollado un modelo de atención y capacitación para enfrentar esta problemática haciendo especial énfasis en la capacitación y formación.

**Fundación creando futuro con visión de mañana** Organización benéfica, sin fines de lucro orientada a trabajar con niños de entre 6 y 12 años en situación de riesgo, adolescentes y también tercera edad, en programas de: alimentación, dotación, educación y formación en valores, salud, recreación y otros.

**Aldeas Infantiles SOS.** Es una organización que se encarga de fomentar la creación de familias para los niños que no la tienen. Una familia puede existir sin niños, pero un niño no puede vivir sin una familia. En Aldeas Infantiles SOS se dedican a acoger, amar y formar a todo niño que ha perdido su familia biológica o que proviene de familias desestructuradas, para que viva un presente y un futuro lleno de oportunidades. Trabajan en la prevención del abandono infantil. En los Centros Comunitarios de las Aldeas Infantiles SOS se trabaja con familias en situación de riesgo, en zonas de pobreza, fortaleciéndolas, apoyándoles en el mejoramiento de sus condiciones de vida y de sus habilidades para proteger y cuidar a sus niños y niñas. Además proveen la alimentación, educación, cuidado y atención médica que no pueden cubrir sus familias, durante su permanencia en el Centro Comunitario. Las principales misiones de las Aldeas Infantiles son constituirse como una nueva familia, acompañar a los jóvenes hasta su independencia y la prevención del abandono infantil a través del fortalecimiento familiar.

**Asociación Civil "La Consolata"** se encarga de capacitación técnica y para el trabajo de los y las jóvenes aceptadas y su formación integral en diferentes ámbitos del saber, Desarrolla cursos y talleres formativos para el crecimiento personal y desarrollo humano de los asociados. Entrena en trabajos de repostería, manualidades, tapicería, carpintería, bordados, costura y labores agropecuarias.

**Fundación Don Bosco, Esta prestigiosa fundación tiene un poco más 29 años en Venezuela** y desarrolla una acción educativa y pastoral de solidaridad y prevención a favor de niños y adolescentes que viven en circunstancias especialmente difíciles debido a su exclusión social. Tienen programas de atención en la calle, en la casa y Capacitación en diversos oficios. Ofrecen una Educación integral, humana y cristiana, dando las herramientas para facilitar una gradual inserción de estos niños en su familia y en la sociedad, Su misión principal es lograr que los niños, niñas y jóvenes se conviertan en agentes transformadores desde sus familia y para la sociedad como buenos cristianos y honrados ciudadanos.

**Centro de Terapias Integral de Venezuela.** Es una institución que se constituyen en el primer Centro de Terapias Integradas de nuestro país, un centro modelo, que maneja terapias novedosas como la equinoterapia, la hidroterapia y la música, con las terapias tradicionales como la psicología, la psicopedagogía y la terapia del lenguaje, ocupacional y física, para ofrecer un programa completo de atención interdisciplinaria. El hecho de que todas las terapias estén incluidas en un mismo centro, facilitará la vida a todos los participantes y sus familiares, ya que no tienen que trasladarse a varios lugares para recibir la atención que requieren. Su objetivo es que los pacientes se sientan cómodos y a gusto en salas adaptadas para su atención y traslado de acuerdo con las normas internacionales para la atención de discapacitados, para la equinoterapia, piscina temperada y techada y las instalaciones necesarias para el aprendizaje y la práctica de la música, ya que se cuenta con un núcleo de las Orquestas Nacionales Infantiles y Juveniles, que dirige el Maestro J. Abreu.

**A. C. Consultores en Salud Mental-Consultores Comunitarios.** Es una institución que ayuda a la prevención y detección de riesgos psicosociales, desarrollando y promoviendo programas de desarrollo social y educativos con el objeto de producir modificación de conductas no operativas, como las adicciones, o de conductas violentas que dificultan la sana convivencia, dotando a los individuos de habilidades y destrezas que favorezcan su mejor desenvolvimiento y bienestar. Además, promueve el aprendizaje de un nuevo estilo de vida, con el objeto de elevar la calidad de vida de los ciudadanos. Las actividades de Prevención de Enfermedades Mentales y de Promoción de Salud Mental incluyen la Identificación de problemas a nivel individual o grupos comunitarios por ejemplo, la conducta violenta de adolescentes. También identificando los factores de riesgo o condiciones que facilitan la conducta problema, por ejemplo: padres violentos modelan conducta infantiles, además, identificando algunos factores protectores, como por ejemplo la restricción o regulación de programas de TV o escenas de violencia en jóvenes o niños.

**AC Cátedra de La Paz y Derechos Humanos “Monseñor Oscar A. Romero”.** Es una institución con casi 23 años en Venezuela. En su Misión está dedicada a generar propuestas para la promoción, la formación y la protección de la Cultura de la Paz y Derechos Humanos de la Infancia, Adolescencia y Juventud con criterios de Desarrollo Local Sustentable e Interculturalidad mediante el trabajo con las familias,

las instituciones, las escuelas u otro actores sociales en el Estado Mérida (Venezuela).  
Sus objetivos fundamentales son:

- Generar procesos socio - educativos en y para la Cultura de Paz y los Derechos Humanos en y desde el Estado Mérida.
- Promover procesos de Participación Ciudadana en función del Desarrollo Local Sostenido y Sustentable en el marco de la Participación y Protagonismo de los Niños, las Niñas, los y las Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) en el Estado Mérida.
- Promover investigación que dentro del ámbito de acción generen situaciones significativas de las comunidades en la búsqueda de alternativas y soluciones comunitarias a los problemas sociales.

Por otra parte, en Venezuela se promueven otros programas como las llamadas misiones, las cuales podemos encontrar en la página venezolana llamada **gobierno en linea.com, en la cual** podemos encontrar un total de 29 misiones, de las cuales tres misiones están dedicadas a la atención de niños, niñas y adolescentes. Estas misiones son las siguientes:

- **MISIÓN NIÑOS Y NIÑAS DEL BARRIO:** En junio del año 2008, el Presidente de Venezuela promulgó la creación de esta Misión con la finalidad de atender las necesidades y de proteger a los niños, niñas y adolescentes .Se atiende a personas con edades comprendidas desde 0 hasta 18 años. Atiende a cuatro grupos, los niños en condición de calle, los niños institucionalizados (INAM), los niños trabajadores, y los niños y adolescentes en situación de riesgo. Este último grupo es el más grande debido a que abarca todos los sectores sociales.
- **MISIÓN RIBAS:** Fue creada en Noviembre del año 2003 como un programa educativo que pretende garantizar la continuidad de estudios a todos los venezolanos que no han logrado ingresar o culminar sus estudios de Educación Media, Básica, Diversificada y Profesional.
- **MISIÓN SUCRE:** Es una iniciativa del Estado Venezolano para garantizar el acceso a la Educación Universitaria a todos los bachilleres sin cupo y transformar la condición de excluidos del subsistema de educación superior. Esta Misión, nacida en el año 2003, busca masificar la educación Superior a

través de la desconcentración del sistema y la creación de nuevas modalidades, alternativas y oportunidades de estudio en todo el territorio nacional.

### **2.3.- RESUMEN DE ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE SALUD MENTAL REALIZADOS EN VENEZUELA.**

Los estudios sobre salud mental realizados en Venezuela tratan sobre la enfermedad mental más que sobre la salud o prevención. Haciendo una revisión sobre los trabajos publicados desde el año 2000 observamos que la mayoría toman como indicadores de salud mental las muertes ocurridas por homicidios y por suicidio y el alcoholismo. Además, el abandono del tratamiento en la consulta de psiquiatría.

En este sentido, tenemos la investigación realizada por Rondón y otros (2001), quienes realizaron un análisis situacional de la salud mental en el estado Guárico en el trienio 1997 – 1999 en una población de 1857 personas que enfermaron por trastornos mentales. La primera causa de morbilidad encontrada fue la epilepsia (41.14%), seguida de trastornos afectivos neuróticos (20.17%) y los trastornos psicóticos con un (18.40%). Durante el período de estudio observaron un aumento de la cifra de homicidios, mientras que la de suicidios se mantuvo relativamente estable. La mayor tasa de homicidios fue encontrada en los grupos etáreos de 25 a 34 años, con predominio importante en el género masculino.

Llama la atención el estudio realizado por Jo y Almao (2002) quienes plantean como un problema de salud mental la deserción o abandono del tratamiento tanto farmacológico como terapéutico de las consultas externas de psiquiatría. La situación de abandono es conocida como Deserción, entendida como aquella en la que se engloba a los individuos que habiendo establecido contacto con un servicio de psiquiatría o psicología no continuaron con el proceso terapéutico, a pesar de que aun necesitan dicho tratamiento (2,3). El estudio se realizó en 191 pacientes del Hospital centro de Salud Mental “El Peñón”. De los 191 pacientes que acudieron a la consulta externa, un 65,9 (126 pacientes) fueron del sexo femenino y 34,1% (65 pacientes) del sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 17 a 61 años con una media de 33,9 años. Un total de 62 pacientes tenían edades de 17 a 25 años, lo cual representa un 32,46% de la muestra.

Refieren que el abandono del tratamiento es un fenómeno que influye de manera determinante en la curación o alivio del paciente y, por consiguiente, reduce su capacidad productiva, así como disminuye su calidad de vida. Esto último en detrimento del funcionamiento del individuo ya que merma su fuerza laboral y su potencial de desarrollo; por ende, la situación socioeconómica del país también resulta afectada, especialmente, el incremento de los costos en salud pública. La tasa de abandono fue de 30,9% (59 pacientes) y el 44% (26 pacientes) sólo acudió al triaje. El motivo de abandono predominante fue la mejoría con 30,5%. Las patologías más frecuentes del grupo abandonante fueron los trastornos depresivos de mayor a moderado, trastorno adaptativo, problemas conyugales y trastorno explosivo intermitente. Los que recibieron psicoterapia permanecieron más en tratamiento. Al aplicar ji cuadrado se encontró que los diagnósticos psiquiátricos, las enfermedades médicas asociadas, los estresores psicosociales y los tipos de tratamiento estuvieron asociados estadísticamente a la permanencia o al abandono del tratamiento. En cuanto al fármaco más prescrito fue la benzodiacepina, la cual abarcó la cuarta parte de la población estudiada.

En el año 2007, Camachjo y otros, evaluaron la presencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas” de la Universidad Central de Venezuela, a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg, de 12 ítems. Refieren que se ha determinado que los estudios de medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica que demandan del estudiante esfuerzos de adaptación que se traducen en el desarrollo de elevados niveles de estrés durante su adiestramiento, con riesgo de deterioro de su salud mental. Se realizó un estudio de corte transversal de tipo descriptivo, tomando una muestra representativa por selección aleatoria de una población constituida por todos los estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina “José María Vargas” que cursan de primero a cuarto año.

Determinaron que la incidencia de patología psiquiátrica menor es de un 57,62%, observándose que la misma es significativamente mayor en el sexo femenino ( $p=0,017$ ). Concluyeron que debido a la alta incidencia de patología psiquiátrica menor, la población en estudio se beneficiaría de establecerse programas de intervención orientados al manejo preventivo del estrés.

El estudio etnográfico y antropológico de Castillo y Costa (2008) , interpretaron los significados del consumo de alcohol en una comunidad pobre venezolana. Investigando a seis familias con un total de 20 participantes. Los resultados mostraron distinciones en la atribución de significados al consumo de alcohol, con una visión más valorativa en los hijos y menor aceptación entre las madres. Las unidades de significación encontradas fueron el consumo excesivo, la borrachera y la alegría. La principal motivación para beber y también la causa mayor de resistencia a la modificación de conductas ante el alcohol fueron la alegría y las fiestas. Los núcleos de significados encontrados fueron la existencia de un continuo entre el beber normal y el patológico; además, una alegría subordinada al consumo de alcohol.

Diversos estudios relacionados con la salud mental han sido realizados sobre poblaciones específicas. Así, han determinado el grado de agresividad de los conductores de líneas de microbuses intraurbanas (Chocrón y otros, 2000); consumo de alcohol y drogas en el personal de salud (Martínez, 2004); actitud y salud mental del adulto hemofílico ( Carruyo – Vizcaíno y otros, 2004), Estilos de crianza de las familias andinas ( Vielma, 2002), Representación social de la enfermedad en el paciente psicótico (Rodríguez, F., 2004); la triple carga de las mujeres y la salud mental llamando triple carga al trabajo remunerado, trabajo del hogar y reproducción biológica, en el cual el 75% de las mujeres realizan todo el oficio de la casa y un 54,6% refieren que la actividad que realizan en su tiempo libre es oficio del hogar (Alvarado, L., 2000); la mayor exposición a peligros para salud física y mental de las mujeres que trabajan en las universidades venezolanas ( Castillo y Escalona, 2008); la violencia física ejercida por la pareja a mujeres en reclusión (Rodríguez, E.M., y otros, 2006); prevalencia de la epilepsia en los programas de salud mental del estado Mérida (Rondón, y otros, 2008):

#### **2.4 - ASPECTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS DE LA ADOLESCENCIA, SALUD MENTAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y NECESIDADES EXISTENCIALES**

Es importante delimitar el concepto de adolescencia y la duración del mismo, pues la mayoría de los estudiantes universitarios se encuentran en esta etapa del desarrollo. Casullo y Castro (2002), refieren que en la cultura occidental urbana se ha prolongado

la edad considerada como adolescencia y citan a Elliott y Feldman (2000) quienes sugieren hablar de subetapas: la adolescencia temprana (11 a 14 años), adolescencia intermedia (15 a 17 años) y adolescencia tardía (19 a 25 años). Se señala esta época de la vida como aquella en la cual ocurren una serie de transiciones que proveen las estructuras y recursos que permiten al niño transformarse en adolescente y este en adulto (McCullough et al., 2000. citado por Casullo y Castro, 2002). Todas las transiciones tienen en común un elemento de discontinuidad que si bien no necesariamente es abrupta o azarosa, implica un proceso de cambio en la manera en la que las personas se autoperciben y perciben el mundo en el que están inmersas; todo cambio siempre implica un riesgo. Las experiencias de transición (la pubertad, el ingreso a la escolaridad media, la finalización de esos estudios, construir la identidad sexual) alteran el equilibrio afectivo y la percepción subjetiva de bienestar.

Las principales transiciones que se llevan a cabo durante la adolescencia suponen un movimiento hacia comportamientos más libres y responsables; junto a los cambios puberales y cognitivos se producen modificaciones en el ámbito de las afiliaciones (los vínculos con los padres, los pares, las experiencias de enamoramiento), en el campo de la actividad académica-laboral (la escuela y el mundo del trabajo) y se construye la identidad personal.

Una persona tiene un alto *bienestar psicológico* (BP) si experimenta satisfacción con su vida, si su estado anímico es bueno (afectos positivos) y sólo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras como tristeza, rabia, inhibiciones (afectos negativos) (Fierro y Cardenal, 1996). La percepción de BP puede ser considerada como el componente cognitivo de la satisfacción vital ya que implica valoraciones que las personas hacen respecto a cómo les ha ido o cómo les está yendo en el transcurso de sus vidas (Diener y Suh, 2001). El análisis de los factores asociados con el BP es una buena manera de comprender su significado, teniendo presente que esos factores irían en función de las diferencias culturales. Tal como afirman los autores antes mencionados, las emociones son buenos predictores del BP en las denominadas culturas individualistas mientras que en las colectivistas el BP está mucho más asociado con las conductas de respeto y cumplimiento de las normas sociales vigentes. Por eso es necesario destacar que el BP puede ser analizado en dos niveles: sociocultural (producto bruto interno *per capita*, promedio de expectativa de



vida, tasas de desempleo) e individual (actitudes, opiniones, creencias, percepciones). En el presente trabajo se aborda su análisis desde la percepción subjetiva que tienen los adolescentes, sobre la base de las propuestas de Ryff y Keyes (1995) y Ryff (1989) quienes sostienen que el constructor se operacionaliza en seis dimensiones: aceptación de sí mismo, relaciones positivas con los otros, autonomía, control del medio ambiente, construcción del proyecto de vida y crecimiento personal.

En cuanto a las alteraciones del desarrollo en los adolescentes y la aparición de patologías físicas o mentales, algunos autores diferencian entre riesgo y vulnerabilidad. Para Ingram y Price (2001) la vulnerabilidad está asociada con la causalidad, alude a los mecanismos relativamente estables (hereditarios o sociales) productores de un cuadro o trastorno patológico. Estos mecanismos pueden estar presentes en los subsistemas cognitivo, afectivo, fisiológico, social o cultural que conforman al sujeto humano en su condición de sistema complejo e interactúan de forma dinámica y recíproca. La psicopatología es la resultante de fracasos o dificultades en el proceso de negociación que supone el empleo adecuado de recursos de los subsistemas mencionados en la resolución de problemas específicos (Cicchetti y Cohén, 1995) en el transcurso del ciclo evolutivo. Los factores de riesgo, por su parte, se refieren a variables correlacionales y descriptivas empíricamente asociadas con la manifestación de determinadas patologías. Conocer el factor de riesgo permite predecir la probabilidad de que una disfunción o trastorno pueda estructurarse o manifestarse. Es importante no confundir causa con ocurrencia. Algunos investigadores dan importancia al estudio de variables relacionadas con lo opuesto a la vulnerabilidad: la invulnerabilidad, asociada con la competencia, los factores protectores, el sentido de coherencia, los mecanismos de resistencia o resiliencia que impiden la estructuración de la patología, sin suponer inmunidad.

Es necesario entonces estudiar el impacto de los factores de resistencia que neutralizan el efecto de los estresores fortalezas constitucionales, historias familiares sanas, el apoyo social, los hábitos de salud, las disposiciones de personalidad (Cobaza y otros, 1979). Durante La satisfacción y el bienestar psicológicos podrían caracterizarse como indicadores de un buen funcionamiento mental (Argyle, 1987. Citado por Casullo y Castro, 2002). Veenhoven (1995) afirma que los individuos felices superan en una proporción de 3 a 1 a los que no lo son y caracteriza la felicidad y el BP como

disposiciones biopsicológicas naturales. El bienestar subjetivo es el equivalente psicológico del concepto biológico orgánico de salud.

Este estudio de Casullo y Castro (2002) ha permitido constatar que el BP (bienestar psicológico) aparece asociado con situaciones de bajo riesgo. Los perfiles de quienes son considerados en RA (alto riesgo) muestran trastornos internalizantes graves así como bajo control de los impulsos. En términos generales las dimensiones del BP que diferenciaron más entre los adolescentes RA de los RB son el control de situaciones y la existencia de proyectos de vida. Los estudiantes RA informan sobre la existencia de dificultades para el manejo de los asuntos de la vida diaria, parecen no darse cuenta de las oportunidades que les presenta el medio y se consideran incapaces de modificar el ambiente. Se considera importante haber verificado que la dimensión relacionada con la elaboración de un proyecto de vida es una de las que más diferencia entre los grupos en RA y RB. Para quienes trabajan con adolescentes, tanto desde un abordaje clínico como educativo, estos datos plantean la necesidad de tener como meta de las intervenciones profesionales la construcción del proyecto de vida personal, el desarrollo del sentido de autocompetencia y el logro de estrategias de afrontamiento que posibiliten un mejor control del ambiente.

Ahora, si las disposiciones de personalidad son consideradas un factor de resistencia al efecto de los estresores a que están expuestos los adolescentes, entonces, la sensibilidad emocional, como parte de la personalidad podría considerarse un factor de resistencia.

García y González (2000), estudiaron la categoría bienestar psicológico y su relación con otras variables sociales. Consideran el estudio del bienestar humano como un tema complejo y sobre el cual los investigadores sociales no logran un consenso. La falta de acuerdo en su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en mucho por su carácter temporal, su naturaleza plurideterminada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos. En torno al bienestar humano existe una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún, llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición. Uno de los componentes fundamentales del *bienestar es la satisfacción personal con la vida*. Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones

objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal.

En este orden de ideas, algunos autores han considerado el bienestar subjetivo como expresión de la afectividad. Para *Lawton*, en 1972 (citado por García y González, 2000), el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida, mientras que *Diener* y otros en 1984 (citado por García y González, 2000) brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones).

Otros autores consideran el bienestar psicológico como una parte de la salud mental, al cual estaría vinculado directamente. Al respecto es importante señalar el concepto de Salud Mental dado por Silvia Bermann (1997. Citado por Oramas y otros 2006) quien refiere que *“podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad”*. En sentido similar, Pichón Riviere (1997. Citado por Oramas y otros 2006) apunta: *“La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social”*

Aunque de alguna manera en los conceptos anteriores estaba implícita la parte afectiva subjetiva, fueron Campbell y otros (1976), en *‘La Calidad de Vida Americana’*, quienes proponen una dimensión cognitiva y valorativa del bienestar en el enfoque de la *satisfacción* y una *dimensión afectiva*, que concentra el equilibrio entre los componentes positivos y negativos de la disposición de ánimo. Satisfacción en este caso se refiere a la extensión con que se percibe que las esperanzas y aspiraciones son logradas. **La satisfacción y la felicidad se funden en una escala de bienestar.** Anticiparon que aunque satisfacción y felicidad se pueden correlacionar, esta correlación no las hace idénticas, e identificaron grandes dimensiones de vida que contribuyen acumulativamente al sentido de la calidad de vida de cada uno.

Benatuil en su trabajo del año 2004, establece las diferencias entre felicidad, satisfacción y bienestar subjetivo. La felicidad es una experiencia afectiva que podría ser positiva o negativa. Algunos la consideran un estado y otros como un rasgo, según el cual hay predisposición a manifestar cierto nivel de afecto. Es estable temporalmente y consistente en distintas situaciones (Diener, 1984. Citado por Benatuil. 2004). Ahora, la satisfacción es un constructor triárquico. Por un lado tiene dos elementos emocionales, el afecto positivo y el afecto negativo. Por otra parte tiene el aspecto cognitivo. Los dos estados emocionales son lábiles y momentáneos y al mismo tiempo son independientes, esto es, el tener un elevado nivel de uno de ellos, no implica disminución en el otro. Ahora el componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es el resultado del procesamiento de información que las persona realizan de cómo les fue o les está yendo en su vida. Consiste en una evaluación constante de su situación personal, a nivel individual y social. Así, el bienestar psicológico es estable a largo plazo, pero experimenta cambios circunstanciales, en función del afecto predominante, ya que el afecto modifica la apreciación personal de los eventos (Diener, 1984. citado por Benatuil 2004).

El bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida. Está formado por variables del autoconcepto como:

- Autoconciencia: componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se expresa en las creencias y pensamientos que tiene el sujeto sobre sí mismo.
- Autoestima: componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.
- Autoeficacia: componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y cumplir sus metas.

Estos tres componentes se encuentran íntimamente relacionados entre sí y con el sentido que le otorga el sujeto a su vida. El concepto de “sentido” se traduce en proporcionar una razón, orden o coherencia a la existencia del individuo; está relacionado con el

concepto de “propósito”, el cual hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, que nuestra vida tenga un sentido significa que tenemos un propósito y luchemos por alcanzarlo. ( Frankl V., 1997) El sentido de la vida es considerado también como un indicador positivo de la salud mental.

El sentido de vida nunca cesa y, de acuerdo con la Logoterapia, podemos descubrirlo de tres modos distintos (Frankl, 2001).

- La primera forma de hallar nuestro sentido es a través de los *valores creativos*, es como “llevar a cabo un acto”. Es comprometerse con el proyecto de su propia vida. Incluye la creatividad, el arte, música, escritura, invención, o simplemente transmitir nuestra satisfacción con la vida hacia quien nos rodea.
- El segundo es a través de los *valores experienciales*, o vivenciar algo o alguien que valoramos. Se puede incluir, por ejemplo, las experiencias estéticas como ver una buena obra de arte o las maravillas naturales, es poder apreciar de manera plena cada momento de nuestra vida. Pero el ejemplo más importante es el de experimentar el valor de otra persona a través del amor; a través de nuestro amor podemos inducir a nuestro amado a desarrollar un sentido y así lograr nuestro propio sentido.
- La tercera vía de descubrir el sentido son los *valores actitudinales*. Estos incluyen tales virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor, entre otros. Pero el ejemplo más famoso es el logro del sentido a través del sufrimiento. Cuando uno se enfrenta con una situación inevitable o un “destino” que no puede cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, cual es el sufrimiento. El sufrimiento deja de ser, en cierto modo, sufrimiento, en el momento en que encuentra un sentido

Por otra parte, la autoestima es uno de los conceptos relacionados con bienestar psicológico y por ende con salud mental. Alonso y otros (2007) definen la autoestima como una actitud hacia uno mismo, lo cual implica aceptar unos presupuestos antropológicos y psicológicos determinados y a la vez, respetar algunos modelos basados en teorías de la personalidad. Así, Hamacheck (1981), citado por Alonso y

otros (2007), plantea que el autoconcepto es la parte cognitiva del yo, y la autoestima es la parte afectiva del mismo, relacionándose entre sí.

En relación a los adolescentes, Labajos (1996. Citado por Alonso y otros 2007) establece que durante la adolescencia hay una especial preocupación por el yo, y hasta un 80% de adolescentes mantienen una imagen positiva de sí mismos, manifestando confianza en ellos; el otro 20% presenta una imagen negativa. También encontraron en su estudio de autoestima y salud mental la influencia que la adecuación de la autoestima social y personal tenía con la salud mental; ésta les permitía o les impedía a los jóvenes una mejor adaptación social y emocional. La sociedad actual nos muestra que no tiene conocimientos claros para el buen desarrollo de la autoestima, y nos deja ver que sólo es consciente de aquellas formas mínimas de socialización. Este desconocimiento afecta la práctica de estímulos que favorecen la autoestima: los cuidados, la dedicación y atención a las personas en todos los ciclos vitales, y en general todas aquellas situaciones durante la cotidianidad familiar que transmiten al individuo el mensaje de ser visible e importante para los miembros de su entorno.

Walter Riso (2003. Citado por Alonso y otros, 2007) manifiesta una paradoja al expresar que nuestra civilización intenta inculcar principios como el respeto, el sacrificio, el altruismo, la expresión de amor, el buen trato, la comunicación, pero estos principios están dirigidos al cuidado de otros humanos, y se descuidan los dirigidos a nosotros mismos. Expresa este mismo autor que el autorrespeto, el autoamor, la autoconfianza y la autocomunicación no suelen tenerse en cuenta; más aun, se considera de mal gusto el querer demasiado, lo cual está asociado fuertemente con nuestra estructura mental, muchas veces reflejada en nuestras expectativas. La calidad de vida individual está notablemente influida por este concepto, debido a que implica la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma, lo que modula su comportamiento a nivel individual, familiar, social, por lo que se entiende que un bajo o alto nivel de autoestima definitivamente afecta su relación con el otro y se reflejará en la dimensión social y en sus fortalezas para defenderse de eventos no deseables. De acuerdo con lo propuesto por Coopersmith (1992. Citado por Alonso 2007), reconocido experto en la materia, la génesis de la autoestima tiene la siguiente secuencia: *autorreconocimiento*, el cual surge hacia los dieciocho meses de edad, cuando el niño es capaz de reconocer

su propia imagen en el espejo; *autodefinición*, la cual aparecía los tres años de edad, cuando el niño es capaz de identificar las características que lo describen a sí mismo, inicialmente en términos externos y, hacia los seis o siete años, en términos psicológicos, introyectando ya el concepto del yo verdadero –quién es– y el yo ideal –quién le gustaría ser–. Mientras mayor sea la diferencia entre el yo verdadero y el yo ideal, mas baja será la autoestima; y *autoconcepto*, el cual se desarrolla en la edad escolar –entre los 6 y 12 años–. Es el sentido de sí mismo que recoge las ideas referentes al valor personal. Dentro de este contexto, la autoestima es el sentimiento –positivo o negativo– que acompaña al autoconcepto. Estudios sobre salud mental en adolescentes han mostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de la personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez, ansiedad social y dificultad para relacionarse.

Respecto a las características psicosociales relacionadas con la autoestima y medidas con el test 16 PF, el 73% de los estudiantes tiene un autoconcepto adecuado, por lo tanto, el 27% lo tiene inadecuado. El 80% tiene el autorrespeto adecuado. El 81% presentó una autoaceptación adecuada y el 19% inadecuada. Con relación a la afectotimia, el 82% la tiene adecuada y el 18% inadecuada (Alonso y otros, 2007)

En el mismo estudio, en cuanto a la percepción que los estudiantes tuvieron de sí mismos y sus relaciones interpersonales, incluyendo familiares y amigos, el 94% consideró tener una buena relación con sus padres, el resto, regular.

En cuanto a relación con sus compañeros, el 89% contestó que tiene una buena relación con ellos, y el 11% consideró que su relación con sus compañeros es regular. Se les dio la oportunidad de elegir la definición que tienen de amigo, y el 81% manifestó la expresión “amigo es la persona con quien comparte sus emociones”, y el 19% definió amigo como: “es la persona con quien me llevo bien”. De acuerdo con esto, el 53% contestó que tenía menos de cinco amigos, el 36% más de cinco y el 11% refirió no tener. En este estudio se encontró significancia estadística entre autoestima y solución de conflictos. La mayoría, tal como lo anotó Maslow, referenciado anteriormente, se sienten capaces de dominar el medio ambiente y tener buenas relaciones interpersonales; los mismos presentan alto grado de valoración positiva, medida por su

autoestima, conservando una distribución media porcentual alta (80%), de presencia adecuada de autoconcepto, autorrespeto y autoaceptación; aproximadamente 8 de cada 10 tienen adecuada autoestima, lo que se manifiesta en una buena relación con sus amigos y con sus padres. (Alonso y otros, 2007)

Evaluando las necesidades existenciales de los estudiantes universitarios, Arias y Arias (2010) encontraron resultados diferentes a los anteriores en un grupo de estudiantes de Bioanálisis en la Universidad de Los Andes, Venezuela. De un total de 130 estudiantes, con edades comprendidas entre 15 y 23 años, el 73% señaló como mala la relación con los compañeros; el 62% señalaron como mala la relación de pareja (40 no tenían pareja en el momento de la encuesta). Llama la atención que en cuanto a la relación con los padres, se tuvo que separar a los progenitores. Así, un 70% refirió una relación mala o pésima con el padre, mientras que el 78% señaló como buena o muy buena la relación con la madre. En cuanto a la relación con el personal administrativo, técnico y obrero de la universidad, el 93% la refirió como pésima. A pesar de estos resultados, el 95% de estos estudiantes refieren un buen autoconcepto de sí mismos. Esta discordancia puede deberse a factores externos que socialmente son rechazados. Así, al preguntar el motivo de la mala relación con el padre, hacen referencia a la separación del padre del hogar, infidelidad del padre e indiferencia a los problemas de sus hijos. En las relaciones de pareja se observaron casos de violencia física o verbal, en particular por parte del varón hacia la mujer. En cuanto al personal obrero, técnico y administrativo los estudiantes refieren que deberían ser más amables y más flexibles con ellos.

Las necesidades existenciales son aquellas que tienen relación con la búsqueda de respuestas al sentido de la existencia humana. Manfred y otros (1986) las clasificaron en necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar. En la necesidad de Ser, el hombre requiere desarrollar todas las potencialidades que le permitan determinar su individualidad, implicando una permanente autorrealización y autotransformación. La preocupación por su salud física y mental, la autoestima, sensualidad, el sentido del humor, nuestros diálogos internos, **sentir las emociones**, la **capacidad de decidir**, el arreglo personal, se encuentran en esta necesidad. (Algualcil, 2006)

En este orden de ideas, la necesidad de Tener se refiere a la posesión de bienes materiales y espirituales que le permiten un desarrollo pleno de su ser. Aquí tenemos la



alimentación, vivienda, sistema de seguridad social, **la familia, amistades**, políticas de educación, derechos, deberes, habilidades, oficio, trabajo, recreación, símbolos, religión, lenguaje, valores ético morales, memoria histórica, igualdad de derechos. (Cardona,2001)

La necesidad de Hacer se refiere al hacer y construir cosas, ideas, teorías. Tenemos en este aparte la vida sexual, la procreación, capacidad de prevenir, **la expresión de las emociones**, estudiar, investigar, cooperar, construir, tener sueños por realizar, discrepar, asumir riesgos (Cardona, 2001)

Finalmente la necesidad de Estar implica la ubicación en un espacio físico, en un entorno vital y social en el cual debe cada uno realizarse como persona.. Implica no solo intimidad, privacidad sino **las relaciones interpersonales en** general como marcos de interacción, asociaciones, iglesia, marcos de información, grupo de pertenencia, sindicatos, partidos políticos, el pasar respetando los tiempos cada etapa de nuestro desarrollo humano.

La satisfacción de las necesidades se relaciona directamente con la calidad de vida, la cual depende de las posibilidades que tiene una persona o grupo para satisfacer dichas necesidades. Manfred (1986), refiere que las necesidades humanas son finitas, clasificables, iguales para todas las culturas y períodos históricos. Lo que cambia son los medios o maneras de satisfacer esas necesidades. Esto lleva a la conclusión de que cualquier necesidad existencial no satisfecha de manera adecuada genera una patología. Hasta ahora hay solo tratamientos individuales o de grupos pequeños, jugando la educación un rol importante en la prevención de patologías causadas por insatisfacción de las necesidades existenciales. (Yanez, 2000)

En el año 2010, Arias, C., realizó un estudio sobre las necesidades existenciales generales de los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis en la Universidad de Los Andes., Venezuela. La muestra quedó conformada por 130 estudiantes de los cuales el 33,3% son de género masculino y el 66,7% de género femenino. Este predominio de género femenino es observado en todas las investigaciones realizadas en áreas de la salud. El grupo etario predominante fue el de

19 a 22 años, representado por el 79,2%. El 25% eran procedentes de la localidad y el 75% de otros estados, principalmente Táchira y Barinas. En cuanto al estado civil solo 02 estudiantes son casados y 03 tienen hijos. De los estudiantes participantes en el taller, el 88,2% (n=115) obtuvieron resultados menores a 5 en Salud Mental General, evaluada por el Inventario de Goldberg de 28 ítems, el cual de 0 – 5 puntos es negativo, o sea, no hay evidencia de problemas en la salud mental general y sólo el 11,8% (n=15) resultaron con Goldberg positivo. Estos resultados son menores al compararlos con los realizados en otras universidades. Así, por ejemplo, en la Universidad Autónoma de Madrid (Al Nakeeb y otros, 2009) han encontrado hasta un 45% de Goldberg positivo en sus estudiantes, y en la Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero" de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en México encontraron un 27,6% de Goldberg positivo en sus alumnos (Joffre, 2006)). Probablemente esta diferencia se deba a que los estudios han sido realizados en estudiantes de Medicina, carrera en la cual el nivel de exigencia tal vez es mayor, tienen horas de dedicación a actividades como disección de material cadavérico, intervenciones quirúrgicas en animales y otras a las cuales no están expuestos los estudiantes de Bioanálisis.

En el estudio, los estudiantes refirieron como principales necesidades o problemas a resolver los siguientes: el 65,8% señaló mejorar las relaciones personales; el 90% refirió problemas en la toma de decisiones; el 80% desea manejar mejor las emociones y el 75% mejorar la comunicación. A través de un Taller llamado “COMO CUIDAR MI SALUD MENTAL” se trabajaron todos los aspectos, excepto mejorar la comunicación, por considerar que esta variable requiere un taller especial, ya que se relaciona con las cuatro necesidades existenciales básicas. La necesidad de los estudiantes de mejorar sus relaciones personales se asocia con las necesidades existenciales de TENER y ESTAR, que están implícitos con variables como grupo de pertenencia, selección de amistades y grupos de estudio.; los problemas en la toma de decisiones implican necesidad existencial de SER y se refieren también a la autoestima, la conciencia crítica, la adaptabilidad y solidaridad. La necesidad existencial de HACER se puso de manifiesto en el deseo de manejar sus emociones o sentimientos, y está en relación con compartir, cooperar, divertirse sanamente, soñar y comprometerse. (Arias, 2010)

## **2.5.- DESAFÍOS EN SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES PARA LA PRÓXIMA DÉCADA**

Maddaleno y otros (2003), plantean una serie de desafíos a enfrentar por las naciones de Latinoamérica y el Caribe para contribuir a mejorar la situación sociopolítica de los jóvenes de 15 a 24 años. Entre las premisas mencionan:

*Incrementar el acceso y la producción de información respecto a adolescentes.*

Los países y los ministerios de salud, educación y juventud deben continuar recolectando información básica sobre la situación del desarrollo integral de adolescentes y jóvenes. Para la próxima década se deberá recolectar, además de los indicadores clásicos de salud, otros indicadores de desarrollo y resiliencia, como por ejemplo, cuántos adolescentes se sienten seguros en su entorno, cuántos adolescentes están conformes con su imagen corporal, cuántas adolescentes se quedan embarazadas, cuántos jóvenes son violentos o participan en pandillas juveniles, y qué perspectivas de futuro tienen. Esta información debería estar desagregada por grupos deservir como herramienta de abogacía para influir en el diseño e implantación de políticas públicas, planes y programas, y para desmentir mitos que perjudican a adolescentes y jóvenes. En la próxima década también se deberán documentar aquellas experiencias que son eficaces y efectivas, y abandonar aquellas que no sirven en la promoción del desarrollo y la salud de adolescentes.

*2. Mejorar el acceso a los servicios de salud.*

Los países que están reformando el sector salud deben asegurar el acceso equitativo de todo adolescente aun paquete mínimo de servicios integrales de salud que incluya un componente de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Además, deben asegurar el derecho legal a la confidencialidad y privacidad, establecer servicios de calidad centrados en sus necesidades, e incluir la participación juvenil en el diseño y la prestación de estos servicios.

*3. Mejorar el ambiente donde vive el/la adolescente.*

Los países deben apoyar, fortalecer y preservar a las familias y comunidades a través de su empoderamiento, diseñar políticas y leyes que mejoren las condiciones sociales y económicas de las familias, mejorar los servicios y recursos comunitarios y disminuir la exposición a la violencia y a condiciones y conductas no saludables. También deberán formularse políticas saludables y legislarse (por ejemplo: legislación sobre el tabaco, legislación para la educación secundaria, legislación sobre la edad mínima para contraer matrimonio o legislación relativa al acceso a armas de fuego).

#### *4. Crear normas sociales positivas y comprometerse con la promoción de salud.*

Los medios de comunicación deben ser parte de la solución, y no el problema, promoviendo mensajes positivos de salud. Se deben crear oportunidades para que se involucre y adopte conductas saludables por medio de información, desarrollo de competencias sociales y habilidades para la vida.

#### *5. Mejorar el acceso a la educación*

Promover políticas educacionales que aseguren los logros de los estudiantes y que mejoren el vínculo entre escuelas, familias y comunidades. Un desafío importante es disminuir la brecha en el acceso a la educación que existe entre adolescentes rurales y los urbanos y en aquellos de distintos niveles socioeconómicos. También es importante desarrollar políticas integrales de educación que incluyan la salud, estableciendo servicios de salud escolares y un *currículum* de salud.

#### *6. Apoyar la transición a la edad adulta y promover la inserción laboral.*

Hay que brindar oportunidades para que los y las adolescentes conozcan las expectativas de los adultos, y aprendan y practiquen papeles adultos en un ambiente positivo, estableciendo un puente entre el sistema educativo formal y la estructura productiva. Por ejemplo: apoyar labores de voluntariado y oportunidades en las que adolescentes y jóvenes se sientan miembros activos de sus comunidades. Son

prioritarios la mejora de las posibilidades de empleo y el fomento de una independencia futura, así como el mejoramiento del acceso al crédito.

#### *7. Promover un enfoque de género.*

Es recomendable que los estudios utilicen información desagregada por sexos para conocer más de cerca la situación de mujeres y varones. También se recomienda incorporar el enfoque de género en la capacitación de profesionales, estructurar servicios de salud sensibles a las diferencias de género, promover la equidad y considerar el desarrollo pleno de los seres humanos sin encasillamientos de “masculino” y “femenino”.

#### *8. Participación juvenil.*

Un marco conceptual basado en la promoción de la salud y desarrollo requiere que adolescentes y jóvenes sean los protagonistas de su propia historia y actores estratégicos del desarrollo de sus comunidades y sociedades. Organizaciones sociales de salud, de educación, comunitarias y políticas deben dejar que adolescentes y jóvenes aporten su visión del mundo, sus habilidades sociales y, sobre todo, su energía, para crear una sociedad mejor. La participación juvenil es un elemento clave para el empoderamiento personal y social, una vía de modernización, una forma de aprovechar oportunidades y fortalecer el tejido social.

#### *9. Articulación interinstitucional.*

Se debe promover esta articulación a escala comunitaria, regional y nacional, con adecuada distribución de roles y funciones, desarrollando programas articulados, focalizados y con protagonismo juvenil. Para que adolescentes y jóvenes desempeñen un papel importante en nuestras sociedades, hay que asumir la responsabilidad de apoyarlos. Es tiempo de terminar con el silencio político y cultural que existe detrás de la salud de adolescentes y promover su desarrollo pleno.

Finalmente, resumiendo este capítulo, se realizaron observaciones sobre algunos indicadores sociales y de salud de América latina en un esfuerzo por llevar al lector a las

realidad de los jóvenes que participaron en las encuestadas usadas en la presente tesis. También se habló de la importancia actual de la juventud como objeto de estudio para aplicar políticas en salud, ya que es en esta etapa de la vida en la cual se adquieren hábitos y conductas que podrían producir morbimortalidad en la vida de adultos. Además, se hace una breve revisión de los estudios sobre salud mental en jóvenes realizados en Venezuela y se definen aspectos conceptuales de la salud mental, bienestar psicológico y necesidades existenciales. Finalmente se establecen algunos desafíos que deben superar los países de América Latina y del Caribe en la próxima década para mejorar la calidad de vida y bienestar de los adolescentes

**SENSIBILIDAD EMOCIONAL**

- 3.1.- SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD
- 3.2.- EL NEUROTICISMO COMO PROBLEMA
- 3.3.- INVESTIGACIONES QUE HAN REALIZADO EVALUACIONES UTILIZANDO ESE

La sensibilidad emocional es definida como la capacidad de los individuos para identificar rápidamente emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros (ver Guarino, 2004; 2005). La revisión y propuesta de este nuevo constructo condujo al diseño de la *Escala de Sensibilidad Emocional – ESE* (Guarino y Roger, 2005), la cual, además de medir la reactividad emocional negativa de los individuos frente a las circunstancias cambiantes del entorno, amplía su espectro hacia la medición de una dimensión más positiva y adaptativa de la emocionalidad.

### **3.1.- SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y TEORÍAS DE PERSONALIDAD**

El modelo de teoría de personalidad que más se acerca a nuestra investigación es el de Hans Jürgen Eysenck pues es el utilizado por Guarino para diseñar la Escala de Sensibilidad Emocional, añadiendo una dimensión más adaptativa a las propuestas por Eysenck. La base de esta teoría se centra en la localización de un grupo de dimensiones las cuales son independientes entre si. Estas dimensiones tienen una base biológica, genética y de factores ambientales y perduran por un largo tiempo. El modelo PEN, desarrollado a partir de 1944, hace referencia a tres tipos básicos de personalidad: Psicoticismo (P), Extraversión(E) y Neuroticismo (N) (Pueyo, 1997)

Eysenck (1947; 1952) retomó también las ideas de C. Jung (1875-1961) acerca de las relaciones entre normalidad y psicopatología, y acerca del concepto de introversión. Jung, psiquiatra y psicoanalista suizo, quien vivió la doble influencia del protestantismo y de la espiritualidad pagana, las cuales reflejaban el dualismo presente en si mismo, quien desde la edad escolar estaba convencido de tener dos personalidades, a las que denominó “número 1” y “número 2”. Su personalidad número 1 participaba en el mundo cotidiano, tenía estallidos emocionales y parecía infantil. Pero también ambicionaba ser un hombre de ciencia, alcanzar éxito académico y una vida culta y prestigiosa. La número 2 era muy inquietante, pues era ese “otro” al que había identificado con la roca y con el secreto de la gracia de Dios. Esta personalidad portaba un significado y retrocedía misteriosamente hacia el fondo de la historia. Esta parte de si tenía un secreto, pues tenía miles de años. Muchos años después comprendió que la finalidad del psicoanálisis era descubrir el secreto del paciente. Hasta la adolescencia trató de conciliar estas dos personalidades, identificándose cada vez más con la número



1. Pensaba que la número 1 quería liberarse de la opresión y melancolía de la número 2.
2. No era la número 2 la que estaba deprimida, sino la número 1 cuando se acordaba de la número 2. (Jung, 2005).

A partir de estas dos personalidades infantiles, fue que probablemente desarrolló la tipología que le dio popularidad a los conceptos de introversión y extraversión en un intento por resolver el conflicto entre dos posturas psicoanalíticas encontradas: la freudiana (con su énfasis en el concepto de libido y en la satisfacción interna del yo) y la adleriana (con su énfasis en la potencia y en la satisfacción externa del individuo). Jung escribió: “El espectáculo de este dilema me hizo reflexionar acerca de la pregunta: ¿existen dos tipos de humanos diferentes, uno de ellos más interesado en lo subjetivo, y el otro más interesado en lo objetivo?... He estudiado esta cuestión durante mucho tiempo y (...) y llegué a postular dos tipos fundamentales: la introversión y la extraversión” (Cohen, 1974).

Afirmó que el individuo con un temperamento extravertido está centrado en el mundo, es espontáneo y abierto; mientras que el introvertido está centrado en su yo, en su intimidad, es cerrado, impenetrable y se repliega fácilmente sobre sí mismo. Los rasgos enunciados bastan para mostrar cuánto se acerca Jung al modelo Hipócrates-Galeno-Kant-Wundt desarrollado previamente. (Schmidt, V., 2010).

Por otra parte, Jung (1921; citado en Eysenck y Eysenck, 1987) también estudió la neurosis considerando que esta era esencialmente independiente de la introversión y sugirió un continuo entre la psicastenia (introversión extrema) y la histeria (extraversión extrema).

Para comprender el planteamiento dimensional de Eysenck para las dos primeras dimensiones consideradas por él: N y E, es necesario conjugar la idea de Jung con la propuesta de Kretschmer, quien planteó un continuo entre la esquizofrenia en un polo (esquizotimia extrema) y la enfermedad maníaco-depresiva en el otro (ciclotimia extrema).

El modelo de Jung sugirió a Eysenck la existencia de E (a partir de sus “dos tipos fundamentales: la introversión y la extraversión” tal como los llamaba Jung) y de N

(puesto que tanto la psicastenia como la histeria pertenecían al grupo de los llamados trastornos neuróticos). Así, la dimensión N daría cuenta de la intensidad del trastorno neurótico (o de la predisposición al mismo) y la dimensión E determinaría el tipo de trastorno neurótico. Kretschmer, al proponer un continuo entre la esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva, hizo reflexionar a Eysenck (1952) sobre la existencia de una tercera dimensión de personalidad: Psicoticismo (P), que explicaría la disposición o intensidad del trastorno psicótico. También en este caso, la dimensión E podría explicar el tipo de trastorno psicótico. Algunos autores (Mac Kinnon, 1944; citado en Gutiérrez-Maldonado, 1997) relacionaron a la esquizofrenia con la introversión y a la psicosis maníaco-depresiva con la extraversión.

Como consecuencia de todas estas propuestas, Eysenck comenzó a dar forma a su modelo de personalidad de tres dimensiones: dos (N y P) referidas a la disposición a sufrir trastornos neuróticos o psicóticos, y una tercera (E) que explicaría el tipo específico de trastorno neurótico o psicótico.

Paralelamente a estas incipientes ideas que empezaron a perfilarse, Eysenck (1952) vio la utilidad de una extensa base de datos fundada por Aubrey Lewis (director de investigación del Maudsley Hospital de Londres) que contenía información sobre datos personales, síntomas y diagnósticos realizadas a cada paciente. Con esa información emprendió dos estudios. En el primero, estimó la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, obteniendo resultados poco alentadores que no se atrevió a publicar. En el segundo, realizó análisis para investigar los posibles determinantes de la estructura básica de la personalidad (Gutiérrez-Maldonado, 1997). Como resultado de este segundo estudio y motivado por los aportes teóricos que se hallaba revisando, cobró mayor fuerza su idea de tres factores de personalidad (P-E-N) y su enfoque dimensional, sentando de esta manera las bases de lo que sería el “programa de investigación” de su vida: el estudio científico de la personalidad.

A partir de entonces analizó las relaciones entre los dos factores identificados (E y N) y una multiplicidad de medidas (pruebas de rendimiento, preferencias, aptitudes físicas, etc.), siendo los resultados de este análisis, el origen de su primer libro (*Dimensions of Personality*) en 1947. . Años más tarde (en 1952), publicó otra obra célebre *The Scientific Study of Personality* (Londres: Routledge y Kegan Paul). Presentó aquí una

gran cantidad de evidencia empírica a favor de su modelo de personalidad, derivada de sus investigaciones llevadas a cabo en el Instituto de Psiquiatría (Maudsley Hospital) de la Universidad de Londres. Además de profundizar en las dimensiones N y E, agregó una tercera dimensión: P.

La extraversión fue la dimensión más trabajada por Eysenck. Se trata de una dimensión bipolar en la que en el extremo alto se encuentra la extraversión y en el otro extremo, el de las puntuaciones bajas, hallamos la introversión. Los nueve factores de esta dimensión son la sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia (espontaneidad) y aventurero. Según Eysenck detrás de esta dimensión estaba el SARA (Sistema de Activación Reticular Ascendente) que se encargaba de activar la corteza cerebral. De este modo las personas con una corteza cerebral muy activada no necesitarían más estimulación y evitarían excesivo contacto social, es decir, serían introvertidas y viceversa. Según Eysenck esta es la dimensión social. (Pueyo, 1997).

El Psicoticismo fue la última dimensión en aparecer en su teoría y la más criticada (de hecho los defensores de los modelos de 5 dimensiones subdividen esta en dos dimensiones, el Autocontrol y la Hostilidad). Los nueve factores de esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad, el ser antisocial, la ausencia de empatía, la creatividad y la rigidez. Las bases biológicas de esta dimensión, mucho menos sólida que las de las otras dos dimensiones, se basa principalmente en el metabolismo de la serotonina. Esta dimensión, originalmente se diseñó para detectar tendencias psicóticas en la población normal, sin embargo los resultados muestran que la inmensa mayoría de la gente puntúa extremadamente bajo en esta escala (normalidad) y que los que puntúan alto no son psicóticos, sino más bien psicópatas. También correlaciona positivamente con los delincuentes. Según Eysenck esta es la dimensión impulsiva.

Actualmente están más aceptados los modelos de cinco dimensiones y de ellos el que más apoyo recibe es el de los Cinco Grandes. Realmente el [Modelo de los cinco grandes](#) no es un modelo único, sino que es un conjunto de modelos de diferentes autores que coinciden en que la personalidad puede ser explicada con 5 factores: la Extraversión, la Ansiedad (Neuroticismo), el Autocontrol o Consciencia, la Hostilidad/Afabilidad y el Intelecto. Así pues observamos como los dos primeros son idénticos a dos de las

dimensiones del modelo PEN y como el Psicoticismo da lugar a dos nuevas dimensiones, una centrada en el control de las propias emociones y la otra en la hostilidad o agresividad. Además, incluyen dentro del modelo el Intelecto (similar a la Inteligencia, pero más amplio) que ya había sido trabajado también por Eysenck, aunque siempre por separado de su modelo PEN, pues siempre reconoció que la inteligencia era un factor determinante en la personalidad del individuo. (Pueyo,1997).

Otros autores han relacionado el Modelo de los Cinco grandes con la cultura a la cual pertenecen las personas. Leibovich y otros (2009) citan a Kroeber (1971) según el cual existen tres métodos a través de los cuales los perfiles de personalidad de una cultura pueden ser conceptualizados, a saber: (a) Ethos – Es un nivel superorgánico referido a características usadas para describir las instituciones y costumbres de una cultura tales como sus cuentos folclóricos, organización política, práctica de crianza en niños, creencias religiosas; (b) Carácter nacional – describe los rasgos de personalidad que se perciben como prototipos de miembros de una cultura. Las características intentan ser descriptivas y no valorativas; (c) Conjunto de características de personalidad (“*aggregate personality traits*”) – El foco de interés en este nivel es caracterizar individuos de una cultura. Es decir, en términos de la evaluación del nivel de rasgos significativos de los miembros de una cultura.

En este sentido, Leibovich y otros (2009) evaluaron las características de personalidad en 181 sujetos, de los cuales el 99% eran mujeres, no estudiantes, con edades entre 17 y 38 años de Buenos Aires Argentina, aplicaron el instrumento Inventario de Personalidad NEO, con 240 ítems, en tercera persona, tomando en cuenta las cinco dimensiones básicas y seis facetas para cada una de estas dimensiones. Similar a lo hallado en otras culturas, observaron en la nuestra diferencias en función del sexo de la persona evaluada. Las mujeres de la muestra argentina valoran y profundizan más en sus sentimientos, son más afectuosas y están más interesadas en el arte que los hombres. Estas diferencias parecen ser pan-culturales y no reflejo de su idiosincrasia, ya que se ha encontrado este mismo resultado en más de 50 culturas (McCrae, Terracciano, Leibovich de Figueroa, y otros., 2005. Citados por Lebovich y otros, 2009).

La centralidad del concepto de rasgo para la teoría de la personalidad, evaluación, y la investigación es evidente en la psicología occidental. Los rasgos –definidos como, diferencias individuales relativamente estables o duraderas en cuanto a pensamientos, sentimientos y conducta– han sido descritos como “la parte central de la personalidad” (Costa y otros, 2001), “su característica central y definidora” (A. Buss, 1989. Citado por Chuch,2003), y como algo que virtualmente se requiere para un entendimiento sistemático de la personalidad. Otros han discutido que sin rasgos, el estudio de la personalidad y su aproximación psicometría no pudieran existir (Wiggins, 1997; Zuroff, 1986. Citados por Chuch, 2003). Dada la centralidad de la perspectiva de los rasgos en la psicología de la personalidad, no es de sorprenderse que la psicología de los rasgos, sitúe su énfasis en los atributos internos y estables, que proveen la base teórica para la mayoría de la investigación transcultural sobre personalidad.

Aunque la distinción entre la psicología transcultural y la psicología cultural es difusa (Greenfield, 1997. Citado por Chuch,2003), algunas distinciones prototípicas pueden ser indicadas. En la psicología transcultural, la cultura es generalmente tratada como una variable independiente, y por lo tanto es implícitamente externa y es distinguible de la personalidad del individuo (Lonner y Adamopoulos, 1997. Citado por Chuch,2003). La cultura, se cree que impacta en varios grados la estructura, el nivel, y los correlatos de los varios rasgos.

Aunque la cultura podría influir en la personalidad muchos autores insisten en la heredabilidad de la personalidad. La evidencia acerca de la heredabilidad por sí misma es suficiente para indicar que los rasgos de la personalidad no son solamente construcciones culturales, pero algo “intrínseco” de la persona explica parte de la consistencia de la conducta y la experiencia (McCrae y Costa, 1995). Hay evidencia contundente acerca de la heredabilidad moderada de rasgos de la personalidad, incluyendo los rasgos que esperaríamos que son especialmente susceptibles a influencias culturales (por ejemplo, tradicionalismo, absorción, apertura hacia la experiencia, altruismo, y creencias sociopolíticas y religiosas; Jang, McCrae, Angleiner, Riemann, Livesly, 1998; Loehlin, 1992; Tellegen y otros, 1988. Citados por Chuch, 2003). Además, estimaciones sobre la heredabilidad no parecen ser muy diferentes a través de las culturas, aunque la evidencia en este respecto es mínima (Jang y otros., 1998;). Los estilos de madurez universales basados en rasgos de la personalidad a través de culturas,

son muy diferentes también, pero no hay una garantía del nivel de control genético de los rasgos de la personalidad (McCrae y otros., 1999. Citado por Chuch, 2003)).

### **3.2.- EL NEUROTICISMO COMO PROBLEMA**

Neuroticismo es el nombre que Eysenck le dio a una dimensión que oscila entre aquellas personas normales, calmadas y tranquilas y aquellas que tienden a ser bastante “nerviosas”. Su investigación demuestra que estas últimas tienden a sufrir más frecuentemente de una variedad de “trastornos nerviosos” que llamamos neurosis, de ahí el nombre de la dimensión. Pero debemos precisar que él no se refería a que aquellas personas que puntuaban alto en la escala de neuroticismo son necesariamente neuróticas, sino que son más susceptibles a sufrir problemas neuróticos. (Boeree, 2008)

Así, el neuroticismo o vulnerabilidad a la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés tanto de carácter físico (por ejemplo, el dolor) como psicológico (por ejemplo, la frustración). En el modelo de Eysenck, el grado de neuroticismo está relacionado con el grado de activación o "arousal" subcortical, con la región límbica-formación reticular, del cerebro, relacionándose con el sistema autónomo simpático. El neuroticismo hace mención a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de la persona. (Ruiz y Cano,2010)

el Neuroticismo N, es, entonces, una dimensión de la sensibilidad del sistema límbico a los estímulos externos. Así, los individuos con un alto puntaje en N son más propensos a experimentar activación autonómica, perturbación y agitación ante las experiencias estresantes. (Matthews y Deary, 1998; citado por Guarino 2005). Son igualmente propensos a percibir la vida como más estresante, a afrontar de manera más ineficiente, a tener menor bienestar psicológico y en general, a reportar más quejas somáticas, rabia, ansiedad, tristeza y disgusto.

Chico Librán (2003), realizó un estudio para evaluar la contribución del Neuroticismo en la correlación disposición optimista y los estilos de afrontamiento, en 415 estudiantes de psicología y relaciones laborales en la Universidad de Roviri, Tarragona. En principio se puede señalar que el optimismo disposicional, valorado mediante el cuestionario LOT-R, parece tener una aceptable validez predictiva sobre los distintos estilos de afrontamiento, además los resultados aportan una cierta evidencia que sugiere

que el optimismo está positivamente asociado con el uso de aquellas estrategias que apuntan directamente a disminuir la fuente del estrés, y esto basado en los siguientes hechos: a) Las correlaciones encontradas entre optimismo y los otros dos predictores se encuentran en un rango moderado, lo que parece indicar que la varianza compartida entre optimismo y los otros dos predictores también se puede considerar moderada. En otro orden de cosas, parece confirmarse la idea de que el optimismo disposicional está directamente relacionado con estrategias de afrontamiento positivas (planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado al problema y afrontamientos adaptativos) y negativamente relacionado con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos (centrarse en las emociones y desahogarse, negación, distanciamiento conductual y mental, consumo de alcohol y drogas y afrontamiento desadaptativo). No obstante, conviene señalar que aunque el patrón de correlaciones es consistente con investigaciones anteriores, en el sentido de que optimismo puede ser un determinante de las estrategias que la gente utiliza para afrontar situaciones de estrés, también es igualmente cierto que determinadas formas de afrontamiento influyen a su vez o incluso determinan el nivel de optimismo; es decir, la relación se establece en doble sentido como una interacción. Por otra parte, conviene señalar, como dice Lazarus (1991), que el afrontamiento es más bien un proceso y no tanto un rasgo. Es decir, las estrategias de afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que las personas utilizarían distintos tipos de afrontamiento dependiendo tanto de cuál sea su estrategia preferida como de cuáles sean las demandas adaptativas de cada situación. Por lo tanto, no se puede hablar de forma absoluta de afrontamiento positivo o negativo, ya que la bonanza en la utilización de un afrontamiento es relativa, dependiendo del momento y del problema en cuestión. Finalmente señalar que muchas de las correlaciones están por debajo del .20. y esto indicaría que la magnitud de los efectos es generalmente pequeña (Cohen, 1988) y por lo tanto la mayor porción de varianza en los afrontamientos queda sin explicar.

A pesar de todo lo anterior, la dimensión N ha sido duramente criticada debido a las inconsistencias de sus hallazgos empíricos, llevando al cuestionamiento tanto del constructo mismo, como de las escalas desarrolladas para su medición. (Roger, 1995. Citado por Guarino, 2005). Específicamente, el Neuroticismo es en la actualidad considerado como una variable que crea confusión e inconsistencia en el campo de la investigación estrés – enfermedad, dado que los individuos con altos puntajes en N

están más propensos a reportar estrés negativo, inconformidad e insatisfacción, independientemente de la situación, e incluso en ausencia de cualquier fuente de estrés objetiva. Otro aspecto negativo que afecta a N es haber sido concebido en términos peyorativos, midiendo solo facetas negativas de las emociones, excluyendo la posibilidad de evaluar dominios de la personalidad más adaptativos y positivos. Finalmente la revisión de los ítems de las escalas N parecen confundirse con elementos de baja autoestima. Guarino y Rogers (2005) resuelven todas estas limitaciones a través de la ampliación del constructo, redefiniéndolo como *sensibilidad emocional* pues este nuevo término permitiría la descripción tanto del componente negativo como positivo de la emocionalidad.

En vista de todas estas limitaciones psicométricas de las escalas N, Guarino y Rogers (2005) observaron la necesidad de una medida válida y confiable de la respuesta emocional de los individuos, lo que llevó a la construcción de la Escala de Sensibilidad (ESE) construida originalmente en inglés, con población británica, resultando en dos dimensiones completamente ortogonales, denominadas Sensibilidad Egocéntrica negativa (SEN) y Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP) (Guarino, 2004)

En el año 2005, se efectuó un estudio en el cual se compararon la sensibilidad emocional de dos grupos de estudiantes culturalmente disímiles, uno británico y el otro venezolano. Los participantes completaron la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) en sus versiones en inglés y en español. Se compararon inicialmente las estructuras factoriales de ambas escalas utilizando análisis factorial confirmatorio, para finalmente comparar los puntajes de los estudiantes, con el objeto de determinar diferencias culturales en su sensibilidad emocional. Los resultados indicaron que la estructura factorial de la versión anglosajona de la escala está compuesta por dos dimensiones de la sensibilidad, mientras que la escala en español arrojó una tercera dimensión que describía de manera más apropiada los datos. Por otro lado, los estudiantes británicos mostraron mayor sensibilidad emocional tanto negativa como positiva con respecto a los venezolanos, estableciéndose así una diferencia que contrasta con estereotipos culturales ampliamente aceptados. (Guarino y otros, 2005).



El proceso de adaptación por el cual Guarino y Rogers agregaron una tercera dimensión a la ESE, implicó no sólo la traducción del pool original de ítems, sino que la escala fue sometida a nuevos análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC), con el objeto de determinar si se replicaría la estructura original de la escala en inglés. Los resultados indicaron que las dimensiones negativa y positiva de la sensibilidad se replicaron de manera muy similar, con 64% de los ítems para SEN (sensibilidad egocéntrica negativa) y 73% para SIP (sensibilidad interpersonal positiva), apareciendo, sin embargo, una tercera dimensión de la sensibilidad que se denominó *Distanciamiento Emocional (DE)*. El distanciamiento emocional describe la tendencia de los individuos a alejarse y/o evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniendo distancia de aquellos que puedan estar atravesando circunstancias difíciles. En síntesis, las dimensiones de sensibilidad negativa y positiva de la versión anglosajona reaparecieron de forma muy similar en la escala hispana, surgiendo, sin embargo, en esta última versión el factor de *distanciamiento emocional* como una expresión diferente de la sensibilidad emocional. (Guarino y Roger, 2005).

La versión en español de la Escala de Sensibilidad de Guarino y Rogers aplicada a venezolanos tenía otra dimensión, el Distanciamiento Emocional (DE). Como se indicó anteriormente, el análisis de la escala anglosajona produjo un factor relacionado principalmente con empatía (sensibilidad interpersonal positiva), mientras que los ítems que constituyen la escala de *distanciamiento emocional* de la versión hispana surgieron del conjunto de ítems remanentes del pool original, indicando que son factores, aunque ligeramente relacionados, conceptualmente diferentes. Esto sugiere que el tercer factor surgido en la escala hispana podría estar describiendo una característica culturalmente específica de la emocionalidad de los venezolanos, quienes distinguen claramente entre la sensibilidad hacia las emociones de los otros (capacidad de reconocimiento emocional) y el involucrarse con los mismos. Estos resultados apoyan hallazgos previos en torno a las diferencias culturales existentes en medidas de personalidad, especialmente cuando se evalúan estilos emocionales y su expresión entre culturas (Eid y Diener, 2001; McConatha, Lightner y Deaner, 1994; Oatley y Jenkins, 1996; Roger y otros, 2001. Citados por Guarino y Rogers, 2005).

Así, la ESE, versión en español, tiene un total de 45 ítems que el participante debe responder en el formato binario de cierto – falso. Del total de ítems, 22 se relacionan con la característica *Sensibilidad Egocentrismo Negativo (SEN)* para describir a aquellos individuos con predominio de emociones y sentimientos negativos orientados hacia si mismos; un total de 13 ítems describen a los individuos con *Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP)* para aquellos que tienen grandes habilidades para reconocer y comprender los estados emocionales de los otros, así como la tendencia a mostrar compasión por aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles, siendo esta una situación más adaptativa y que motiva a la persona a ayudar a los otros. Finalmente, un tercer tipo de sensibilidad emocional fue descrito, particularmente para la población hispana, correspondiendo un total de 10 ítems para el *Distanciamiento Emocional (DE)* para describir a aquellos individuos que tienen la tendencia a mantener a distancia las reacciones emocionales de otros, evitando involucrarse en las emociones negativas de los demás.

### **3.3.- INVESTIGACIONES QUE HAN REALIZADO EVALUACIONES UTILIZANDO ESE.**

En el año 2006, Bethelmy y Guarino, realizaron un estudio en Caracas, Venezuela en 130 médicos de Unidades de Cuidados Intensivos en Hospitales públicos. En dicha investigación se plantearon como objetivo determinar un modelo predictivo de salud, tomando en cuenta las relaciones entre el sexo, el cargo, el estrés laboral, los estilos de afrontamiento y la sensibilidad emocional en una muestra de profesionales de la medicina (residentes y especialistas) de unidades críticas de hospitales públicos del área metropolitana de Caracas - Venezuela.

Refieren que la combinación de diversas condiciones estructurales del trabajo, tales como altas y bajas demandas laborales, y control decisional producen cuatro escenarios diferentes que originan consecuencias distintas para los trabajadores en términos de salud y aprendizaje. La primera situación es denominada *Tensión Laboral*, en la cual las demandas laborales son altas y el control en la decisión es bajo, constituyendo la hipótesis principal del modelo; la segunda es llamada situación *Activa*, cuando la demanda laboral es alta y el control en la decisión también es alto; la tercera situación es la *Baja Tensión*, con una demanda psicológica baja y alto control en la decisión; y

finalmente, la situación *Pasiva*, constituida por una baja demanda psicológica y bajo control decisional. Específicamente, se plantea una asociación significativa entre elementos o situaciones laborales que son psicológicamente demandantes e incontrolables y el incremento en la probabilidad del desarrollo subsecuente de enfermedades. Así, una persona con altas demandas laborales en el trabajo y bajo control decisional en la tarea, tiene una mayor posibilidad de desencadenar reacciones psicológicas adversas, tales como fatiga, ansiedad y depresión, así como enfermedades físicas en general (Karasek, 1998; O'Connor y otros, 2000; Pelfrene y otros, 2001 Citados por Bethelmy, 2008)).

En general, las mujeres reportaron mayores niveles de síntomas físicos ( $t=-2,111$ ,  $p=0,037$ ) que los hombres, y no difirieron estadísticamente en las tres dimensiones de sensibilidad emocional, ni en las de afrontamiento ( $t$  de student no significativas). De acuerdo al estado civil, se observó que los hombres solteros manifestaron significativamente mayores síntomas psicológicos ( $t=1,9$ ,  $p= 0,058$ ) y mayor distanciamiento emocional ( $t=2,11$ ,  $p=0,036$ ) que los casados. Y en general, las personas solteras hacían mayor uso de la estrategia de afrontamiento emocional ( $t=2,166$ ,  $p=0,032$ ) y las casadas mostraron mayores niveles de control ( $t=-2,497$ ,  $p=0,014$ ).

Para el cargo, las mujeres residentes reportaron significativamente más síntomas psicológicos que las supervisoras ( $t=2,66$ ,  $p=0,009$ ). De igual forma, se muestra que los residentes reportaron mayores niveles de síntomas físicos que sus supervisoras ( $t=3,03$ ,  $p=0,003$ ). No se observan diferencias entre los reportes de los síntomas psicológicos de los hombres, tanto para los residentes como para los supervisoras.

En cuanto a la sensibilidad emocional, los médicos se caracterizaron por presentar altos niveles de sensibilidad interpersonal positiva, en comparación con los puntajes obtenidos en las escalas de sensibilidad egocéntrica negativa y de distanciamiento emocional. Este es un hallazgo novedoso, ya que no se tenían medidas de los componentes de la sensibilidad emocional en una muestra de médicos de hospitales públicos, sino sólo de estudiantes universitarios. Estos resultados apoyan la suposición de Guarino (2004) de que la sensibilidad interpersonal positiva es una característica que debería estar presente en personas con profesiones de ayuda, tales como los trabajadores

sociales, los psicólogos, los médicos, los bomberos y policías. Firth-Cozens (2001) también manifiesta que esta característica de preocupación por los otros, además de deseada por la sociedad, es absolutamente necesaria para el buen cumplimiento del rol de médico, y del desarrollo armónico y óptimo de la relación médico-paciente. Tampoco se encontraron diferencias de sexo significativas en las dimensiones de sensibilidad emocional. A este respecto, se apoyan los resultados de Guarino (2005) referidos a la igualdad de sexo en cuanto a la manifestación de la sensibilidad egocéntrica negativa. Así, no son las mujeres quienes obtienen mayores puntajes de neuroticismo y expresión emocional negativa, como lo han señalado otros autores (Costa, Terraciano, & McCrae, 2001); sino que ambos géneros obtienen valores similares en este tipo de emocionalidad. Se apoya además la consideración de que el instrumento de sensibilidad emocional de Guarino (2004; Guarino & Roger, 2005) minimiza la posibilidad de que ciertos ítems estén asociados a algún sexo en particular, aumentando así el valor psicométrico de esta nueva propuesta de medida de la Sensibilidad Emocional.

En este orden de ideas, Herrera y Guarino (2008), exploraron las posibles relaciones entre el estrés, la sensibilidad emocional, el afrontamiento y la salud percibida en cadetes de la Escuela Naval de Venezuela. Los participantes fueron 130 cadetes (31 mujeres y 99 hombres) a quienes se evaluó su grado de estrés, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional, con el objeto de establecer la relación de estas variables con su salud percibida. Los resultados apoyan hallazgos previos sobre la relación positiva del estrés y el deterioro en la salud percibida de los cadetes. Igualmente, se encontró una relación significativa entre la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y las dimensiones del estrés, sugiriendo que las personas con esta característica perciben más situaciones estresantes y en forma más intensa. Finalmente, los resultados indican que los cadetes que utilizan estilos de afrontamiento poco adaptativos muestran mayor deterioro en su salud.

Por otra parte, Guarino y otros (2005) evaluaron la Sensibilidad Emocional en estudiantes universitarios británicos y venezolanos, observando que usando los puntajes ponderados, los análisis revelaron que los estudiantes británicos experimentaron significativamente mayor sensibilidad emocional negativa que los venezolanos, a la vez que mostraron ser más empáticos. Esto último contrasta significativamente con la

noción popular de que las culturas latinas son concebidas como más abiertas, sociables y activas desde el punto de vista interpersonal, a diferencia de las culturas anglosajonas. Desafortunadamente, no se han encontrado hallazgos empíricos que apoyen esta noción, especialmente comparando estos grupos culturales en constructos relacionados. Sin embargo, Serrano, El-Astal y Faro (2004) comparando adolescentes de España, Palestina y Portugal encontraron que los valores sociales de los adolescentes latinos (españoles y portugueses) son cada vez más individualistas y más orientados al yo, en vez de a lo social y colectivo. En el presente sería precipitado concluir simplemente que los venezolanos tienen menor sensibilidad positiva que los británicos, dado que es posible que este resultado esté reflejando una característica específica de los sujetos bajo estudio, sin embargo, se requiere más investigación que confirme o invalide estos hallazgos.

Lo que resultó similar en ambas culturas fue la mayor empatía de las mujeres y su mayor habilidad para mostrar comprensión y preocupación por los otros, comparadas con los hombres, apoyando esto hallazgos previos con respecto a la relación existente entre empatía y género (Davis, 1980; Eysenck y Eysenck, 1978; Eysenck, Pearson, Eastig y Allsop, 1985; Hoffman, 1977; Lennon y Eisenberg, 1987; Martin et al., 1996; Mehrabian y Epstein, 1972). Resultó también similar en ambas culturas la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en su sensibilidad negativa, lo cual contrasta con resultados tradicionales con respecto a la mayor afectividad negativa y neuroticismo de las mujeres (Costa, Terraciano y McCrae, 2001; Eysenck y Eysenck, 1978; Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985; Lynn y Martin, 1997; Martin y Kirkcaldy, 1998). Previamente había sido indicada la necesidad de explorar la relación entre sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y orientación del rol de género (Guarino, 2004), con el objeto de determinar si efectivamente existe una relación entre los roles femenino/ masculino y la afectividad negativa independientemente del sexo biológico, tal como reportaron Annandale y Hunt (1990), y que pudiera estar explicando estas diferencias. Podría, asimismo, asumirse que la escala de *sensibilidad egocéntrica negativa* mide esencialmente un constructo diferente a lo que tradicionalmente miden las escalas de neuroticismo, explicando así la originalidad de estos resultados. Finalmente, es posible que la ausencia de diferencias entre géneros para esta escala se deba a una ausencia del funcionamiento diferencial del ítem (DIF), que significa que la probabilidad de respuesta correcta de un ítem no depende únicamente del nivel del

sujeto en el espacio latente medido, sino que ésta se halla además condicionada por la pertenencia a un determinado grupo social, cultural, lingüístico, instruccional, que genera una falta de equivalencia métrica entre sus puntuaciones (Elosua, 2003). Este fenómeno ha sido ya observado y reportado en medidas de emocionalidad, produciendo diferencias artificiales entre géneros (por ejemplo, Smith y Reise, 1998). En síntesis, los ítems en la escala negativa SEN no parecen responder a características específicas de los géneros, pareciendo así medir la verdadera naturaleza de la labilidad emocional. Finalmente, el análisis transcultural de los puntajes en las escalas del ESE por género indicó que los hombres en ambas culturas no difieren significativamente en su sensibilidad negativa o positiva, mientras que las mujeres británicas mostraron una mayor sensibilidad negativa que sus contrapartes venezolanas.

Goncalves y otros (2005) realizaron un estudio para determinar la relación existente entre el estrés laboral y la Sensibilidad Egocéntrica Negativa con el estatus de salud física y psicológica de profesionales venezolanos. Se midieron el estrés laboral percibido, según el Modelo Demanda-Control (demanda-control-apoyo social), la sensibilidad egocéntrica negativa y el estatus salud física y psicológica autopercebida, en 441 profesionales venezolanos de diferentes disciplinas que se encontraban haciendo estudios de postgrado en dos universidades venezolanas, la Católica Andrés Bello y la Simón Bolívar, además de estar en ejercicio profesional. La muestra estuvo constituida por profesionales de ambos sexos (M=220; F=220) con edades comprendidas entre 23 y 60 años. El 42.4% pertenecían a carreras de Ingeniería y Ciencias Aplicadas, 34% a Ciencias Sociales y Humanidades y el 3,4% a carreras de la salud. Los resultados mostraron que el estrés laboral y la sensibilidad egocéntrica negativa impactan sobre la salud autopercebida. La sensibilidad egocéntrica negativa se relaciona positivamente con mayores demandas laborales, así como con una mayor ansiedad, depresión, reportes de enfermedad, síntomas e indicadores de morbilidad y de manera inversa con control laboral, apoyo social, autoestima y bienestar, apoyando evidencias previas sobre el efecto pervasivo de la sensibilidad egocéntrica negativa sobre la salud y el bienestar de los individuos.

En este capítulo se evalúa más profundamente el constructo sensibilidad emocional y se analiza su relación con algunas de las teorías de personalidad, en especial con el modelo PEN de Eysenck. Se plantean las limitaciones de la evaluación del

Neuroticismo, a través de las cuales se explica la necesidad de un nuevo instrumento psicométrico que evalúe la emocionalidad desde un punto de vista más positivo y adaptativo. Así surge la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino y Rogers. Finalmente se hace un acercamiento a las publicaciones que han utilizado dicha escala y se plantean someramente los resultados.

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA**

**4.1. LUGAR**

**4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.  
GRUPO CONTROL**

**4.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS**

**4.4.- PROCEDIMIENTO**



## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo una investigación de campo, descriptiva y transversal, ya que se aplicarán los instrumentos de recolección de información en estudiantes, al inicio, en la mitad y al final de la carrera de Bioanálisis.

#### **4.1.- LUGAR**

Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Escuela de Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela

La Escuela de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes prepara estudiantes para la obtención del título de Licenciados en Bioanálisis. La carrera tiene una duración de 10 semestres con un total de 42 asignaturas. Administrativamente está constituida por dos Departamentos, el de Bioanálisis Clínico y el de Microbiología y Parasitología. El primero reúne a las asignaturas como Biología, Ciencias Morfológicas, Fisiología, Fisopatología, Bioquímica General, Bioquímica Clínica, Hematología, Citología, Prácticas Profesionales, Metodología de la Investigación, Deontología. El segundo reúne como asignaturas a Parasitología, Bacteriología y Micología, Microbiología General, Microbiología Clínica. Además hay asignaturas electivas como Psicología, y Gerencia de Laboratorios. Hay cuatro asignaturas que dependen del Departamento de Análisis y Control de la Escuela de Farmacia, estas son Química General, Física, Matemáticas, Inglés y Fisicoquímica. Los semestres noveno y décimo consisten en una pasantía por diferentes áreas, la cual realizan los estudiantes en diferentes hospitales y laboratorios del país, bajo la supervisión de la Cátedra de Prácticas Profesionales. Los estudiantes están obligados a presentar Tesis de Grado.

La matrícula activa actualmente es de 770 estudiantes regulares. Unos 30 estudiantes han abandonado el semestre y hay 16 con medida de bajo

rendimiento académico y por lo tanto retirados durante dos semestres consecutivos.

#### 4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA. GRUPO CONTROL

La muestra para realizar el trabajo quedó constituida por 284 estudiantes, esto es un 36.8 % de la población total (n= 770) de las asignaturas de los semestres segundo, cuarto, sexto y octavo, como observamos en el cuadro N° 1. Un total de 20 encuestas fueron excluidas del estudio por tener datos incompletos en alguno de los instrumentos de recolección. También fueron excluidos del estudio los alumnos pertenecientes a noveno y décimo semestre, ya que los mismos salen de pasantías fuera del Estado Mérida y es muy difícil localizarlos para la evaluación.

**CUADRO N° 1**

#### **MUESTRA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Semestre	Asignatura	MUESTRA	
		N°	%
Segundo	Ciencias Morfológicas	94	23,0
Cuarto	Elaboración Proyecto	54	19,0
Sexto	Inmunología	79	27,8
Octavo	Toxicología	57	20,2
<b>TOTAL</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas realizadas a estudiantes. 2010.

**El grupo control** quedo conformado por 32 personas, todos estudiantes de carreras diferentes al área de la salud, esto es, Ingeniería, Arquitectura y Ciencias Forestales.

#### 4.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

##### **Instrumentos a aplicar:**

- Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino.
- Cuestionario de Salud Mental de Goldberg 28 items
- Hoja de datos socio demográficos.

- Cuestionario de necesidad o no de apoyo psicológico.
- Hoja de consentimiento informado a firmar por los participantes en el estudio.

#### **4.3.1.- Descripción de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino**

La ESE, versión en español, tiene un total de 45 ítems que el participante debe responder en el formato binario de cierto – falso. Del total de ítems, 22 se relacionan con la característica *Sensibilidad Egocentrismo Negativo (SEN)* para describir a aquellos individuos con predominio de emociones y sentimientos negativos orientados hacia si mismos; un total de 13 ítems describen a los individuos con *Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP)* para aquellos que tienen grandes habilidades para reconocer y comprender los estados emocionales de los otros, así como la tendencia a mostrar compasión por aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles, siendo esta una situación más adaptativa y que motiva a la persona a ayudar a los otros. Finalmente, un tercer tipo de sensibilidad emocional fue descrito, particularmente para la población hispana, correspondiendo un total de 10 ítems para el *Distanciamiento Emocional (DE)* para describir a aquellos individuos que tienen la tendencia a mantener a distancia las reacciones emocionales de otros, evitando involucrarse en las emociones negativas de otros.

### **TABLA N° 1**

#### **ITEMS DE LA ESCALA DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL**

##### **ITEMS RELACIONADOS CON SENSIBILIDAD EGOCÉNTRICA NEGATIVA (SEN) TOTAL 22**

- Con frecuencia siento desespero cuando enfrento situaciones difíciles
- Me siento fácilmente frustrado(a)
- Yo me cuestiono mucho a mi mismo(a)
- Con frecuencia me pongo bravo(a) conmigo mismo(a)
- Me siento realmente molesto si la gente no capta como me siento
- Con frecuencia parece que mis preocupaciones son más grandes que las de cualquier otra persona
- Con frecuencia pequeñas cosas bastan para ponerme de mal humor
- Cuando un proyecto en el que estoy trabajando arranca mal, con frecuencia lo veo como un mal presagio para el resto del proyecto
- Me resulta difícil ayudar a gente que esta enfrentando situaciones estresantes, porque yo me estreso fácilmente también

- Cuando me siento triste y abatido(a), lo peor que puede pasarme es escuchar gente riéndose y divirtiéndose
- Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo
- A veces siento que nadie se preocupa por mi
- Con frecuencia me imagino el peor escenario posible para cualquier cosa que estoy por comenzar.
- Yo puedo controlar mis nervios fácilmente. (\*)
- Me enfurezco cuando las cosas no funcionan
- Los cambios repentinos en mi vida con frecuencia me dejan absolutamente consternado(a)
- La peor cosa que podría pasarme es sentirme como un(a) tonto(a)
- Cuando empiezo a hablar con mis amigos acerca de sus problemas, inmediatamente comienzo a pensar en los míos propios
- Con frecuencia me siento responsable por la forma como otros se están sintiendo
- Yo me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado(a) cuando veo a algún familiar o amigo cercano enfrentando un problema, y desearía no estar allí.
- Yo me preocupo constantemente de no cometer errores en mi trabajo
- Yo me molesto mucho cuando mis amigos no se presentan, tal como estaba planeado .

#### **ITEMS RELACIONADOS CON DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL (DE) TOTAL 10**

- Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros
- Me gusta mantenerme alejado(a) de las reacciones emocionales de los otros
- Yo trato de mantenerme alejado(a) de las situaciones difíciles de otra gente para no involucrarme
- Con frecuencia pienso que mostrar mucha preocupación y lástima por otros puede resultar en involucrarme en cosas que no quiero
- Cuando estoy tratando de ayudar a otras personas, empiezo a preocuparme de que eso me vaya a llevar mucho tiempo
- Yo trato de no involucrarme emocionalmente con gente que esta pasando por situaciones difíciles
- Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otros, pero no involucrarme con ellos
- Cada vez que estoy ayudando a otra gente a enfrentar sus problemas, me preocupo si me estaré involucrando demasiado
- Yo pienso que uno solo puede ayudar realmente a alguien, si no se involucra emocionalmente
- Cada vez que veo a alguien cercano a mi teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado(a) que soy de no estar en esa situación

#### **ITEMS RELACIONADOS CON SENSIBILIDAD INTERPERSONAL POSITIVA (SIP) TOTAL 13**

- Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor, incluso aunque traten de esconderlos .
- Me siento molesto(a) cuando otra gente está pasando por momentos difíciles
- Me resulta fácil entender los sentimientos de otras personas
- Cada vez que veo a alguien en problemas, siento que es mi responsabilidad ayudar y dar apoyo
- Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que está teniendo problemas
- Yo me siento más preocupado(a) que mucha gente por las personas injustamente tratadas
- Es algo difícil para mí conocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor (\*)
- Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad
- Yo trataría de ayudar a alguien llorando en la calle
- Yo no trato de averiguar cómo la gente a mi alrededor se siente (\*)
- Es fácil para mí entender los sentimientos de otros cuando ellos están estresados
- Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer
- Con frecuencia me siento más preocupado(a) por los sentimientos y preocupaciones de otros que por los míos propios

**(\*) DEBEN SER RESPONDIDAS COMO FALSO.**

#### **4.3.2.- Descripción del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg 28**

##### **ítems.**

Basándose en el Cornell Medical Index<sup>1</sup>, el trabajo de Abrahamson y otros, de Veroff y otros, David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de este, se han ido generando versiones más cortas como GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo "escalado" de 28 ítems -GHQ-28- compuesto de cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ 28 se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems - Muñoz y otros, 1978, la de 30 ítems ; Lobo y Gimeno Aznar, 1981, la de 12 ítems –Muñoz y otros, 1995-. Sin embargo, el más difundido en España y en Venezuela ha sido el GHQ-28, adaptado y, validado por Lobo y otros en 1985, es el que utilizamos en la presente tesis.

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. ( ANEXO N° 1)

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Para determinar la puntuación del GHQ se pueden utilizar 3 métodos a saber. Estos son la Puntuación Líker, que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d); Puntuación GHQ , su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1 y la Puntuación CGHQ que divide los ítems en dos apartados, los positivos que hacen referencia a la salud (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos hacen referencia a la enfermedad (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1. La ventaja de este frente al anterior, consiste en evitar pasar por alto los trastornos de larga duración , dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten "No más que lo habitual" y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ.

### **Interpretación:**

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada

población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria. El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico. Las diferentes subescalas del GHQ-28 valoran sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, estas subescalas no son independientes entre sí. Aunque las subescalas B (ansiedad/insomnio) y D (depresión grave) se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras para ansiedad y depresión, esto no ocurre con la subescala A para síntomas somáticos.

Se ha demostrado en algunos estudios que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el GHQ, se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad.

### **Propiedades Psicométricas:**

En cuanto a la Fiabilidad los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes. Ahora, para evaluar la validez se han realizado múltiples trabajos en diferentes lugares del planeta variando la especificidad entre el 44% y el 100%; mientras que la especificidad oscila entre el 74% y el 3%. En España, hay varios estudios de validación, siendo el más importante el de Lobo y otros (1981). En el mencionado trabajo de validación se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna.

Los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75.0%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7 una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las subescalas, frente al diagnóstico según criterios ICD-9, hecho por dos psiquiatras entrenados en la administración de la CIS (Clinical Interview Schedule).

En la presente tesis se utilizó la puntuación GQ28, dando los valores 0,0,1,1 a las alternativas a, b, c, y d respectivamente, ya que nuestro interés es determinar la presencia actual de alteraciones en el estado de salud mental y hacer intervención terapéutica tanto grupal a través de un taller, como individual a través de consulta especializada.

#### **4.3.3.- Hoja para recolección de datos sociodemográficos**

Este instrumento se colocó al inicio del cuadernillo de encuestas. El mismo contenía la solicitud de datos como los últimos cinco dígitos de la cédula de identidad, edad, el sexo, lugar de procedencia, estado civil, si tiene o no hijos, en caso de tenerlos el número de ellos, si trabaja o no. (ANEXO 1)

#### **4.3.4.- Cuestionario de necesidad o no de apoyo psicológico**

Este cuestionario fue tomado del apartado AYUDA PSICOLÓGICA del Goldberg Plus utilizado en la Universidad Autónoma de Madrid. En el mismo deben responder si han recibido ayuda psiquiátrica o psicológica antes o durante la carrera, si la reciben o desearían recibirla actualmente. Además, señalar en una lista de situaciones las áreas en las que consideran necesitan orientación y ayuda. (ANEXO 1)

#### **4.3.5.- Consentimiento informado**

Cumpliendo con las normas éticas se hizo una hoja conteniendo el consentimiento informado, esto es, los participantes firman en constancia de haber sido informados sobre el proyecto, los beneficios o no del mismo, y que voluntariamente decidieron participar.

### **4.4.- PROCEDIMIENTO**

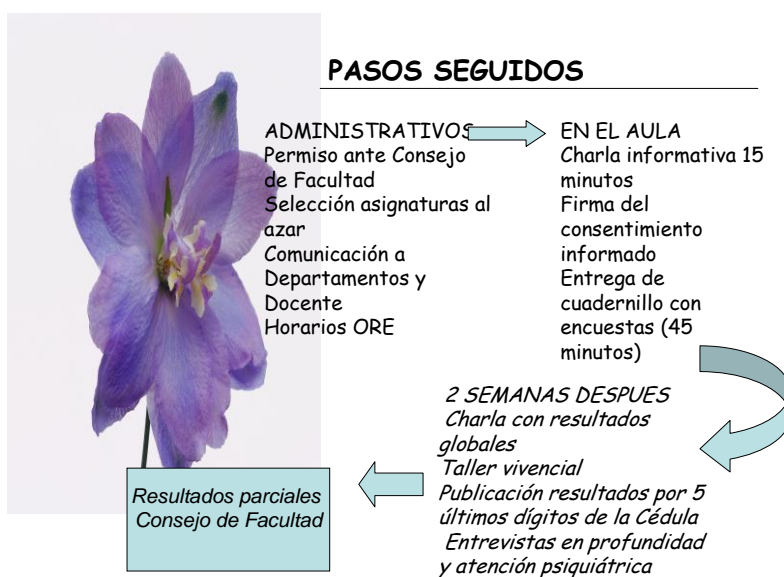
- Se solicitó autorización ante el Consejo de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis para la realización de la investigación. Para ello se hizo una presentación del proyecto ante sus miembros. Dicha autorización fue otorgada con la exigencia de hacer presentación de resultados parciales cada cuatrimestre.



- Se seleccionaron al azar las asignaturas cuyos estudiantes participarían en el estudio. Estas asignaturas deben corresponder al primero, segundo, cuarto, sexto y octavo semestre de la Escuela de Bioanálisis.
- Una vez seleccionadas las asignaturas se informó verbalmente y por escrito a los docentes responsables para acordar el horario y día de aplicación de las encuestas.
- El día acordado, se dio una charla de 15 minutos a los estudiantes, informando sobre el proyecto, entregando luego a cada estudiante el consentimiento informado el cual debían firmar y entregar de inmediato si deseaban participar en el estudio. Solo 5 estudiantes decidieron no participar y se retiraron del aula. Luego se entregó el cuadernillo con las encuestas. Cada estudiante debía colocar los últimos cinco dígitos de su cédula de identidad el inicio de la encuesta.
- Cumpliendo con los principios éticos para las investigaciones en seres humanos de la DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, las encuestas fueron anónimas, la participación es voluntaria, los resultados serán presentados de manera global, nunca individual, respetando la dignidad, integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal obtenida con las encuestas a aplicar.
- Los resultados fueron presentados de forma global en una charla, en alguna hora de clase de cada una de las secciones que resultaron seleccionadas para el estudio. De inmediato se dictó un taller vivencial dando a los estudiantes herramientas básicas para solucionar algunas de las alteraciones encontradas en las encuestas aplicadas. Dicho taller será descrito con detalles en el capítulo de Intervenciones terapéuticas. (VER ANEXO 2)
- Utilizando los últimos cinco dígitos de la Cédula de Identidad, se colocaron en cartelera los resultados obtenidos, expresando el resultado global del Goldberg,

el predominio de sensibilidad en ESE y la sugerencia de buscar psicoterapia o no. (VER ANEXO 3)

- Se realizaron entrevistas en situación de terapia individual a aquellos estudiantes que obtuvieron GHQ28 positivo, esto es, por encima de 6. Ante el anonimato de las encuestas, se publicó un número telefónico al cual podían llamar, y un e-mail a través del cual podían solicitar cita con especialista los alumnos interesados.



En este capítulo se informa sobre la metodología y procedimientos a utilizar, explicando cada uno de los instrumentos usados en la recolección de datos. Al principio se hace referencia al lugar en el cual se hizo el estudio, dando una breve información sobre las características académicas y administrativas de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. También se hizo una descripción de la muestra por semestres correspondientes al inicio, mitad y final de la carrera. Finalmente se describe detalladamente el procedimiento utilizado, plasmando algunos documentos necesarios como anexos a la tesis.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS. ANÁLISIS**

- 5.1.- MUESTRA DE ESTUDIO. GRUPO CONTROL
- 5.2.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
- 5.3.- ESCALA DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL
- 5.4.- NECESIDAD OBJETIVA DE AYUDA  
PSICOTERAPÉUTICA
- 5.5.- NECESIDAD SUBJETIVA DE AYUDA  
PSICOTERAPÉUTICA
- 5.6.- ITEMS MÁS SEÑALADOS EN ESE
- 5.7.- COMPARACIÓN DE MEDIA DE SIP, DE, SEN

## CAPITULO V

### RESULTADOS. ANÁLISIS

#### 5.1.- MUESTRA A ESTUDIAR. GRUPO CONTROL

##### 5.1.1.- MUESTRA A ESTUDIAR

La muestra quedó conformada por 284 estudiantes de la Escuela de Bioanálisis, de los cuales el 33% (N=94) cursan la asignatura Ciencias Morfológicas del segundo semestre, el 19% (N=54) cursan Elaboración de Proyectos perteneciente al cuarto semestre, el 27,8% (N=79) cursan la asignatura Inmunología del sexto semestre y el 20,2% (N=57) de la asignatura Toxicología del octavo semestre. Podemos observar que más del 60% corresponden al segundo y sexto semestre, como vemos en el cuadro N° 5.1.1 y el gráfico N° 5.1.1.

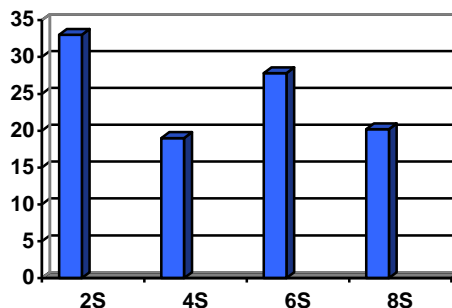
CUADRO N°5. 1.1

#### Muestra a estudiar por semestre y asignatura

Semestre	Asignatura	MUESTRA	
		N°	%
Segundo	Ciencias Morfológicas	94	<b>33,0</b>
Cuarto	Elaboración Proyecto	54	19,0
Sexto	Inmunología	79	<b>27,8</b>
Octavo	Toxicología	57	20,2
TOTAL		284	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a estudiantes. 2010.

Gráfico N° 5.1.1: Representación de los porcentajes de estudiantes por semestre.



### 5.1.2.- GRUPO CONTROL

El grupo control quedo conformado por 32 estudiantes de carreras de la ULA diferentes al área de la salud. Hay en total 10 hombres y 22 mujeres. El mayor porcentaje correspondió a la carrera Arquitectura con un 46,8% (N=15), seguido de Ciencias Forestales con un 31,2% (N=10) y en último lugar Ingeniería con un 21,9% (N= 07), como vemos en el cuadro N° 5.1.2

**CUADRO N° 5.1.2**

#### **Grupo Control por carrera universitaria y sexo**

<b>Carrera</b>	<b>Grupo control</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Arquitectura	15	<b>46,8</b>
Ciencias Forestales	10	31,2
Ingeniería	07	21,9
Total	32	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a estudiantes ULA. 2010

### 5.2.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

#### 5.2.1- MUESTRA POR EDAD, ASIGNATURA Y SEMESTRE.

En la muestra conformada por 284 estudiantes que participaron en la presente investigación, puede observarse que el total del grupo etario de 15 – 18 años son cursantes de Ciencias Morfológicas del segundo semestre. El grupo de 19 – 22 años, con un total de 163 participantes, se distribuyó mayoritariamente en las asignaturas Elaboración de Proyecto (N=43) del sexto semestre y Toxicología (N=45) del octavo semestre. (ver cuadro N° 5.2.1 y gráfico N° 5. 2.1)

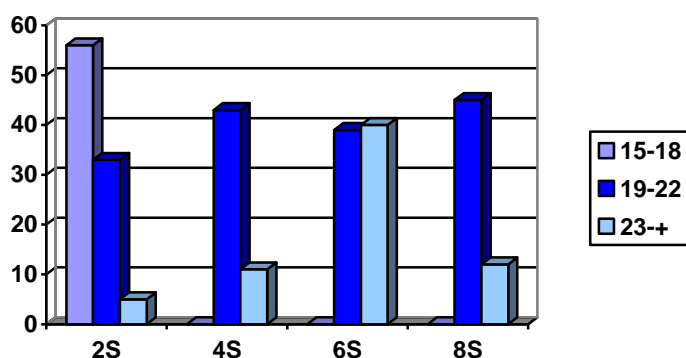
### CUADRO N° 5. 2.1

#### Distribución de la muestra por edad, asignatura y semestre.

EDAD	MORFO 2 S	PROYEC 4S	INMUNO 6S	TOXICO 8S	TOTAL
15-18	53	0	0	0	53
19-22	36	43	39	45	<b>163</b>
23- más	05	11	40	12	68
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>79</b>	<b>57</b>	<b>284</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos realizadas a los estudiantes. 2010

Gráfico N° 5. 2.1: Representación del número de estudiantes por edad y por semestre



2S: 2do semestre. 4S: 4to semestre. 6S: 6to semestre. 8S: 8vo semestre.

#### 5.2.2- MUESTRA Y GRUPO CONTROL POR EDAD EN HOMBRES Y MUJERES.

En la muestra se observa que el 19% ( N=54) corresponde a hombres, mientras que el 81 % ( n = 230) corresponde a mujeres. En cuanto a la edad, el grupo predominante es el de 19 – 22 años, con un 57,3 % (N=163); seguido por el grupo de 23 – más años con el ( N=68 ) como vemos en el cuadro N° 2.2.1. La menor edad fue 15 años, la mayor edad fue 34 años. La edad media fue de 20,2 años. La moda fue 19 años. En el grupo control el grupo predominante fue el 19 a 22 años con un 62,%. El 31,2% corresponde a los hombres y el 68,8% a las mujeres. La menor edad fue 17 años. La moda 20. La edad media 21. Ver cuadro N° 5.2.2.

## CUADRO N° 5.2.2

### Distribución de la muestra por edad y sexo.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
15-18	04	7,4	49	21,0	53	18,7
19-22	32	59,3	131	57,2	163	<b>57,3</b>
23- más	18	33,3	50	21,8	68	24,0
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>19,0</b>	<b>230</b>	<b>81,0</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos realizadas a los estudiantes. ULA. 2010

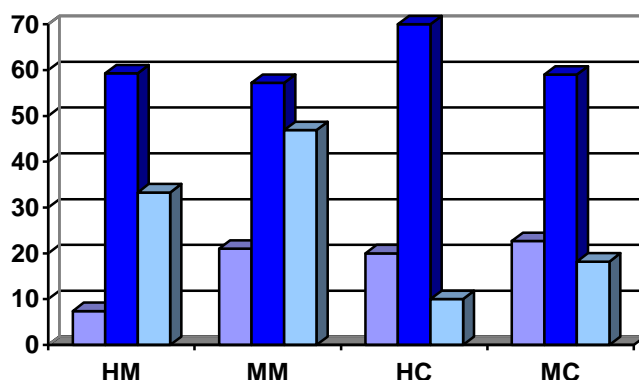
## CUADRO N° 5.2.2.1

### Distribución del Grupo Control por edad y sexo.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
15-18	02	20,0	05	22,7	07	21,9
19-22	07	70,0	13	59,0	20	<b>62,5</b>
23- más	01	10,0	04	18,2	05	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>31,2</b>	<b>22</b>	<b>68,8</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos realizadas a los estudiantes. ULA. 2010

Gráfico N° 5.2.2: Representación de los porcentajes de estudiantes y del grupo control por edad y sexo



HM: hombr es muestr a.  
MM: mujere s muestr a.  
HC: hombr es control  
MC: mujere s control

control

### 5.2.3.- MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA, ASIGNATURA Y SEMESTRE

Podemos observar que el 43% de los estudiantes encuestados proceden del Estado Mérida, y como vemos en el cuadro N° 5.2.3 y el gráfico N° 5.2.3, el 40,9% proceden del resto de los estados andinos distribuidos de la siguiente manera: el 16,9% del Estado Táchira, el 13,45 del Estado Trujillo, el 10,6 % del Estado Barinas. Solo un 16,2% proceden de otras regiones.

CUADRO N°5. 2.3

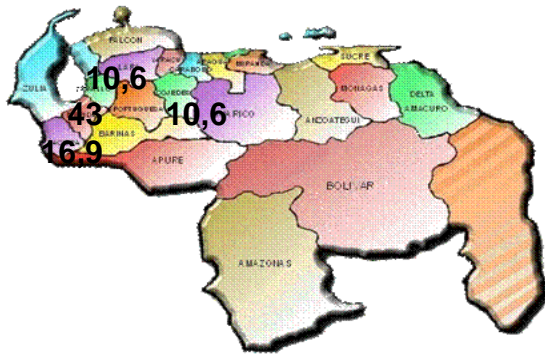
#### Muestra por lugar de procedencia, asignatura y semestre

PROCEDENCIA	MORFO	PROYEC	INMUNO	TOXICO	TOTAL		Grupo control	
Estado	2 S	4S	6S	8S				
Mérida	33	22	43	24	122	43%	17	53,1%
Táchira	16	12	12	08	48	26,9	6	18,7
Trujillo	17	03	07	11	38	13,4	6	18,7
Barinas	13	05	08	04	30	10,6	2	6,3
Otros	15	12	09	10	46	16,2	1	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>79</b>	<b>57</b>	<b>284</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos realizadas a los estudiantes. 2010

Gráfico N° 5.2.3: MAPA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Distribución en Estados Andinos.





### 5.3.- ESCALA DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL (ESE)

#### 5.3.1.- TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y SEMESTRE

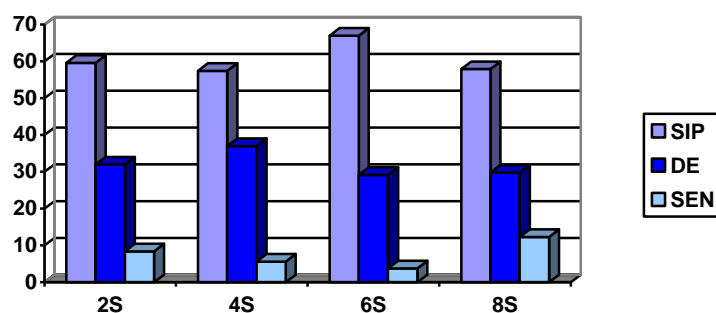
Como podemos observar en el cuadro N° 5.3.1 el 61% (N=173) de los estudiantes encuestados resultaron del tipo Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP), el 32% (N=90) del tipo Distanciamiento Emocional (DE) y un 8% (N=21) resultaron del tipo Sensibilidad Emocional Negativa (SEN). El tipo SIP predomina en el sexto semestre con 67% seguido del segundo semestre con 59,6%. El tipo DE predomina en el cuarto semestre y el tipo SEN tiene un leve predominio en el segundo semestre. La relación entre semestre y tipo de sensibilidad no tuvo significancia estadística.

**CUADRO N° 5. 3.1**  
**Tipos de Sensibilidad Emocional y semestre de la muestra**

Tipos de Sensibilidad Emocional								
Semestre	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2S	56	59,6	30	32,0	08	8,4	94	33,1
4S	31	57,4	20	37,0	03	5,6	54	19,0
6S	53	67,0	23	29,2	03	3,8	79	27,8
8S	33	57,9	17	29,8	07	12,3	57	20,1
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>61%</b>	<b>90</b>	<b>32%</b>	<b>21</b>	<b>8%</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: ESE realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

Gráfico N° 5.3.1: Representación de los porcentajes de SIP, DE; SEN en cada semestre



2S: 2do semestre. 4S: 4to semestre. 6S: 6to semestre. 8S: 8vo semestre

### 5.3.2.- TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y EDAD EN LA MUESTRA Y GRUPO CONTROL

En la muestra, en el grupo etario de 15-18 años el 54,8% corresponde al tipo SIP, mientras que en el grupo de 19-22 años el tipo SIP representa un 61%. Para el tipo SEN vemos un 7,9% en el grupo de 19-22 años. En todas las edades el predominio fue del tipo SIP, como vemos en el cuadro N° 5.3.2. y el gráfico 5.3.2. Al realizar el análisis por Shi cuadrado dio significancia estadística con  $p < 0,001$  para los casos SEN. Los tipos SIP y DE no tuvieron significancia. En el grupo control el 50% (N=16) son del tipo DE, seguido de 40,6%(N=13) de tipo SIP y un 9,4%(N=3) del tipo SEN.

#### CUADRO N° 5. 3.2.

##### Tipos de Sensibilidad Emocional y Edad en la Muestra

Tipos de Sensibilidad Emocional								
EDAD	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15-18	29	54,8	20	37,8	4	7,5	53	18,7
19-22	100	61,0	51	31,0	13	7,9	164	57,7
23+	44	65,7	19	28,4	4	6,0	67	23,6
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>61%</b>	<b>90</b>	<b>32%</b>	<b>21</b>	<b>8%</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: ESE realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

#### CUADRO N° 5.3.2.1

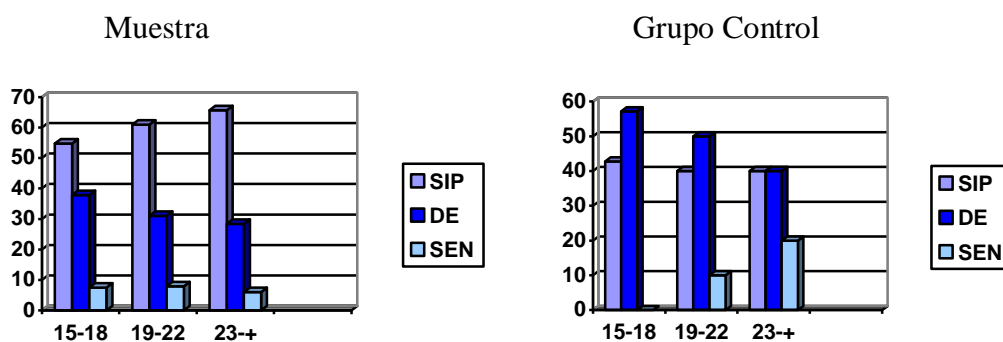
##### Tipos de Sensibilidad Emocional y Edad en el grupo control

Tipos de Sensibilidad Emocional								
EDAD	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%

15-18	03	42,8	04	57,2	0	0	07	21,9
19-22	08	40,0	10	50,0	02	10	20	62,5
23-+	02	40,0	02	40,0	01	20,0	05	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>40,6%</b>	<b>16</b>	<b>50%</b>	<b>03</b>	<b>9,4%</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: ESE realizada a estudiantes de Arquitectura, Ingeniería y Forestal., ULA. 2010

Gráfico N° 5. 3.2: Representación de los porcentajes de SIP, DE, SEN en cada grupo de edad. Muestra y Grupo Control



SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

### 5.3.3.- TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y SEXO

El porcentaje del tipo de sensibilidad SIP resultó mayor en los hombres con un 68,5% frente a 59,2% en las mujeres. Como se puede ver en el cuadro N° 5.3.3 para los tipos DE y SEN el predominio fue en las mujeres con un 33% y 7,8% respectivamente. Al estudiar el grado de certeza por Shi cuadrado tenemos significancia estadística entre sexo y tipo de sensibilidad emocional con una  $p < 0,001$

CUADRO N° 5. 3.3.

#### Tipos de Sensibilidad Emocional y sexo. Muestra.

ESE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SIP</b>	37	<b>68,5</b>	136	59,2	173	<b>61,0</b>
<b>DE</b>	14	26,0	76	33,0	90	32,0

<b>SEN</b>	03	5,5	18	7,8	21	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>19,0</b>	<b>230</b>	<b>81,0</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

FUENTE: ESE y encuesta de datos demográficos. Estudiantes de Bioanálisis. 2010

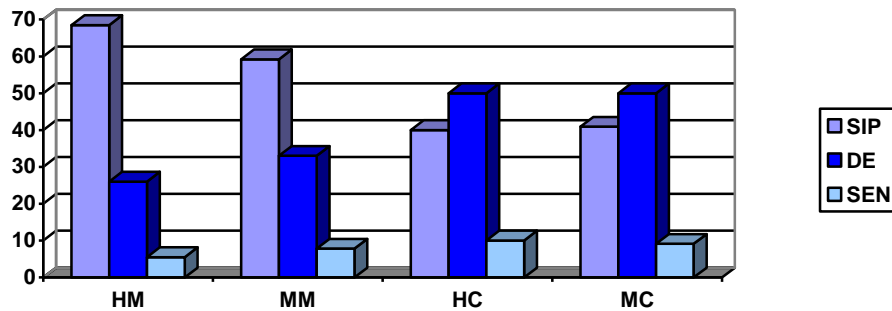
### CUADRO N°5. 3.3.1

#### Tipos de Sensibilidad Emocional y sexo. Grupo Control .

ESE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SIP</b>	04	40,0	09	40,9	13	40,6
<b>DE</b>	05	50,0	11	50,0	16	<b>50,0</b>
<b>SEN</b>	01	1,00	02	9,1	03	9,4
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>31,3</b>	<b>22</b>	<b>68,7</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

FUENTE: ESE y encuesta de datos demográficos. Estudiantes de Arquitectura, Ingeniería y Forestal. ULA . 2010

Gráfico N° 5. 3.3: Representación de los porcentajes de tipos de sensibilidad SIP, DE y SEN en Hombres y Mujeres. Muestra y Grupo control



HM: hombres muestra. MM: mujeres muestra. HC: hombres control MC: mujeres muestra.  
SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa

#### 5.4.-NECESIDAD OBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA.

##### 5.4.1.- GHQ28 NEGATIVO (0-5), GQ28 POSITIVO(6-+), ASIGNATURAS

En todas las asignaturas hay predominio importante de GHQ28 negativo (0-5) correspondiendo al 79,9% (N=227) de la muestra. Como observamos en el cuadro N° 5.4.1 el 19,1% (N=57) presentan GHQ28 positivo (6-+). No hay significancia estadística entre estas variables.

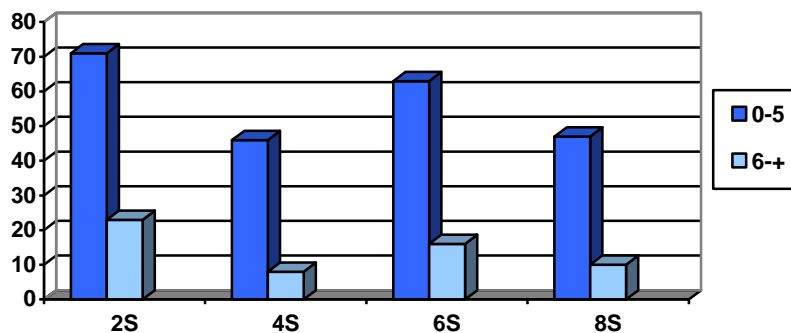
#### CUADRO N 5. 4.1

#### GHQ 28 y asignaturas por semestre

GHQ28	MORFO 2 S	PROYEC 4S	INMUNO 6S	TOXICO 8S	TOTAL	
0-5	71	46	63	47	227	79,9%
6-+	23	08	16	10	57	19,1%
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>79</b>	<b>57</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: GHQ28 realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

Gráfico N° 5.4.1: Representación de los casos GHQ28 negativos (0-5), GQ28 positivos (6-+) por semestre



2S: 2do semestre. 4S: 4to semestre. 6S: 6to semestre. 8S: 8vo semestre.  
0 – 5: Goldberg negativo. 6 - +: Goldberg positivo

#### 5.4.2.- GHQ28. HOMBRES Y MUJERES

Se observa que los hombres presentan un 11,1% de GHQ28 positivo frente a un 22,1% presentado por las mujeres. En la muestra total el 19,1% tiene reporte de un GHQ28

positivo, como puede verse en el cuadro N° 5.4.2. Al hacer análisis de certeza se pudo observar significancia estadística para los casos positivos, con  $p < 0,005$

#### CUADRO N° 5.4.2.

##### GHQ28 por sexo. Muestra.

GQ28	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-5	48	88,9	179	77,8	227	79,9
6+	6	11,1	51	22,1	57	19,1
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>19,0</b>	<b>230</b>	<b>81,0</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: GHQ28 realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

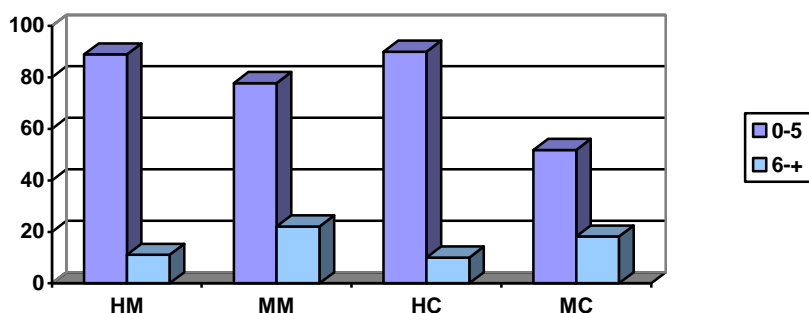
#### CUADRO N° 5.4.2.1

##### GHQ28 por sexo. Grupo Control.

GQ28	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-5	9	90,0	18	81,8	27	<b>84,4</b>
6+	1	10,0	4	18,2	5	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>31,3</b>	<b>22</b>	<b>68,7</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: GHQ28 realizada a estudiantes Arquitectura, Ingeniería y Forestal. ULA. 2010

Gráfico 5.4.2: Representación de los porcentajes de GHQ28 por sexo. Muestra y Grupo control



HM: hombres muestra. MM: mujeres muestra. HC: hombres control. MC: mujeres control  
 0 – 5: Goldberg negativo. 6 - +: Goldberg positivo

#### 5.4.3.- GHQ28 Y TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL

El mayor porcentaje de GHQ28 positivos se observa en el tipo SEN con un 38,1% de los casos. En cuanto a los casos GHQ28 negativos el mayor porcentaje se encontró en los tipo DE con un 84,4% como muestra el cuadro N° 5.4.3. Al analizar por Shi cuadrado obtenemos **significancia estadística para los casos con GHQ28 positivo y tipo de sensibilidad con  $p < 0,001$** . Para los casos negativos, con un 79,9%, no hay significancia estadística. En el grupo control también predominaron los casos positivos en el tipo DE con un 25% y de forma global, los casos negativos fueron el 84,4%.

**CUADRO N° 5.4.3.**

#### **GHQ28 y tipos de Sensibilidad Emocional. Muestra**

Tipos de Sensibilidad Emocional								
GHQ28	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0-5	138	79,8	76	84,4	13	61,9	227	79,9%
6+	35	20,2	14	15,6	08	38,1	54	19,1
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>61%</b>	<b>90</b>	<b>32%</b>	<b>21</b>	<b>8%</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: GHQ28 y ESE realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

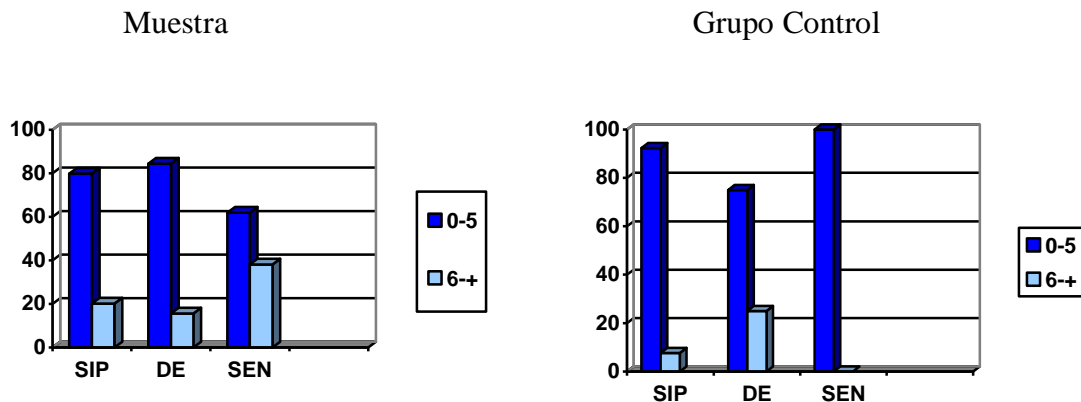
**CUADRO N° 5.4.3.1**

#### **GHQ28 y tipos de Sensibilidad Emocional. Grupo control**

Tipos de Sensibilidad Emocional								
GHQ28	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-5	12	92,3	12	75	3	100	27	<b>84,4</b>
6-+	1	7,7	4	25	0	0	5	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>40,6%</b>	<b>16</b>	<b>50%</b>	<b>3</b>	<b>9,4%</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: GHQ28 y ESE realizada a estudiantes Arquitectura, Ingeniería, Forestal.. ULA. 2010

Gráfico 5.4.3: Representación de los porcentajes de GHQ28 negativo (0-5), GHQ28 positivo (6+) y los tipos de Sensibilidad Emocional



SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa  
0 – 5: Goldberg Negativo. 6 - +: Goldberg Positivo,

## 5.5.- NECESIDAD SUBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA

### 5.5.1.- NECESIDAD SUBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA Y TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL

Al realizar la pregunta *¿Cree usted que necesita ayuda por psicólogo o psiquiatra actualmente?* Observamos que en la muestra total el 66,6% (N=189) señalaron la respuesta NO, el 20% (N=57) señalaron la respuesta SI y un 13,4% (N=38) señalaron que NO SABE (NS)/ NO CONTESTO (NC) como puede verse en el cuadro N° 5.5.1 Además, se observa en todos los tipos de sensibilidad predominancia importante de la respuesta NO. Se obtuvo significancia estadística para la respuesta SI con todos los tipos de sensibilidad con  $p < 0,00$ . En el grupo control también predominó la respuesta



NO con un 50%, observándose el mayor porcentaje de respuestas negativas en el grupo SEN con un 66,7%.

### CUADRO N° 5.5.1

#### Necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica y tipos de Sensibilidad Emocional. Muestra

Necesita ayuda?	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	36	20,8	14	15,6	07	33,3	57	20,0
NO	111	64,1	66	73,3	12	57,2	189	<b>66,6</b>
NS/NC	26	15,1	10	11,1	02	9,5	38	13,4
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>61%</b>	<b>90</b>	<b>32%</b>	<b>21</b>	<b>8%</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

Fuente: ESE y encuesta de necesidad subjetiva GHQ28 Plus realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2020

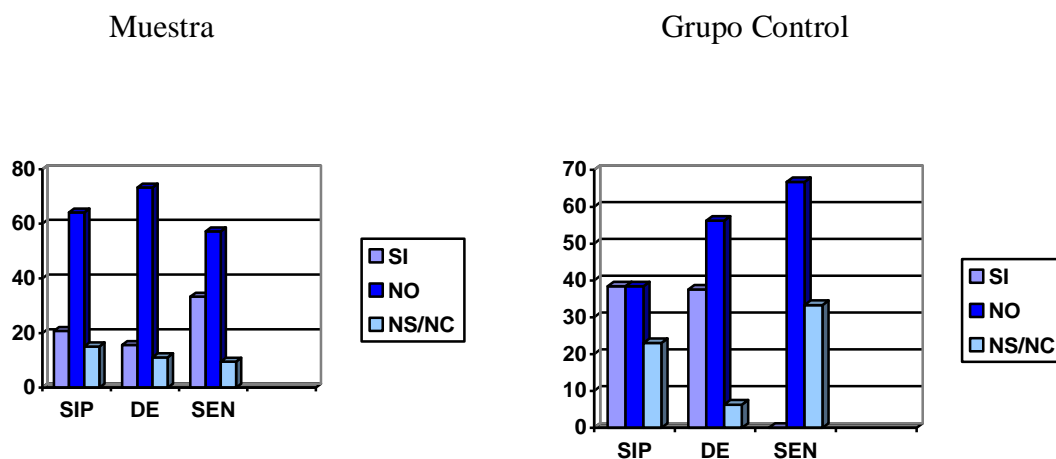
### CUADRO N° 5.5.1.1

#### Necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica y tipos de Sensibilidad Emocional. Grupo Control

Necesita ayuda?	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	05	38,4	06	37,5	0	0	11	34,4
NO	05	38,4	09	56,2	02	66,7	16	<b>50,0</b>
NS/NC	03	23,0	01	6,3	01	33,3	05	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>40,6%</b>	<b>16</b>	<b>50%</b>	<b>03</b>	<b>9,3%</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: ESE y encuesta de necesidad subjetiva GHQ28 Plus realizada a estudiantes de Arquitectura, Ingeniería, Forestal. ULA. 2020

Gráfico N° 5.5.1: Representación de los porcentajes de necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica según el tipo de Sensibilidad Emocional



SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

### 5.5.2.- NECESIDAD SUBJETIVA DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA Y GHQ28 POSITIVO.

En el cuadro N° 5.5.2 podemos observar que del total de estudiantes con GHQ28 positivo, solo el 30% sentía necesidad de ayuda psicoterapéutica, mientras que el 45% señaló no necesitarla y el 15% señaló que no sabía o no contestó. En el grupo control el 20% señaló SI, el 40% señaló NO y un 15% señaló NO sabía o no contestó. No hay significancia estadística entre estas variables.

## CUADRO N° 5.5.2

### Necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica y GHQ28 positivos

Necesita ayuda?	GHQ28 positivos muestra	
	N°	%
SI	16	30%
NO	24	45%
NS/NC	08	15%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>19,1%</b>

Necesita ayuda?	GHQ28 positivos Grupo control	
	N°	%
SI	01	20%
NO	03	60%
NS/NC	01	20%
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>15,6%</b>

Fuente: ESE y encuesta de necesidad subjetiva GHQ28 Plus realizada a estudiantes de Bioanálisis. Arquitectura, Ingeniería, Forestal. ULA. 2020

### 5.5.3.- AREAS DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA A RECIBIR

Cuando se realizó la pregunta: *Si recibiera atención por psicólogo o psiquiatra ¿Cuáles son las razones para necesitar esta ayuda?* podemos observar que en la muestra el 41,1% (N=117) de los estudiantes señalaron problemas de la carrera, el 37,3% (N=106) señalaron problemas emocionales, el 34,5% (N=95) señalaron problemas familiares y otro 34,5% no señalaron ninguno de los problemas indicados. Mientras que solo el 13% señalaron los problemas económicos. El grupo control señaló en primer lugar ninguna de las áreas con 28%, y luego los problemas de la carrera con 24% de casos. Hubo significancia estadística con  $p < 0,05$ . Como podemos observar en el cuadro N° 5.5.3 esta tendencia se mantuvo en todos los tipos de Sensibilidad Emocional.

Al evaluar la media del número de áreas señaladas por los estudiantes se obtuvo una media de 1,6 áreas señaladas en la muestra total. Vemos que los estudiantes tipo SIP y

tipo DE están en la media y por debajo de la media respectivamente, mientras que los tipo SEN se ubican por encima de la media con 2,5 áreas.

**CUADRO N° 5.5.3**

**Áreas de ayuda psicoterapéutica y tipos de Sensibilidad Emocional. Muestra**

Área de ayuda	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emocionales	62	35,8	27	30,0	17	81,0	106	<b>37,3</b>
Familiares	55	31,8	31	34,4	09	42,9	95	34,5
Carrera	66	38,1	35	38,9	16	76,2	117	<b>41,1</b>
Económicos	26	15,0	09	10,0	02	9,5	37	13,0
Ninguno	61	35,3	31	34,4	03	14,3	95	34,5
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>44,8%</b>	<b>133</b>	<b>22,0%</b>	<b>47</b>	<b>33,2%</b>	<b>450</b>	<b>100</b>
<b>Media áreas</b>	1,6		1,5		<b>2,3</b>		<b>1,6</b>	

Fuente: ESE y encuesta de necesidad subjetiva GHQ28 Plus realizada a estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

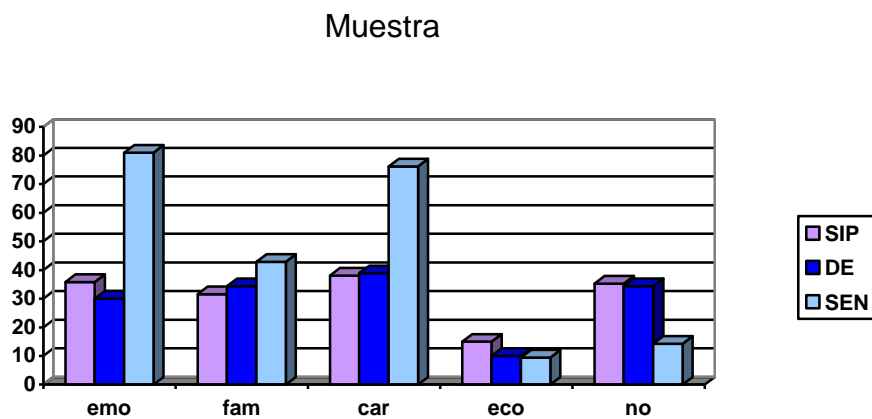
**CUADRO N° 5.5.3.1**

**Áreas de ayuda psicoterapéutica y tipos de Sensibilidad Emocional. Grupo Control**

Área de ayuda	SIP		DE		SEN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emocionales	02	11,8	03	13,0	03	30,0	08	16,0
Familiares	03	17,6	03	13,0	02	20,0	08	16,0
Carrera	04	23,5	05	21,7	03	30,0	12	<b>24,0</b>
Económicos	02	11,8	04	17,4	02	20,0	08	16,0
Ninguno	06	35,3	08	34,8	00	0	14	<b>28,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>34%</b>	<b>23</b>	<b>46%</b>	<b>10</b>	<b>20%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Media áreas</b>	1,3		1,4		<b>3,3</b>		<b>1,6</b>	

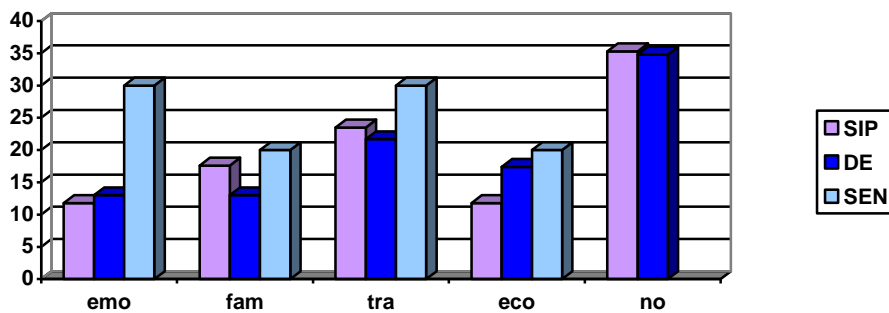
Fuente: ESE y encuesta de necesidad subjetiva GHQ28 Plus realizada a estudiantes de Arquitectura, Ingeniería y Forestal. . ULA. 2010

Gráfico 5.5.1: Representación de los porcentajes de estudiantes tipo SIP, DE, SEN según el tipo de área a recibir ayuda



emo: emocionales, fam: familiares, car: carrera, eco: económicos, no: ninguno.  
 SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

**Grupo Control**



emo: emocionales, fam: familiares, car: carrera, eco: económicos, no: ninguno.  
SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional. SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

## **5.6.- ITEMS MÁS SEÑALADOS EN ESE**

### **5.6.1.- ITEMS MÁS SEÑALADOS POR HOMBRES Y MUJERES**

Los ítems más señalados como ciertos por los integrantes de la muestra son los números 5,9, 15 y 43. El 5 fue señalado por el 81,5% de los hombres y por el 91,4% de las mujeres. El ítem 9 fue señalado por el 81,5% de los hombres y por el 73% de las mujeres, como podemos ver en el cuadro N° 5.6.1. Al analizar la certeza encontramos significancia estadística para los ítems N° 9 y N° 15 con  $p < 0,001$

#### **CUADRO N° 5.6.1**

**Items más señalados por Hombres y Mujeres. Muestra.**

ITEMS MAS SEÑALADOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N° (54)	%	N°(230)	%	N°(284)	%
5. Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer	44	<b>81,5</b>	210	<b>91,2</b>	254	<b>89,4</b>
9. Me enfurezco cuando las cosas no funcionan	44	<b>81,5</b>	168	<b>73,0</b>	212	74,6
15 Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor, incluso aunque traten de esconderlos	38	70,4	161	70,0	199	70,0
43. Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros	40	74,0	137	59,6	177	62,3

FUENTE: ESE realizada en estudiantes de Bioanálisis. ULA. 2010

En el grupo control los ítems más señalados son el 5, el 8, el 43 y el 44. Los hombres señalaron con mayor frecuencia el ítem 8 con un 90% y el ítem 44 con un 70%. Las mujeres señalaron con mayor frecuencia el ítem 5 con un 95,5% y el ítem 43 con 81,8%.

#### CUADRO N° 5.6.1.1

##### Ítems más señalados por Hombres y Mujeres. Grupo Control.

ITEMS MAS SEÑALADOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº (10)	%	Nº (22)	%	Nº (32)	%
5. Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer	6	60,0	21	<b>95,5</b>	27	<b>84,4</b>
8. Cada vez que veo a alguien cercano a mi teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado que soy de no estar en esa situación.	9	<b>90,0</b>	14	63,6	23	<b>71,8</b>
43. Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros	5	50,0	18	<b>81,8</b>	23	<b>71,8</b>
44. Me gusta mantenerme alejado de las reacciones emocionales de los otros.	7	<b>70,0</b>	12	54,5	19	59,3

FUENTE: ESE realizada en estudiantes de Arquitectura, Ingeniería y Forestal. ULA. 2010

## 5.7.- COMPARACIÓN DE LA MEDIA PARA SIP, DE Y SEN

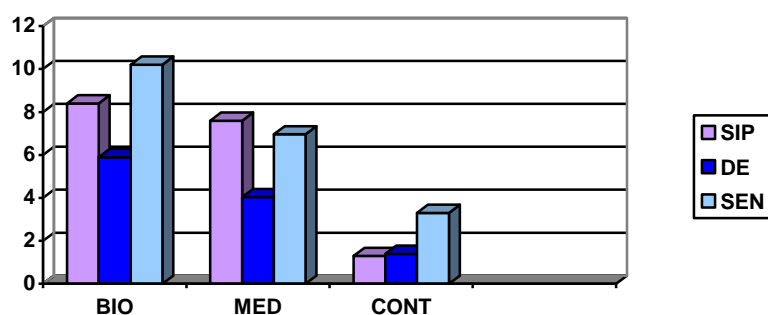
### 5.7.1.- COMPARACIÓN DE LA MEDIA DE LOS TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL ENTRE ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS Y MÉDICOS VENEZOLANOS Y GRUPO CONTROL

Podemos observar que en los estudiantes de Bioanálisis la media para SIP es de 8,4; la media para DE es de 5,9 y la media para SEN es de 10,2. Como vemos en el gráfico 5.7.1, la media en los médicos venezolanos es para SIP 7,59; para DE 4,04 y para SEN la media es de 6,96. Para el grupo control la media de todos los tipos de sensibilidad emocional fue menor que en los otros dos grupos, así, observamos que en el grupo SIP



fue de 1,3; para DE fue de 1,4 y para SEN de 3,3. Hay significancia estadística para todos los casos con  $p < 0,005$

Gráfico N° 5.7.1: Representación de la media para SIP, DE y SEN en estudiantes de Bioanálisis, médicos venezolanos y grupo control



FUENTE: ESE realizada a estudiantes de Bioanálisis, Arquitectura, Ingeniería, Forestal. 2010. ESE en médicos venezolanos. Herrera y Guarino. 2008

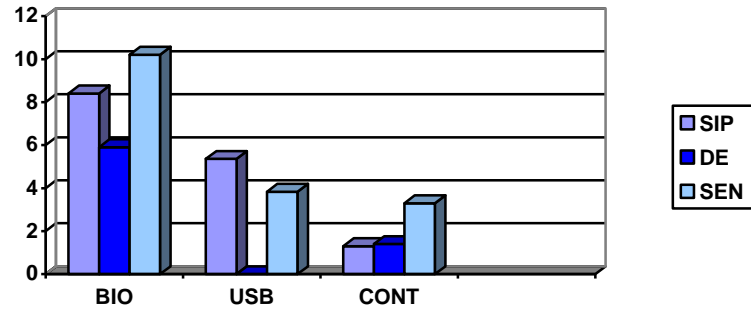
BIO: estudiantes de Bioanálisis. USB: estudiantes de la Universidad Simón Bolívar. CONT: grupo control

SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

### 5.7.2.- COMPARACIÓN DE LA MEDIA DE LOS TIPOS DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL ENTRE ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS ULA Y ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Podemos observar que en los estudiantes de Bioanálisis la media para SIP es de 8,4; la media para DE es de 5,9 y la media para SEN es de 10,2. Como vemos en el gráfico 5.7.2, la media en los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar (USB) es para SIP 5,36 y para SEN la media es de 3,83. No evaluaron tipo DE. Para el grupo control la media de SIP fue de 1,3; para DE fue de 1,4 y para SEN de 3,3

Gráfico N° 5.7.2: Representación de la media de los tipos de Sensibilidad Emocional de los estudiantes de Bioanálisis ULA, estudiantes de la USB y grupo control



FUENTE: ESE realizada a estudiantes Bioanálisis, Arquitectura, Ingeniería, Forestal. ULA. 2010. ESE realizada a estudiantes USB. 2008. Guarino

BIO: estudiantes de Bioanálisis. USB: estudiantes de la Universidad Simón Bolívar. CONT: grupo control

SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva. DE: Distanciamiento Emocional SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

## **CAPITULO VI**

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**

#### **6.1.- CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

#### **6.2.- TALLERES COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

#### **6.3.- EL CAMBIO TERAPÉUTICO**

#### **6.4.- TALLER “ CUIDANDO MI SALUD MENTAL”**

#### **6-5- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

#### **6.6.- TÉCNICAS UTILIZADAS EN GENERAL**

“Lo mejor cuando se está triste- contestó Merlín,  
empezando a soplar y resoplar - es aprender. Es lo  
único que no falla nunca. Puedes hacerte viejo y temblón,  
puedes pasar toda la noche desvelado escuchando el desorden  
de tu cuerpo, puedes perder tu único amor, puedes ver el  
mundo que te rodea devastado por malvados lunáticos, o  
saber que tu honor está enfangado... Sólo hay una salida: aprender.  
Aprender porqué se mueve el mundo y porqué lo mueve.....  
Considera todas las cosas que puedes aprender. Ciencia pura,

la única pureza que existe. Puedes aprender astronomía en una vida, historia natural en tres, literatura en seis, Y puedes luego, tras haber agotado un millón de vidas en la medicina, teosofía, geografía, biología, historia y economía, puedes al fin, empezar a hacer una rueda de carreta con la madera adecuada, o pasar cincuenta años en el aprendizaje de la técnica de vencer al adversario en esgrima. Después puedes empezar de nuevo con las matemáticas, hasta que te llegue la hora de arar...."

*T.H. Withe. The once an Future King*

## **CAPITULO VI**

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**

La intervención terapéutica es también llamada ayuda psicoterapéutica, asesoramiento, psicoterapia, entre otras. Cualquiera de los términos hace referencia a un sistema de ayuda interpersonal que se inicia con un análisis del paciente o cliente, destinado a identificar procesos de pensamiento, sentimientos y acciones que resultan contraproducentes de algún modo. (Dyer y Vriend, 1995) Además, el asesor o terapeuta ayuda al cliente a encontrar otras alternativas de pensamiento, sentimientos y acciones, estableciendo objetivos que el cliente pueda alcanzar de una manera real.

#### **6.1. CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS.**

Dyer y Vriend (1995) formulan una serie de supuestos básicos en relación a la definición anterior. Estos supuestos son los siguientes:

- La eficacia del asesoramiento viene determinada por un cambio positivo en el cliente, observable fuera del ámbito de asesoramiento.

- Todo se enfoca hacia el cliente. Así, el cliente es el elemento decisivo de los dos que participan en el asesoramiento, pues es la razón de que exista la relación y la actividad.
- El asesor o terapeuta no puede limitarse a hacer lo que surja de forma natural, sino que el terapeuta ha aprendido técnicas y métodos concretos a emplear por los resultados que se sabe producen dichas intervenciones. Aquí es importante la preparación y la experiencia del terapeuta.
- La ayuda terapéutica es trabajo, probablemente el más difícil y también el más gratificante al que puedan consagrarse dos personas. El cliente debe trabajar para conseguir los cambios. A veces el proceso resulta doloroso para el cliente y puede resistirlo o eludirlo. Es tarea del terapeuta manejar esta resistencia al cambio.
- El terapeuta es el individuo capacitado y competente en la relación. Por eso debe estar en constante aprendizaje, en perenne evolución. Su formación solo culmina con la muerte.
- El cambio de conducta en el cliente no se produce de un modo misterioso, sino a través de aprendizaje de técnicas que han sido motivadas y guiadas por el terapeuta.
- Todo el proceso terapéutico persigue su propia disolución. Con las técnicas aprendidas llega el momento en el cual el cliente no necesita a su terapeuta o asesor.

Vera-Villaruel (2004) refiere que disciplinas como la Psicología Clínica, requieren desarrollar estrategias de intervención que sean efectivas para afrontar los problemas de salud mental en todos los ámbitos., ya que en la actualidad existen diversos tipos de terapias que no cuentan con apoyo empírico alguno. Al revisar la oferta de tratamientos, refiere que para 1986 Kazdin planteó la coexistencia de 400 tipos de terapias, basadas en diferentes modelos teóricos, con distintas metas, objetivos y

alcances. Sin embargo, es notoria la falta de antecedentes que avalen la eficacia de dichas intervenciones.

Los criterios que permiten establecer si un tipo de intervención es eficaz, medianamente eficaz o si está en fase experimental, son muy rigurosos. Por ejemplo, Vera-Villarroel (2004) establece que se considera eficaz a aquella intervención que cumpla con 2 de los siguientes criterios ( los criterios 3,4,5 son obligatorios):

1. Al menos dos estudios comprueban la eficacia de la intervención, esto en relación a que sea superior al uso de placebo y al uso de tratamiento farmacológico.
2. Demostrar eficacia sobre una serie amplia de estudios de caso único, (N=9) teniendo un buen diseño experimental, comparado con placebo, tratamiento farmacológico, ambos u otros.
3. Contar con un manual de aplicación del tratamiento
4. Las características de los sujetos deben estar claramente identificadas.
5. La efectividad del tratamiento debe estar demostrada por al menos dos investigadores diferentes o dos grupos de investigación independientes.

Por otra parte, los tratamientos o intervenciones probablemente eficaces son aquellos que en dos o más investigaciones ha sido más eficaz que en un grupo control y hay una pequeña cantidad de estudios tipo caso único (N menor o igual a 3). Además, se consideran tratamientos en fase experimental a aquellos que no cumplen con ninguno de los criterios de los grupos anteriores, ha pesar de existir indicios experimentales prometedores de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

Los resultados de Vera-Villarroel (2004) demuestran que solo unas pocas intervenciones podrían ser consideradas efectivas, siendo estas principalmente las terapias conductuales y cognitivo conductuales, ya que cuentan con elementos suficientes para ser consideradas intervenciones bien establecidas por sobre los demás modelos teóricos. También hacer referencia el autor a los trastornos para los cuales han sido más efectivas estas terapias. Así, la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos como la ansiedad, la depresión, problemas sexuales y de pareja, trastornos de la alimentación y trastornos infantiles. En todos los

casos se usaron talleres estructurados de tal manera que incluyeran todas o algunas de las siguientes intervenciones: técnicas de relajación de Jacobson, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, planificación de actividades, ensayo conductual, con criterios de confianza de  $p < 0,05$ .

## **6.2.-TALLERES COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

Pocas investigaciones hacen referencia a la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos. Arenas (2005) encontró, evaluando las referencias de los últimos seis años sobre psicoterapias grupales, solo seis estudios entre los que se encuentran terapia grupal a personas con duelo patológico (Piper, McCallum, Joyce, 2001); terapia grupal a jóvenes con trastornos alimenticios y comorbilidades específicas (Grijalbo, Insúa, 2001); con mujeres embarazadas (Granucci, 2000); y comparación entre grupos tratados por expertos y por inexpertos (Burlingame y Barlow, 1996), y Cortés (2004) quien muestra resultados de una intervención grupal destinada al aprendizaje de habilidades de conducción de grupo en profesionales del ámbito de la salud.

Arenas (2005) ofreció terapia grupal consistente en 12 sesiones de 90 minutos semanales a un grupo de 26 estudiantes que estaban en lista de espera para recibir atención psicológica en Centros Públicos de Salud de Chile. De estos el 38,5% (N=10) decidieron no iniciar el tratamiento y luego el 19,3% (N=5) se retiraron dentro de las tres primeras sesiones, es decir, solo el 42,3% (N=11) terminaron la última sesión. Se tomaron como criterios previos de exclusión la depresión severa, los trastornos de alimentación, la distimia y el abuso de sustancias. Todos ellos tuvieron evaluación pretest y postest, aplicando como pruebas proyectivas el Test de la Figura Humana, La Persona Bajo la Lluvia, y el Test de Colores de Lüscher, todos evaluados por expertos de larga trayectoria. La importancia del trabajo de Arenas (2005) radica en que pudo establecer criterios para evaluar el cambio producido por la intervención y las dimensiones de la operatoria intrapsíquica en las que dicho cambio puede tener lugar.

Así, estableció como tipos de cambio cuatro categorías, que de mayor a menor efectividad denominó *Cambio Terapéutico Global (C++)* para aquel en el cual el participante mejora tanto en el hacer como en el sentir y el pensar, implicando así una

reestructuración dinámica de la personalidad. Luego habla del *Cambio Terapéutico Focal (C+)* cuando el cambio producida afecta un área específica de la personalidad, expresándose en mejoría conductual o sintomática, pero sin resolución de las causas del trastorno. Hace también referencia al estado de *No Cambio (NC)* para aquellos casos en los cuales se mantiene la misma operatoria intrapsíquica y no se observan cambios ni conductuales ni sintomatológicos. Finalmente, la categoría de *Deterioro (C-)* cuando el procedimiento psicoterapéutico causa daños en la persona, por ejemplo, reduce su madurez bien sea a nivel conductual, sentimental y/o intelectual. Estas categorías fueron cruzadas con algunas dimensiones que tienen relación directa con la operatoria intrapsíquica, haciendo planteamientos de la teoría psicoanalítica respecto de las funciones del aparato mental. Entre estas dimensiones operatorias tenemos: la energía disponible para la actividad y el psiquismo, las ansiedades predominantes, las defensas utilizadas, la función de identidad y el control de los impulsos. (Arenas, 2005)

El autor, concluye que en la terapia grupal hay dos dimensiones que tienden a NO cambiar, que son las ansiedades predominantes y las defensas de la persona, debido esto a que no son resueltos los conflictos nucleares. En cambio, al analizar las matrices que muestran cambios en cuanto a la energía disponible para la actividad y el psiquismo, se observó que en el 54% de los estudiantes evaluados hubo mejoría en esta categoría. Faltaría evaluar si el cambio producido es por remisión de síntomas, sustitución de síntomas o si realmente es el inicio de una mejoría estable y duradera. Además, el análisis de la matriz de control de impulsos produjo cambios positivos en más del 50% de los participantes, lo que se manifestó en disminución de conductas de riesgo hacia sí mismos o hacia los demás y una mejor inserción social de los participantes. Igualmente en cuanto a la función de identidad la mejoría se apreció por cambios focales positivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión resultó ser de suma importancia ya que fue señalada como la variable constante en todos los cambios positivos de los participantes. El autor refiere la posibilidad de que en los talleres vivenciales se produzcan los mismos cambios positivos que en la terapia grupal, principalmente si el facilitador tiene experiencia y formación adecuadas.

Al respecto, Monteiro y Loyola (2009), realizaron un estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, del tipo estudio de caso, acerca del discurso de los pacientes sobre la calidad de los talleres terapéuticos en salud mental. Utilizaron como guías los



Indicadores de Calidad de Proyecto, un conjunto de técnicas elaboradas y probadas en el área educacional, cuya finalidad es evaluar proyectos educacionales. Con ese método se pudo atender el objetivo: señalar las características de calidad de los talleres terapéuticos, a partir de lo que dicen los pacientes. El estudio se apoyó en conceptos basados en la ciudadanía, y también incluidos en la propuesta de rehabilitación psicosocial que orienta la asistencia en salud mental del Instituto de Psiquiatría de Río de Janeiro. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de discurso. Sus reflexiones se basaron en los datos obtenidos en 12 entrevistas realizadas en un taller terapéutico del Hospital del Instituto de Psiquiatría. Los datos obtenidos permiten percibir que la participación de los pacientes psiquiátricos en esos talleres puede estar asociada a cuatro deseos principales: mejores relaciones sociales, disminución de síntomas, ayuda con respeto y alguna remuneración.

### **6.3.- EL CAMBIO TERAPÉUTICO**

Es importante recalcar la importancia del cambio terapéutico que debe ocurrir a consecuencia de la relación terapéutica. Este cambio terapéutico es definido como un conjunto de cambios constructivos o positivos que se observan en el paciente en psicoterapia, y producto de factores específicos, técnicas, factores del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos (Bergin y Rogers, 1986. Citado por Farras y otros, 2010). Jacobson y Truax (1991) lo plantean como una premisa en que el proceso de cambio total es el resultado de cambios sucesivos y progresivos, con lo cual coinciden Krause, Aristegui y De la Parra (2002) quienes agregan que éste no es un proceso estrictamente lineal. Asimismo, Aristegui y otros (2004) lo conciben como un cambio en el significado, en el modo de comprender una situación o de comprenderse a sí mismo. Así, el cambio psicoterapéutico se relaciona con la mirada subjetiva del consultante: sobre sí mismo, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de éstos con el entorno en la cual acontecen, lo cual se enmarca dentro de la "Teoría Subjetiva".

Esta teoría fue definida originalmente por Groeben, Wahl, Schlee y Scheele (1988. Citados por Farras, 2010) como "un conjunto complejo de cogniciones personales -tanto de sí mismo como del mundo- destinadas a orientar a la persona en el comportamiento, guiar la acción y optimizar la valoración personal". Este concepto encuentra sus raíces en una teoría sobre la construcción cognitiva de la realidad que afirma que existe un

isomorfismo en la forma como se construye el conocimiento científico y la construcción del conocimiento a nivel psicológico individual (Aristegui y otros, 2004). Winkler, Avendaño, Krause y Soto (1993) sostienen que "los cambios psicoterapéuticos ocurren específicamente a nivel de la Teoría Subjetiva de las personas, ya sea como cambios en la atribución de significados (de sí mismo y del mundo), o como cambios en la valencia emocional de los problemas o de otros aspectos de la persona"

En cuanto a los factores que influyen o determinan este cambio terapéutico, podemos hacer referencia a algunas investigaciones, con el fin de medir la efectividad terapéutica a través de las variables específicas y de distintas técnicas, han encontrado resultados similares que evidencian que no es posible obtener una comprensión total del cambio psicoterapéutico, y sugieren investigar variables inespecíficas que pudieran estar incidiendo en este cambio (Bagladi, 2003. Citado por Farras, 2010).

Opazo (200. Citado por Farras, 2010), menciona que muchos investigadores concluyen que el cambio en psicoterapia deriva de la acción de variables "inespecíficas" o bien es atribuible a "factores comunes" compartidos por los diferentes enfoques. En la base de los factores de cambio inespecíficos o comunes está la noción del cambio genérico, que sostiene que los responsables del cambio son condiciones generales de la psicoterapia (por ejemplo la empatía, la calidez, la aceptación, el dar ánimo al cliente para aceptar riesgos, entre otros) (Krause y otros, 2006). Lambert y Bergin (1994. Citado por Krause y otros, 2006) plantean que estos factores son responsables del 30% de los cambios en psicoterapia, se encuentran presentes en distintas terapias y son independientes de su orientación teórica. Los momentos de cambio consideran tres dimensiones: los factores de cambio inespecífico, el contenido del cambio específico y la evolución del cambio inespecífico (Krause y otros, 2006; Aristegui y otros, 2009).

Es difícil establecer el momento preciso en el cual ocurren los cambios terapéuticos. Sin embargo, algunos indicadores se dan en una secuencia evolutiva (Krause y otros., 2006; Valdés y otros, 2005). En primera instancia surgen *la aceptación de la existencia de un problema*, luego *la aceptación de los propios límites* y *la conciencia de la necesidad de ayuda*, y finalmente, *la aceptación del terapeuta como un profesional competente*, referidas a una etapa previa al inicio de la psicoterapia. Seguidamente, aparece otra serie de cambios como el estado de "desmoralización", que hace referencia a sentimientos de desamparo, pérdida de control, baja autoestima, dificultad para

encontrar sentido a la vida cotidiana. Viktor Frankl (1997) plantea esto como el estado en que el cliente llegaría a terapia y de esta manera un siguiente indicador de una terapia exitosa sería la disminución de la desmoralización y la *expresión de esperanza o "remoralización"*. Echavarrí (2004) menciona que ésta es vivida a través de la esperanza y expectativas de ser ayudado.

Posteriormente, surgen demandas hacia el cliente de cambios de tipo cognitivo; autores como Greenberg y Marmar (1990. Citados por Goldfried 1992), resaltan la importancia de éstos en el proceso de cambio psicoterapéutico. Los tipos de cambio cognitivo a que hacen referencia Krause y otros (2006) son la autopercepción crítica como experimentación de dudas o cuestionamientos por parte del cliente acerca de lo que él considera como verídico, correcto o inmutable; y el *descongelamiento*, desde Mártens (1991. Citado por Aristegui y otros,2009), que se refiere a los patrones de interpretación y esquemas cognitivos, lo cual conlleva a la *expresión de la necesidad de cambio*.

De forma secuencial se requiere que en el proceso terapéutico el consultante reconozca y acepte *su propia responsabilidad o participación* en las situaciones de su vida, exclusivamente las relacionadas con sus *problemas* (Bittner, 1981. Citado por Krause, 2006), y también que logre *descubrir nuevos aspectos de sí mismo*.

Al conseguir esto, comienza a *manifestar nuevos comportamientos y emociones*, lo cual se relaciona con lo que Berg y De-Jong (1996. Citado por Farras,2010) definen como la construcción de un *sentimiento de competencia*.

Seguidamente, pueden irse presentando nuevas representaciones tanto cognitivas (Krause y otros, 2006) como afectivas (Greenberg, Rice y Elliott; 1993), las que formarán parte importante del cambio terapéutico genérico, con los constantes cambios en la expresión de sentimientos en el encuadre terapéutico y en las valorizaciones de aspectos de la vida personal y que se manifestaran en el *establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, entorno y elementos biográficos*.

Estos cambios representacionales llevan a una *reconceptualización de los propios problemas y síntomas* (Krause, 2006), a la *transformación de valoraciones y emociones* y a la *formación de nuevos constructos subjetivos*, lo cual se relaciona con la construcción de "teorías" sobre sí mismo y el mundo, incluyendo la propia historia de

vida (Krause, 1998). Luego, al avanzar la terapia, estos constructos subjetivos pasan a *enraizarse en la propia biografía*, lo cual da lugar a la *construcción de una teoría subjetiva sobre sí mismo y la relación con el entorno*. Al finalizar la terapia el cliente es capaz de *reconocer la ayuda recibida*, lo cual redundará en la *disminución de la asimetría* con el terapeuta y el logro de una mayor *autonomía en el manejo del contexto de significado psicológico* (Krause y otros, 2006).

Así, se plantea el cambio como un proceso con etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra y extraterapéuticos (Krause y otros, 2006). El proceso se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación se va incrementando progresivamente.

Por otra parte, Manrique y Aguado (2006), refieren que todas las terapias cognitivas conductuales (TCC) le dan importancia prioritaria al pensamiento como inicio de afectividad y luego de conductas, pero señalan que en las últimas investigaciones se comienza a dar prioridad a las emociones. Así, evalúan el modelo de esquemas emocionales propuesto por Leahy (2002) y su importancia en la solución de los trastornos de ansiedad y depresión. Leahy propone que las emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad son experiencias universales, pero las experiencias individuales en la conceptualización de estas emociones y en las estrategias de respuesta van a determinar lo problemático que lleguen a ser estas experiencias emocionales. Este modelo social – cognitivo, donde las emociones son el objeto de la cognición, se relaciona con las recientes formulaciones de los pensamientos intrusivos y de la activación emocional (Well y Carter, 2001. Citados por Manrique y Aguado, 2006).

El modelo de esquemas emocionales propuesto por Robert Leahy, plantea entre sus puntos básicos que las emociones desagradables son un fenómeno universal, los individuos difieren en su interpretación respecto a la significación de estas emociones, además, que estas interpretaciones reflejan creencias acerca de la duración, controlabilidad, complejidad, patología y calidad moral de las emociones y de la persona que las experimenta. Así, los esquemas emocionales negativos son reflejo de las interpretaciones y exacerbando la intensidad y duración de las emociones negativas. Estas interpretaciones negativas, a su vez, inhiben la expresión, validación y el

procesamiento emocional. Es por todo esto que nadie va a la consulta por sus pensamientos ilógicos sino por sus estados emocionales.

Manrique y Aguado (2006) han definido el procesamiento emocional como una disminución de la inhibición emocional, un incremento del autoentendimiento y una autorreflexión positiva mejorada. Centrarse sobre el procesamiento emocional incluiría factores que operan una vez que una emoción ha sido experimentada. Entre estos factores se incluyen el reconocimiento y etiquetación de la emoción, los intentos de inhibir o magnificar una emoción, la hipervigilancia, las estrategias de solución de problemas, la expresión o la ventilación del problema, la confianza en una persona receptiva, distracción y el examen de las propias distorsiones cognitivas. Las catorce dimensiones de los esquemas emocionales de Leahy incluyen la validación (que los otros comprendan sus sentimientos), comprensibilidad (cuales son las razones para sentir la emoción), culpa y vergüenza por los sentimientos que tiene ante una situación, simplicidad versus complejidad (creer que solo debemos tener un sentimiento hacia algo o alguien bueno o malo, nunca que esto es complejo y podemos sentir amor y odio hacia algo o alguien), relación con valores elevados porque trata de explicar el sentimiento negativo porque la situación es encontrada con sus valores, controlabilidad, insensibilidad, racionalidad, duración de sentimientos fuertes, consenso con otros, aceptación o inhibición, rumiación (preocupación) versus estilo instrumental, expresión, culpar a otros.

En la práctica, es importante que el psicoterapeuta evalúe la manera en que el paciente afronta las emociones negativas, estando alerta ante los signos de evitación emocional. Además, se debe ayudar al paciente a identificar, expresar y afrontar sus emociones negativas cuando es adaptativo hacerlo. Para ello pueden usarse las técnicas que tienen reconocimiento como las fisiológicas, las cognitivas conductuales, la programación neurolingüística, entre otras.

#### **6.4.- TALLER VIVENCIAL “ CUIDANDO MI SALUD MENTAL”**

En el capítulo IV, referido a la metodología se señaló que luego de realizar las encuestas y de exponer en una charla los resultados globales obtenidos en las mismas, se procedió a dictar un taller vivencial, el cual se denominó “ *Cuidando mi salud mental*” el cual será descrito en detalle a continuación.

En principio, es importante señalar que a inicios del año 2009 se formó en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis el grupo de investigación de Salud Mental, integrado por docentes participantes del Doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis, a través del convenio entre la Universidad de Los Andes y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (Convenio específico ULA-UAM)

Desde entonces se han realizado cerca de 1200 encuestas a estudiantes de diferentes semestres de la Facultad, tanto de la Escuela de Bioanálisis como la Escuela de Farmacia, todas relacionadas con salud mental general, calidad de sueño, hábitos y consumo de drogas legales e ilegales, relaciones personales y sensibilidad emocional. Los resultados específicos de dichas encuestas son tema de otros trabajos por publicar, pero cabe señalar, que al finalizar y evaluar dicha encuestas, se realizó el taller ya mencionado, al cual asistieron 130 estudiantes de la Escuela de Bioanálisis participantes de las encuestas.

Los 130 estudiantes que participaron, fueron divididos en dos grupos de 45 estudiantes y un grupo de 40 alumnos, pertenecientes a los semestres primero, segundo, cuarto y sexto. El 33,3% de los participantes eran hombres y el 66,7% mujeres. Este predominio de género femenino es observado en todas las investigaciones realizadas en áreas de la salud. El grupo etario predominante fue el de 19 a 22 años, representado por el 79,2%. El 25% eran procedentes de la localidad y el 75% de otros estados, principalmente Táchira y Barinas. En cuanto al estado civil solo 2 estudiantes eran casados y 3 refirieron tener hijos. De los estudiantes participantes en el taller, el 88,2% (N=115) obtuvieron resultados menores a 5 en Salud Mental General, evaluada por el Inventario de Goldberg de 28 ítems, el cual en escala de 0 – 5 puntos es negativo, o sea, no hay evidencia de problemas en la salud mental general y sólo el 11,8% (N=15) resultaron con Goldberg positivo o mayor a 6.

El taller tuvo una duración de 04 horas, con un intermedio de 15 minutos. Se llevó a cabo en cinco fases consecutivas. La FASE UNO consistió en una charla breve de 10 minutos, donde se exponían los resultados obtenidos en las encuestas previas al taller (Goldberg 28 ítems, Escala de Sensibilidad Emocional y Encuesta sobre relaciones y hábitos). Además, llenaron una encuesta abierta, respondiendo a la pregunta ¿Qué les gustaría aprender en el taller? en la cual expresaron controlar los sentimientos, mejorar

algunas relaciones, tomar mejores decisiones y mejorar la comunicación. Se les entregó un material fotocopiado de trabajo. (ANEXO 4) La FASE DOS consistió en una actividad denominada “Primero lo Primero” en la cual, dada una lista de situaciones los estudiantes las clasificaban en URGENTES O IMPORTANTES. En la FASE TRES se les pidió clasificar la relación con padre, madre, hermanos, compañeros, pareja, profesores y personal administrativo como Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala y Pésima. En la FASE CUATRO se enseñó a reconocer algunas emociones básicas y aprendieron algunas herramientas sencillas para manejar las emociones. En la FASE CINCO, en breves minutos se les pidió la opinión sobre el taller.

Como resultados pudimos observar que en la FASE UNO del taller, al preguntarles que querían aprender en el mismo, el 65,8% respondió mejorar las relaciones personales; el 90% refirió problemas en la toma de decisiones; el 80% manejar las emociones y el 75% mejorar la comunicación. Se trabajaron todos los aspectos, excepto mejorar la comunicación, por considerar que esta variable requiere un taller especial. Tomando en cuenta el trabajo de Alguacil (2006), la necesidad de los estudiantes de mejorar sus relaciones personales podría asociarse con las necesidades existenciales de TENER y ESTAR, que están implícitos con variables como grupo de pertenencia, selección de amistades y grupos de estudio.; los problemas en la toma de decisiones implican necesidad existencial de SER y se refieren también a la autoestima, la conciencia crítica, la adaptabilidad y solidaridad. La necesidad existencial de HACER se puso de manifiesto en el deseo de manejar sus emociones o sentimientos, y está en relación con compartir, cooperar, divertirse sanamente, soñar y comprometerse.

En la FASE DOS, en la actividad “Primero lo Primero” se usó la estrategia de clasificar algunas situaciones hipotéticas presentadas como URGENTES O IMPORTANTES para luego tomar decisiones, haciendo que dichas decisiones estén acorde a sus metas y planes de vida. Se consideraron como URGENTES aquellas situaciones que merecen atención inmediata, que no pueden esperar. Por ejemplo: el examen de mañana. Como IMPORTANTES nos referimos a las situaciones que contribuyen a nuestras metas personales, a nuestros sueños. Por ejemplo: terminar la carrera, encontrar pareja. Con esta técnica se quiso promover en los estudiantes la necesidad de comprender y analizar las situaciones que se nos presentan en la vida y la importancia de tomar decisiones adecuadas o convenientes para nosotros.

En la FASE TRES se observó que el 70% de los estudiantes señalaron como Regular y Pésima la relación con el padre, el 73% señaló como mala la relación con los compañeros, el 62 % señaló como Mala la relación de pareja ( 40 estudiantes no tenían pareja en ese momento) y el 93% refirió como Pésima la relación con el personal administrativo. El 78% señaló Buena o Muy Buena la relación con la madre. Estos resultados son diferentes de los encontrados en otros estudios. La mayoría de los estudios incluyen al padre y a la madre en la relación con los padres. En el taller surgió la necesidad de dividir en relación con la madre y relación con el padre, pues los estudiantes no lograban evaluar esta relación con los dos padres incluidos. Así, Alonso y otros (2007), en una universidad de Argentina, evaluaron la autoestima en cuanto a la percepción que los estudiantes tuvieron de sí mismos y sus relaciones interpersonales, incluyendo familiares y amigos. El 94% consideró tener una buena relación con sus padres, el resto de las relaciones, regular.

En el estudio de Alonso y otros (2007) encontraron en cuanto a relación con sus compañeros, que el 89% tiene un buena relación con ellos, y el 11% consideró que su relación con sus compañeros es regular. Se les dio la oportunidad de elegir la definición que tienen de amigo, y el 81% manifestó la expresión “amigo es la persona con quien comparte sus emociones”, y el 19% definió amigo como: “es la persona con quien me llevo bien”. De acuerdo con esto, el 53% contestó que tenía menos de cinco amigos, el 36% más de cinco y el 11% refirió no tener. En este estudio se encontró significancia estadística entre autoestima y solución de conflictos.

Estas diferencias entre el estudio de Alonso y los resultados del presente taller, pueden deberse a factores externos que socialmente son rechazados. Así, al preguntar el motivo de la mala relación con el padre, los alumnos de la Escuela de Bioanálisis hacen referencia a la separación del padre del hogar, infidelidad del padre e indiferencia a los problemas de los hijos. En las relaciones de pareja se observaron casos de violencia física o verbal, en particular por parte del varón hacia la figura femenina. En cuanto al personal obrero, técnico y administrativo los estudiantes refieren que deberían ser más amables y más flexibles con ellos. Llama la atención que al preguntarles sobre la mala relación que refieren con los pares o compañeros de estudios, hacen referencia a la presencia de chismes, envidia y egoísmo.



Los chismes, la envidia y el egoísmo tienen cierta relación entre sí. La envidia ha sido tema de psicoanalistas, tanto freudianos como neofreudianos. El mismo Freud hizo referencia a la envidia de pene, para explicar el desarrollo de la identidad femenina. También Adler analizó la envidia, pero desde un punto diferente, pues la relacionó con el sentimiento de inferioridad, el cual según sus teorías, era el núcleo central de la vida psicológica de las personas. Por último, Melanie Klein, consideró a la envidia, como una de las emociones básicas de los seres humanos, junto con la codicia. (León, 2002). Más recientemente se le ha estudiado desde un punto de vista social, relacionando la envidia con el deseo de igualdad y equidad en algunas sociedades, explicando como ante la situación de no tener algo que otro si tiene, podría ser que el envidioso prefiera que no lo tenga ninguno, lo cual sería dañino para todos por igual. (Nozick, 1989)

La envidia como emoción en estudiantes universitarios ha sido poco estudiada. León y Moscoso en 1991, evaluaron la envidia en 432 estudiantes universitarios de Lima, Perú. Tomaron en cuenta cuatro factores, el primero se refiere a la frecuencia de la envidia entre los peruanos, el segundo a las formas de expresión de la envidia, el tercero a las ideas acerca de la envidia en los seres humanos en general y por último, la valoración del éxito por parte de los peruanos. También se les preguntó ¿Qué es lo que más se envidia en el Perú?. En las mujeres (N=162) se observó una ligera tendencia hacia una percepción más negativa de los peruanos en lo que a frecuencia de la envidia se refiere, en la interpretación de conductas en términos de expresiones de envidia y a la idea de que los peruanos valoran de modo negativo el éxito de sus compatriotas. Sin embargo son los hombres (N=270) los que tienen una imagen más negativa de los seres humanos en general en lo que concierne a la envidia. En referencia a lo que más se envidia en Perú, las mujeres señalaron en un 43,20 % el grado de instrucción vs. 30,73% de los hombres.  $p < 0.005$ . Los otros elementos que se envidian en el Perú, según estos universitarios son: la vivienda, el dinero, el colegio a la universidad en la que se estudia, los contactos y amistades, el trabajo, y los viajes.

En cuanto al egoísmo, es importante recordar la teoría motivacional, según la cual, nuestros deseos siempre son autocentrados, estos es, están dirigidos hacia nosotros mismos. Toda conducta se relaciona de alguna forma con nuestros intereses personales. Cuando queremos hacer el bien a otros, tenemos esos deseos orientados hacia los

demás solo de manera instrumental; nos concentramos en el bienestar del otro solo porque sabemos que las ramificaciones o consecuencias influirán sobre nuestro propio bienestar ( Sober, 1998). Esta teoría no juzga si es el egoísmo es bueno o malo, solo explica que el egoísmo racional es importante en el desarrollo individual y social. Así, Gallo (1987), plantea que el egoísmo como contraposición al altruismo, es una actitud necesaria para que el hombre pase de una sociedad tradicional a una sociedad desarrollada y con nuevas tecnologías.

En cuanto al chisme se refiere, este ha sido considerado una forma de comunicación, según la cual, como lo señala Claudia Fonseca(2004. Citada por Liberatori, 2009) es una instrumental de los límites del grupo. No se hacen chismes sobre extraños. Así, el ser objeto del chisme, representa una integración en el grupo. El chisme solo adquiere sentido dentro de una comunidad que comprende a lo que se hace referencia con dicho chisme. En todo caso, Fasano (2006.Citado por Liberatori, 2009) refiere que el chisme deja ver normas sociales impuestas e interiorizadas por los sujetos. El chisme por lo general tiene significaciones negativas que podrían llegar a ser generadoras de conflictos, pero a la vez crea lazos de solidaridad entre las personas que hablan de chismes sobre terceros. Este lazo de solidaridad también ocurre cuando el chisme es positivo. Además, el ser chismoso es una característica que siempre se proyecta al otro. Nadie admite ser un chismoso, porque el chisme se relaciona con falta de educación, de cultura, de instrucción y, curiosamente, de comunicación. (Liberattori, 2009)

En nuestro taller, las herramientas trabajadas para mejorar las relaciones interpersonales fueron las siguientes premisas: Cumplir las promesas, tener actos pequeños de generosidad con los otros, ser leal (incluyó no hablar mal de otros), disculparse cuando sea adecuado, escuchar más. Se quiso con estas premisas promover en los estudiantes la reflexión sobre la importancia de la convivencia en armonía, respetando y tolerando las diferencias de los otros.

En la FASE CUATRO .se dio información sobre las emociones disfóricas básicas como miedo, rabia, culpa, tristeza, ya que el punto de vista racional (conceptos, reacciones) es considerado el primer paso para manejar emociones. Luego, se dieron las herramientas para el manejo de las emociones a nivel fisiológico (respiración, postura, mirada); a nivel de pensamiento (perdonar, pensamientos bondadosos, “eso no

tiene importancia”); a nivel de la imaginación (círculos de colores con la emoción deseada) y finalmente, el abrazo y cantar como maneras grupales de manejar las emociones. Se hizo énfasis en ver las emociones como nuestras amigas. Debemos manejarlas pero es imposible evitarlas. Así, forman parte de nuestra vida diaria. El objetivo del manejo de las emociones disfóricas, es sentirlas pero sin permitir que perduren en el tiempo, afectando todas las esferas de nuestra vida.

En la FASE CINCO al preguntar la opinión sobre el taller el 90% opinó que era Excelente, el 10% restante que era Bueno. Además refirieron que debía disminuir el número de participantes por grupo y muchos pidieron que se repitiera en una nueva oportunidad. El 65 % refirió que debían ser más horas de taller. Solo un 12% refirió haber participado anteriormente en alguna charla o taller sobre salud mental o desarrollo humano.

Como recomendaciones finales creemos importante profundizar en el estudio de las necesidades existenciales de los estudiantes y ayudarlos a través de charlas y talleres vivenciales a satisfacer dichas necesidades, ya que esto mejorará su calidad de vida en general.

## **6.5.- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

De los 304 estudiantes encuestados para la presente tesis, el 8,6% (N=26) acudieron a la consulta especializada para recibir ayuda psicoterapéutica, la cual fue ofrecida de manera gratuita. De estos estudiantes, 02 tenían Goldberg menor a 5 pero pensaban que requerían la ayuda. El 61,5% (N=16) de los casos refirieron problemas de tipo académico. Todos tenían problemas con las asignaturas Química General y Físicoquímica. De estos 16 alumnos, 08 pensaban que no les gustaba la carrera y querían cambiarse, pero no sabían a cuál otra carrera ni que hacer para ello. Estos 16 estudiantes acudieron a un promedio de 04 sesiones de 60 minutos cada una. Todos los casos fueron resueltos de diferentes maneras, casi todos con ayuda de alguno de los progenitores. Por ejemplo, 04 de ellos se retiraron y fueron a estudiar alguna carrera en

su ciudad de origen. Otros buscaron tutores o profesores privados para las asignaturas en las cuales tenían problemas.

Ahora, un total de 10 estudiantes tenían problemas relacionados con traumas de la infancia, situaciones actuales de pareja y problemas económicos, que se estaban manifestando como ansiedad, depresión leve a moderada, alteraciones de la respuesta sexual y alteraciones de los hábitos alimenticios. De estos 10 casos, se va a presentar el resumen de dos casos.

### **CASO N° 1:**

Estudiante femenino, 22 años. Soltera. 8vo semestre. Goldberg 19. ESE SIP (Sensibilidad Interpersonal Positiva). Refiere que necesita psicoterapia. Niega antecedentes patológicos de importancia. Nunca ha sido hospitalizada. Natural de Socopó, Estado Barinas.

Historia Familiar: Producto de primera gestación. Padres casados. Tuvo otras dos hermanas, con quienes tiene buena relación. Cuando ella tenía 10 años, los padres se divorciaron, desde entonces han tenido muchas crisis económicas ya que la madre no trabajaba y no había estudiado. Actualmente, la madre en Barinas con las dos hermanas menores, quienes aun estudian bachillerato. El padre está muy enfermo de insuficiencia cardíaca, tiene en este momento 71 años.

**HISTORIA PERSONAL:** Es producto de primera gestación de una madre de 15 años y su esposo de 45 años. Los padres eran casados. No tuvieron noviazgo, porque todo fue una especie de venta al hombre, ya que la familia materna era sumamente pobre. Vivían en el campo, en la finca donde laboraba el padre. Refiere que su padre abusó sexualmente de ella desde que tenía unos 5 años de edad. Refirió que “la bañaba y la tocaba en sus partes íntimas”, con lo que ella se sentía muy mal. Le daba mucho miedo. Siempre era cuando la madre estaba ausente. A los 10 años, el padre comenzó a tener con ella actividad coital con penetración, lo cual ocurrió dos veces. En una charla en la escuela les explicaron todo sobre la menstruación y el embarazo. Ella, conversando con la madre le comentó:” dígame si quedo embarazada de mi papá...” A lo que la madre indagó en profundidad enterándose de los abusos a los que esta niña había sido

sometida. La madre, apoyada por su familia, decide divorciarse para alejar a las niñas de esa situación. A partir de este momento la economía familiar se viene abajo. La estudiante ha sentido mucha culpa y ha pensado que si no hubiera dicho nada, habrían sufrido menos penurias económicas.

Actualmente tiene una relación de pareja desde hace 2 años. Refiere ser anorgásmica. Nunca había buscado ayuda terapéutica, pero al ver su resultado de Goldberg y asistir al taller ofrecido por el grupo de Salud Mental de la Facultad se animó a buscar la que era ofrecida por el mismo. Había comentado de su anorgasmia a la ginecóloga, quien le explicó que tenía una candidiasis vaginal y que tal vez el ardor y dolor bloqueaban la respuesta sexual adecuada. Pero la candidiasis ya está curada y la anorgasmia persiste.

Para este momento ha tenido tres sesiones de terapia, durante las cuales se ha manejado el sentimiento de culpa, explicándole que la conducta del padre no es normal y que la madre hizo lo adecuado en ese momento, ya que ella era una niña de 10 años a quien había que proteger. Se le motivó a tener una conversación con la madre y entonces ésta le contó que ella no había sufrido por el divorcio, porque nunca había querido a su esposo. Además, le contó que él abusaba sexualmente de ella, y que la maltrataba físicamente. Esto fue muy positivo para la estudiante, pues ahora piensa que al divorciarse ellos, la madre también fue salvada de “una vida fea”.

Hay que manejar la anorgasmia y completar todo el proceso de acercamiento al amor, de encontrar el sentido de su vida y cumplir sus metas. En este momento, la estudiante trabaja en una peluquería y se mantiene ella misma. No hay insomnio ni síntomas que hagan necesario el uso de psicofármacos. Para el momento de esta presentación, la paciente ha terminado la relación de pareja porque descubrió infidelidad por parte de él.

Al preguntar como se siente con respecto a los problemas y sentimientos de amigo(a)s o compañeros de estudio, refiere su preocupación por dos amigas que están “pasando por cosas muy fuertes”. Ella ha llegado a involucrarse en los dos casos, hablando con las madres de sus compañeras. También con el novio de una de ellas. Dice que las entiende y que está dispuesta a ayudarlas en lo que sea.

## **CASO N° 2:**

Estudiante femenina de 18 años de edad. Goldberg 9. ESE DE (Distanciamiento Emocional). Refiere que requiere ayuda terapéutica. Segundo semestre de Bioanálisis. Natural y procedente de Acarigua, Estado Portuguesa. Soltera. Sin hijos. Vive en apartamento compartido con otras estudiantes.

**HISTORIA FAMILIAR:** Los padres son casados desde hace 20 años, pero actualmente tienen 1 año separados y están en proceso de divorcio. Tuvieron dos hijos, un varón de 15 años y la estudiante. La madre, de 38 años, es Maestra de primaria y el padre, de 43 años es Contador Público.

**HISTORIA PERSONAL:** Se lleva muy bien con la madre y muy bien con el hermano. Con el padre se llevaba bien, hasta que este comenzó una relación de pareja, y empezó a alejarse de los hijos., hasta el punto de dejar de ayudarlos económicamente. Esta situación hace sentir muy triste a la estudiante. Ella llama al padre y este no le atiende el celular, cuando atiende le promete cosas que no cumple luego. Desde hace unas seis semanas está muy “llorosa”, esto es llora espontáneamente sin motivo aparente. Se despierta a las 3 am y no vuelve a conciliar el sueño. Dejó de salir con amigas y descuidó su aseo personal. Falta mucho a clases porque no le “provoca ir”. Niega ideas directas o indirectas de muerte. Refiere que la tristeza es porque tiene problemas económicos, ya que la madre gana muy poco y el padre le quitó la ayuda.

Actualmente ha asistido a cuatro sesiones de terapia. Se le ha indicado un antidepresivo y un hipnótico para mejorar la calidad del sueño. En este momento ya el hipnótico fue retirado, tomando solo el antidepresivo. Se ha realizado una reestructuración de metas, estudiando la posibilidad de irse a la ciudad donde viven la madre y el hermano, para estudiar en el núcleo de una universidad pública de esa región. Se planteó la posibilidad de estudiar Educación y a la vez trabajar y ayudar a la madre. No hay Bioanálisis en esa universidad.

Una tía paterna la llamó muy preocupada por la situación y le ha ofrecido ayuda económica para que siga estudiando Bioanálisis. Sin embargo, creo que esta situación tiene mal pronóstico, porque la tía tiene planes de irse para Holanda definitivamente en

Julio del año 2011. Podría ser complicado recibir ayuda desde el extranjero. Por ahora esto ha demorado la decisión de la estudiante sobre el cambio de carrera.

Sobre la relación con el padre, tuvo una conversación telefónica con la terapeuta y refirió que tiene muchos problemas porque la actual pareja está por tener un hijo suyo y, por el embarazo la despidieron del trabajo. El debe mantenerla y no gana suficiente para mandarle a su hija en Mérida. Además, refiere que él piensa que ya ella debe trabajar y que ya es mayor de edad. Lamentablemente, la conversación no fue fructífera. El se niega inclusive a llamarla y mantener la relación afectuosa con su hija, porque se siente manipulado por ella y por su ex esposa.

Está pendiente conversación con la tía que ofrece ayuda, para ubicar las posibilidades reales de que la misma se dé durante el tiempo necesario, y que no solo sirva para retrasar la decisión de cambio de carrera.

Por ahora, ha mejorado la depresión. El rendimiento académico bajó un poco, sin embargo, aprobó el 80% de las materias que cursaba.

Al indagar sobre su preocupación por otras personas y por los sentimientos y dificultades de compañeros y amigos, refiere que ahora ella misma está muy mal, que está para que la ayuden, “el colmo es que tenga que ayudar a otros también”. Cuando alguna amiga llega a contarle problemas ella se “bloquea”, esto es que no entiende nada de lo que le dicen y se limita a responder con monosílabas. No es capaz de dar consejo alguno.

## **6.6.- TÉCNICAS UTILIZADAS EN GENERAL**

En el proceso psicoterapéutico de los estudiantes se utilizaron algunas técnicas como:

- En la primera sesión a todos se les realizaba un examen mental completo y se aplicó el test del árbol y el test de la figura humana
- En todos los casos se enseñaron ejercicios de relajación de Jacobson y respiratorios.

- En todos los casos se trabajaron los ***valores considerados por Frankl: creativos, experienciales y actitudinales***. Estos se manejaron desde la segunda o tercera sesión bajo la forma de tareas, reflexiones llevadas a su casa. Debía traer propuestas también. En cuanto ***a valores creativos*** se les pidió hacer una lista de todo lo que tenían “atrasado” y un calendario para hacerlas. Fundamentalmente situaciones relacionadas con compartir con su pareja, con familia y relacionadas con la carrera. Como ***valores experienciales***, 06 estudiantes aceptaron la invitación a un taller que la terapeuta daría a un grupo de profesores sobre comunicación y liderazgo. Así, se dan cuenta de que pueden olvidarse de sus problemas y concentrarse en las actividades. Se les explicó que lo único que no perdemos nunca es nuestra libertad para elegir la actitud ante una situación difícil.
- Se han trabajado aspectos como por ejemplo ***concentrar la atención en el momento presente***, la ***importancia de la comunicación con los otros*** y la ***importancia de hacer algo para mejorar las relaciones interpersonales***.

En este capítulo se estableció el concepto de intervención terapéutica y las características que deben tener dichas intervenciones, las cuales tienen como eje fundamental al paciente sin olvidar la experticia y preparación del terapeuta. Además, se hizo referencia a la validez de algunas técnicas psicológicas empleadas y los criterios para establecer dicha validez.

Tratamos de evaluar la eficacia de los talleres como técnica de intervención y se describió el taller dictado a los estudiantes de Bioanálisis, el cual se denominó “Cuidando mi salud mental”, haciendo mención a las fases de realización y a algunos resultados. En cuanto a la psicoterapia individual realizada a 26 estudiantes, se muestran dos casos y se señalan las técnicas usadas en general en todos los estudiantes que asistieron a la consulta individual.



## **CAPITULO VII**

### **DISCUSIÓN**

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

***OBJETIVO 1.- Determinar la Sensibilidad Emocional de los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis utilizando la Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino.***

En la presente tesis se determinaron los tipos de Sensibilidad Emocional presentes en los estudiantes universitarios de la Escuela de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes. Se pudo observar el predominio del tipo SIP (Sensibilidad Interpersonal Positiva) la cual se evidenció en el 61% (N=173) de los participantes. Este valor fue seguido por el tipo DE (Distanciamiento Emocional) presente en un 32% (N=90) y finalmente el tipo SEN (Sensibilidad Egocéntrica Negativa) en un 8% (N=21).

El tipo de sensibilidad emocional SIP en el total de la muestra fue de 61%, predominó en el grupo etario de 19 a 22 años y fue mayor con un 68,5% en los hombres en contraposición con el 59,2% en las mujeres. Esta relación entre sensibilidad emocional y sexo tiene una significancia estadística con  $p < 0,001$ , al igual que la relación entre sensibilidad emocional y edad. En cuanto al predominio de SIP en los hombres es un resultado diferente a los encontrados hasta ahora, donde el predominio de SIP ocurre en las mujeres, lo cual podría indicarnos que los hombres con mayor capacidad de involucrarse con los otros y de querer ayudar a otros se orientan a estas carreras del área de la salud. En cuanto a la edad, el predominio de SIP es en el grupo de 19 a 22 años, es probable que el grupo de 15 a 18 años quedara prácticamente excluido del estudio al no poder realizar las encuestas en el primer semestre por dificultades de los profesores para ceder 45 minutos, habiendo solo unos pocos estudiantes de 18 años en el segundo semestre.

Al comparar estos resultados con el grupo control, vemos que en este grupo el predominio observado fue el tipo DE con un 50% (N=16), seguido de SIP con un 40,6% (N=13) y SEN con un 9,4% (N=3). En cuanto a la edad el tipo DE predominó en el grupo de 15 a 18 años y al observar la frecuencia por sexo, en el grupo control fue igual la presencia de DE en hombres y mujeres, con un 50% para cada sexo.

Cuando comparamos estos resultados con los obtenidos en otros estudios, vemos que el grupo control se asemeja mucho a los trabajos realizados en estudiantes universitarios de la Universidad Simón Bolívar (Guarino y otros, 2005) y de los cadetes de la naval venezolana (Herrera y Guarino, 2008), aunque cabe destacar que en estos estudios solo evaluaron los tipos SIP y SEN pues aún no se evaluaba el tipo DE que apareció al estudiar comparativamente estudiantes británicos y venezolanos. En cambio los resultados de los estudiantes de Bioanálisis se asemejan a los tipos de sensibilidad encontrados en los médicos venezolanos, en los cuales Rincón y Guarino (2008) encontraron predominio de SIP, aunque en segundo lugar estuvo el tipo SEN y en último lugar el tipo DE. En este estudio, los médicos presentaron pocos síntomas físicos de enfermedades, pero concluyeron que esto no se debía al tipo de sensibilidad SIP, sino a la manera de afrontar los estresores de forma racional y sin evitaciones hacia estos factores. Los médicos, con tipos poco adaptativos de afrontamiento y con mayor reporte de síntomas físicos fueron los tipo SEN.

Estos resultados pueden orientarnos a pensar que aquellas personas con el tipo de sensibilidad emocional SIP (Sensibilidad Interpersonal Positiva) se orientan hacia el estudio de carreras donde es importante el involucrarse con los otros y donde la posibilidad de ayudar a otros es mayor. En el grupo control la variable que se excluyó fue el hecho de ser estudiante de áreas de la salud y pudimos ver como en ese grupo con estudiantes de Arquitectura, Ingeniería y Ciencias Forestales predominó el tipo de sensibilidad DE (Distanciamiento Emocional) que describe la tendencia de los individuos a alejarse y/o evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniendo distancia de aquellos que puedan estar atravesando circunstancias difíciles.

Al analizar el resultado en relación con nuestra hipótesis inicial, esta queda NEGADA pues según el planteamiento de la misma, el predominio de sensibilidad emocional en los estudiantes de Bioanálisis sería el tipo Distanciamiento Emocional.

***OBJETIVO 2: Evaluar la necesidad objetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica de los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, mediante el inventario de Goldberg de 28 ítems.***

Al evaluar la necesidad objetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica por el Cuestionario de Goldberg 28 ítems, encontramos que el 79,9% (N=227) resultaron negativos, esto es, con valores de 0 a 5. El total de casos positivos fue de **19,1%** (N=57), de los cuales 51 casos fueron mujeres y 01 caso en hombres. En el grupo control el 84,4% (N=27) de los casos fueron negativos y un **15,2%** (N=5) fueron casos positivos, de los cuales 04 fueron mujeres. Es probable que estos resultados se deban a una mayor tendencia de riesgo a padecer enfermedades mentales pues la carga académica no explicaría por sí sola este hecho. En Bioanálisis, los estudiantes deben presentar de manera obligatoria Tesis de Grado para culminar la carrera. Dicha tesis la comienzan en el cuarto semestre y esto genera una carga adicional a sus actividades de salón. Sin embargo en Arquitectura deben presentar proyectos desde el primer semestre y en ingeniería la carga académica y la complejidad del pensum es mayor. En cuanto a Ciencias

Forestales, cabe señalar que en esta carrera tienen asignaturas relacionadas con el desarrollo humano desde el primer semestre, recibiendo charlas y talleres sobre salud mental, lo cual podría incidir en este valor más bajo de positividad en el Goldberg del grupo control.

Al comparar el porcentaje de casos positivos con otros estudios, vemos que los casos positivos son más altos que los encontrados para los estudiantes de Medicina en la investigación de Al Naakeeb y otros (2009), en la Universidad Autónoma de Madrid en España, los cuales presentaron un 14,7% de positividad, mientras que en los estudiantes de Filosofía del último año presentaron un 46% y los de ingeniería Informática, de la misma universidad, presentan un 31% de casos positivos. En todas las carreras el mayor predominio de casos positivos fue en las mujeres, con un 16,2% en las estudiantes de Medicina contra 11% en los hombres. Sin embargo, en el estudio global no hubo diferencias significativas para el sexo.

Por otra parte, en la Universidad Católica de Chile, Benítez y col (2001) en un total de 305 estudiantes de Medicina evaluados por el Cuestionario de Goldberg 12 ítems, observaron que el 40,68% tuvieron resultados positivos, sin encontrar diferencias significativas relacionadas con el sexo, pues el riesgo resultó igual tanto para los hombres como para las mujeres. Estos resultados son más altos que los encontrados en los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes.

En la Escuela de Medicina Dr. José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela (UCV), Benítez y otros (2005) refieren que en el año 2001 encontraron positividad en el Goldberg de 12 ítems en un 57,62% de los estudiantes de todos los semestres, con una frecuencia por sexo con un alto predominó en las mujeres (significancia estadística con  $p < 0,0017$ ). Como vemos, nuestros estudiantes tuvieron porcentajes inferiores a estos, aunque en este estudio también predominó la positividad en las mujeres.

En este orden de ideas, en el año 2009, Cabrera de Para y otros, evaluaron la salud mental de los estudiantes de medicina integral comunitaria en el estado Miranda de Venezuela. Encontraron un 15% de casos positivos evaluados con el Cuestionario de

Goldberg de 12 ítems. La frecuencia de positividad fue mayor en las mujeres con un 41,6% de casos, mientras que en los hombres fue de 21%.

En Cuba, Díaz y otros (2008) reportaron GHQ12 con 12,2% de positividad en estudiantes de tercer año de Medicina y en México, Maldonado y otros (2007) en la Universidad Autónoma de Tamaulipas reportaron un 27,3% de positividad en GHQ 12.

Como vemos, nuestros resultados son más altos que los encontrados en España en la UAM en 2009. Los autores refieren que esos resultados son más bajos que los encontrados en otros estudios de esa universidad y lo atribuyen a la proximidad de la época de vacaciones o que los estudiantes tenían menor tendencia a presentar alteraciones de la salud mental. En nuestro estudio, las encuestas fueron realizadas faltando cuatro semanas para finalizar el semestre, cuando la carga de exámenes es mayor y los estudiantes de 8vo semestre deben prepararse para irse de pasantías fuera de Mérida, lo cual impone una preocupación en todos ellos.

En comparación con otras universidades, vemos que los resultados de nuestro estudio resultan muy por debajo, esto podría deberse a que la comparación se hace con estudiantes de Medicina, quienes están expuestos a mayor carga académica y de responsabilidad, pues en Venezuela el contacto con los pacientes se inicia desde el segundo semestre, con actividades en los hospitales públicos, además de sus actividades académicas en las aulas. Los estudiantes de Bioanálisis comienzan el contacto con pacientes a partir del 8vo semestre.

En general, podemos afirmar que podrían requerir ayuda psicoterapéutica cerca del 20% de los estudiantes de Bioanálisis., lo cual concuerda con un estudio previo realizado por Arias (2002), según el cual un 23% de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes presentaron algún grado de depresión, y de estos, el 17% presentaban depresión en grado moderado.

Al relacionar estos resultados obtenidos con nuestra hipótesis inicial, según la cual el mayor porcentaje de GHQ28 positivos se encontraría en los grupos SEN y DE, queda NEGADA para los tipo DE pero CONFIRMADA para los tipo SEN quienes

reportaron positividad en 38% de los casos, contra 15,6% en los tipos DE y 20,2% en los tipo SIP.

***OBJETIVO 2.1.- Determinar la relación entre la necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica y los tipos de sensibilidad emocional.***

En cuanto a la relación entre la necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica evaluada con el Cuestionario de Goldberg de 28 ítems y los tipos de sensibilidad emocional, podemos observar que tanto en la muestra como en el grupo control los casos negativos (0 – 5) predominaron en los tipo DE y representaron un 84,4% en la muestra y un 75% en el grupo control. En el estudio global la muestra tuvo un 79,9% de casos negativos y el grupo control un 84,4%. La relación entre estas variables no ha sido estudiada en la literatura, por lo tanto no tenemos patrón de comparación, además, no hubo significancia estadística para los casos negativos y los tipos de sensibilidad emocional. Sin embargo, el predominio de casos negativos en el tipo DE es esperable, ya que estas personas no se involucran con otros que se encuentren en situaciones difíciles y si deciden ayudar, podrían hacerlo en un plano impersonal, sin involucrarse (Rincón y Guarino, 2008)

En cuanto a los casos positivos, esto es con Goldberg de 6 y más, podemos observar que en la muestra estos casos representan un 19,9% del total, encontrándose mayoritariamente en los tipo SEN con un 38% de positividad. En el grupo control los casos positivos se encontraron en un 15% , con predominio en los tipo DE con un 24% de positividad No hubo casos positivos en los tipo SEN del grupo control. Los resultados tuvieron significancia estadística para los casos positivos y tipos de sensibilidad emocional con  $p < 0,001$  en la muestra, pero no en el grupo control. Estos resultados nos orientan a pensar que los tipo SEN tienen mayor riesgo de padecer alteraciones de la salud mental, lo cual es esperable, pues son personas que actúan de manera poco adaptativa ante los problemas de los otros, y por otra parte, tienen la tendencia a magnificar sus propios problemas, así como cualquier síntoma somático por ellos presentado. Además, su forma de afrontamiento ante estresores es poco adaptativa, con conductas de evitación predominantes y emocionalidad angustiosa, triste o con sentimientos de rabia y culpa. (Herrera y Guarino, 2008).

No hay antecedentes en la literatura que puedan usarse como referencia en cuanto a los tipos de sensibilidad emocional y necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica. Podemos afirmar que la necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica es mayor en los estudiantes tipo SEN que en los tipo DE y SIP, ya que los primeros tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones de su salud mental por sus respuestas poco adaptativas ante las situaciones difíciles de los otros y la magnificación de los problemas propios.

***OBJETIVO 3: Evaluar la necesidad subjetiva de ayuda psiquiátrica o psicológica de los estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, mediante la encuesta de ayuda psicológica del Goldberg Plus.***

Al realizar la pregunta *¿Cree usted que necesita ayuda por psicólogo o psiquiatra actualmente?* Observamos que en la muestra total el 66,6% (N=189) señalaron la respuesta NO, el 20% (N=57) señalaron la respuesta SI y un 13,4% (N=38) señalaron que NO SABE (NS)/ NO CONTESTO (NC). Además, se observa en todos los tipos de sensibilidad predominancia importante de la respuesta NO. En el grupo control también predominó la respuesta NO con un 50%, observándose el mayor porcentaje de respuestas negativas en el grupo SEN con un 66,7%. Se obtuvo significancia estadística para la respuesta SI con todos los tipos de sensibilidad con  $p < 0,001$

En la muestra un 19,9% obtuvo GHQ28 positivo y al evaluar la necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica contestan afirmativamente el 20,0 %, lo cual muestra una concordancia en el resultado global. Al analizar por tipo de sensibilidad vemos que la concordancia continúa pues el grupo DE, con un resultado en GHQ28 positivo en 15,6% de los participantes contestan que no requieren ayuda psicoterapéutica un 15,6%, mientras que en el grupo control esta respuesta negativa en los DE es de un 37% con GHQ28 positivos de 20%. Además, vemos que en el tipo SEN un 38% tiene positividad en GHQ28 mientras que solo el 33% piensa que requiere ayuda. En los tipo SIP con un 20,2 % de positividad, un 20,8% piensa que requiere la ayuda.

Al evaluar solo los casos positivos, vemos que del 19,9% de positividad global, vemos que el 30% cree necesitar ayuda psicoterapéutica; el 45% piensa que no la necesita y el 15% no sabe o no contestó sobre esta necesidad.



Estos resultados nos orientan a pensar que los estudiantes con sensibilidad emocional tipo DE y los tipo SIP están más conscientes de la necesidad de ayuda psicoterapéutica que los otros tipos de sensibilidad emocional.

En relación a nuestra hipótesis inicial, según la cual habría discordancia entre la necesidad objetiva y la necesidad subjetiva de ayuda psicoterapéutica, solo fue confirmada para los tipo SEN, pues en los tipo SIP y tipo DE hay concordancia muy cercana.

***OBJETIVO 4: Contrastar las áreas de ayuda a recibir por los estudiantes de Bioanálisis y el grupo control, en área emocional, área familiar, área de la carrera, área económica o en ninguna área.***

Cuando se realizó la pregunta: *Si recibiera atención por psicólogo o psiquiatra ¿Cuáles serían las razones para necesitar esta ayuda?* podemos observar que en la muestra el 41,1% (N=117) de los estudiantes señalaron problemas de la carrera, el 37,3% (N=106) señalaron problemas emocionales, el 34,5% (N=95) señalaron problemas familiares y el 34,5% no señalaron ninguno de los problemas indicados. Mientras que solo el 13% señalaron los problemas económicos. Como podemos observar esta tendencia se mantuvo en todos los tipos de Sensibilidad Emocional. En el grupo control señalaron en primer lugar Ninguna de las áreas con 28%, seguido de un 24% en los problemas de la carrera. Al evaluar la media del número de áreas señaladas por los estudiantes se obtuvo una media de 1,6 áreas señaladas en la muestra total. Vemos que los estudiantes tipo SIP y tipo DE están en la media y por debajo de la media respectivamente, mientras que los tipo SEN se ubican por encima de la media con 2,5 áreas. En el grupo control el 50% pensaba que no requerían ayuda sin embargo solo el 28% señaló no requerir la ayuda en ninguna de las áreas. Al igual que en la muestra las áreas señaladas tuvo una media superior en los tipo SEN con 3,3 áreas.

A pesar de que el 66,6% de los estudiantes de la muestra señalaron que NO creían necesario recibir ayuda, vemos que solo un 13% señala **no requerir** ayuda en ninguna de las áreas solicitadas. Los tipo SIP y tipo DE señalan de 1,4 a 1,6 áreas, mientras que

los tipo SEN señalan 2,5 áreas en promedio. Esta situación es semejante en el grupo control, aunque en este último la media de áreas señaladas por los tipo SEN es superior que en la muestra, con 3,3.

Estos resultados son inferiores a los encontrados por Gaona y otros (2007) en cuyo estudio un 55% de los estudiantes de la Universidad de Zaragoza, refieren requerir atención educativa y psicológica., el 77% requerían estrategias de aprendizaje y el 75% solicitaban información laboral previa al término de la carrera. En nuestro estudio el 41,1% refirió problemas con la carrera, en algunas entrevistas personales refirieron que no les gustaba Bioanálisis y otros que tenían problemas con asignaturas como Química y Físico Química.

En relación con nuestra hipótesis inicial según la cual las áreas más señaladas por los estudiantes para recibir ayuda serían las relacionadas con la carrera y los problemas económicos, vemos que se confirma en relación a la carrera, pero queda negada para los problemas económicos ya que solo un 13% los señalaron.

Estos resultados nos orientan a pensar que los estudiantes no tienen claro lo que significa psicoterapia, por eso aunque refieren no necesitar ayuda la gran mayoría señaló al menos 1,4 áreas para recibirla. Creemos que piensan que los problemas de la carrera y los económicos no se pueden resolver en psicoterapia. También podemos pensar que los estudiantes no tienen conocimientos suficientes sobre la salud mental como para reconocer cuando podrían necesitarla.

***OBJETIVO 5: Determinar los ítems más señalados en la Escala de Sensibilidad Emocional y relacionarlos con el sexo.***

Los ítems más señalados como ciertos por los integrantes de la muestra son los números 5 (Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer), el 9 (Me enfurezco cuando las cosas no funcionan) , el 15 (Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor, incluso aunque traten de esconderlos) y el 43 (Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros)

El 5 fue señalado por el 81,5% de los hombres y por el 91,4% de las mujeres. El ítem 9 fue señalado por el 81,5% de los hombres y por el 73% de las mujeres. El 15 fue señalado por 70 % tanto de hombres como de mujeres y el ítem 43 lo señalaron un 74% de los hombres y 59,9% de las mujeres. Al analizar la certeza encontramos significancia estadística para los ítems N° 9 y N° 15 con  $p < 0,001$ .

En el grupo control, persisten los ítems 5 y 43, pero aparecen los ítems 8 (Cada vez que veo a alguien cercano a mi teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado que soy de no estar en esa situación) y 44 (Me gusta mantenerme alejado de las reacciones emocionales de los otros). El 5 fue señalado por 60% de los hombres y 95,5% de las mujeres. El 8 fue señalado por un 90% de los hombres y un 63,6% de las mujeres; el 43 fue señalado por el 50% de los hombres y por el 81,8% de las mujeres. El 44 lo señaló el 70% de los hombres y el 54,5% de las mujeres.

Estos resultados nos llevan a pensar que los ítems señalados se relacionan con los roles y estereotipos que son aceptados socialmente para los hombres y para las mujeres, situación que se observó tanto en la muestra como en el grupo control. Así, es aceptado que los hombre se enfurezcan cuando algo no sale como quisieran y que deben mantenerse alejados de las emociones tanto propias como de los otros, lo cual se evidencia en los ítems 9, 43 y 44 que fueron señalados mayoritariamente por los hombres. Las mujeres participarían más en programas de ayuda si pudieran hacer algo, reconocen con más frecuencia las emociones de los demás, como se evidencia con los ítems 5 y 15. Estos resultados coinciden con lo expresado por Caricote (2006), en relación a los roles del hombre y de la mujer, pues según su investigación los adolescentes piensan que los varones deben reprimir las emociones y solucionar los conflictos con la violencia. En cambio, creen que las mujeres deben ser sumisas, obedientes con los hombres y dedicadas al hogar, aún cuando tengan que salir a trabajar y aportar económicamente al hogar.

Por otra parte, González Gabaldón (1999), se refiere a la importancia de los estereotipos como factores de socialización en el género. Entiende como estereotipo a aquellas creencias populares sobre los atributos que caracterizan a un grupo social (gitanos, mujeres, alemanes, por ejemplo), y sobre los que hay un acuerdo básico. Los estereotipos se relacionan con el término de actitud, basado en tres componentes:

cognitivo (lo que yo sé del asunto), afectivo ( las emociones que me surgen del asunto), y conductual (las conductas que, como consecuencia, me produce el asunto). Los estereotipos son muy difíciles de eliminar pues nacen desde los ancestros mismos de la sociedad y, a pesar de que los cambios sociales acercan a la mujer a todas las actividades que eran exclusivas de los hombres, se siguen manteniendo las creencias de que el hombre debe ser proveedor, trabajar fuera del hogar, más agresivo, mientras que la mujer es más sumisa, dócil, para labores del hogar y con mejores relaciones interpersonales. También los estereotipos tienen que ver con las diferencias psicológicas y fisiológicas. Así, el embarazo de la mujer hace creer que es ella la que debe encargarse de los hijos y la creencia mantenida por mucho tiempo de que la mujer era menos inteligente, la mantuvieron fuera del ámbito universitario hasta hace pocos años. Los estereotipos se adquieren en un proceso de aprendizaje, en el cual, además de los factores culturales, influye el contexto social más inmediato, esto es la familia y la escuela. Sin embargo, las funciones de los estereotipos son muy importantes pues facilitan la identidad social y la conciencia de pertenecer a un grupo social, ya que el aceptar e identificarse con los estereotipos dominantes en dicho grupo, es una manera de permanecer integrado a él. ( González Gabaldón, 1999)

Estos resultados confirman nuestra hipótesis inicial según la cual los ítems más señalados tendrían relación con los roles y estereotipos sociales.

***OBJETIVO 6: Comparar la media de los tipos de sensibilidad SIP, DE y SEN de los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes con los estudiantes de otras universidades y con el grupo control.***

En la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE), encontramos un total de 45 ítems, con respuesta de tipo binario cierto o falso. De este total de ítems, 22 ítems se refieren a la evaluación la Sensibilidad tipo SEN, un total de 10 ítems para el DE y 13 ítems para el tipo SIP. Los estudios de Guarino y Rogers (2005), Rincón y Guarino, 2008 y Herrera y Guarino 2008, evalúan la media de acuerdo al número de ítems señalados en cada tipo de sensibilidad. Cuando comparamos esas medias obtenidas en estudiantes de la USB ( no hay carreras en áreas de la salud), en cadetes navales y en médicos con las medias de los estudiantes de Bioanálisis y nuestro grupo control, encontramos que las medias de los estudiantes de Bioanálisis son mucho más altas que en todos los

demás grupos. Esto es, la media para SIP fue de 8,4 mientras que en el grupo control fue de 1,3 y en los médicos fue de 7,5 y en estudiantes de la USB 5,4. Esto significa que los estudiantes de Bioanálisis marcaron más ítems que los otros grupos, esto es, de 13 ítems que se refieren al tipo SIP, nuestros estudiantes marcaron en promedio 8,4 ítems.

Algo parecido se observa para los tipo SEN, los cuales señalaron 10,2 ítems de 22 en la muestra, 3,83 en la USB, 3,3 en el grupo control, y 6,96 en los médicos generales. El tipo DE no fue evaluado en la USB. Pero en nuestra muestra los DE señalaron una media de 5,9 ítems de 10 , en el grupo control señalaron una media de 1,4 ítems y en los médicos fue de 4,04.

Estos resultados nos llevan a pensar que los estudiantes de Bioanálisis, al señalar un mayor número de ítems relacionados con su tipo de sensibilidad emocional, podrían también poseer más características de su tipo de sensibilidad emocional. Esto es, los tipo SIP tienen más comportamientos de SIP, al igual que los DE y los SEN. Encontramos significancia estadística para estas variables.

Al relacionar con nuestra hipótesis inicial, según la cual la media para cada tipo de sensibilidad emocional sería mayor en los estudiantes de área de la salud, quedó confirmada.

**CAPITULO VIII**

**CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## **CAPITULO VIII**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Luego de desarrollada la tesis, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

#### **PRIMERA:**

Los estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes presentan predominio de la Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP) lo cual podría considerarse favorable para carreras del área de la salud, pues en este tipo de sensibilidad las personas tienen grandes habilidades para reconocer y comprender los estados emocionales de los otros, así como la tendencia a mostrar compasión por aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles, siendo esta una situación más adaptativa y que motiva a la persona a ayudar a los otros de manera efectiva.

#### **SEGUNDA:**

Los estudiantes del grupo control, cuyos integrantes cursaban carreras diferentes a las del área de la salud, presentaron predominio del tipo Distanciamiento Emocional (DE)

que describe a aquellas personas que tienen la tendencia a mantener a distancia las reacciones emocionales de otros, evitando el involucrarse en las emociones negativas y en las situaciones difíciles de los demás, lo cual coincide con los estudios realizados en cadetes venezolanos y en estudiantes de la Universidad Simón Bolívar (no tiene carreras de salud). Esto es importante, pues nos orienta a pensar que los estudiantes tipo SIP seleccionan más frecuentemente carreras del área de la salud.

### **TERCERA:**

La necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica evaluada por el GHQ28, mostró un mayor riesgo de padecer alteraciones en la salud mental en los estudiantes tipo Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN), lo cual podría explicarse porque estos son individuos con predominio de emociones y sentimientos negativos orientados hacia sí mismos y hacia los problemas de los demás. También tienen tendencia a agrandar sus problemas y síntomas físicos cuando los padecen.

### **CUARTA**

La necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica evaluada por el GHQ28, mostró un mayor riesgo en las mujeres de padecer alteraciones en la salud mental, quienes presentaron mayor frecuencia de positividad tanto en la muestra de estudio como en el grupo control. Es probable que estos resultados se deban a una mayor tendencia a padecer alteraciones de la salud mental, pues la gran mayoría son solteras y sin hijos, no estando expuestas a factores señalados en otros estudios como es la doble carga laboral.

### **QUINTA:**

Los estudiantes de Bioanálisis con sensibilidad emocional tipo SIP y tipo DE están más conscientes de la necesidad de ayuda psicoterapéutica que los tipo SEN. Así, en los tipo SEN la percepción subjetiva de necesitar ayuda psicoterapéutica presenta una gran discordancia con la necesidad objetiva de recibirla



#### **SEXTA:**

Los problemas relacionados con la carrera y los problemas emocionales fueron los más señalados por los estudiantes de Bioanálisis como áreas para recibir ayuda psicológica. En el grupo control predominan también los relacionados con la carrera.

#### **SÉPTIMA:**

Los ítems más señalados en la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) se relacionan con los roles y estereotipos que son aceptados socialmente para los hombres y para las mujeres en nuestro medio. Esto puede indicarnos que los estudiantes tienen una buena identidad por sexo y conciencia de pertenecer a su grupo social.

#### **OCTAVA:**

La media de los ítems señalados para cada tipo de sensibilidad emocional resultó mayor en los estudiantes de Bioanálisis que en los estudiantes de otras carreras, lo cual podría indicar que tienen más características conductuales y emocionales de su tipo de sensibilidad. Esto requiere que las intervenciones psicoterapéuticas incluyan de manera prioritaria a los estudiantes tipo SEN.

#### **NOVENA:**

En el taller que se utilizó como un tipo de intervención terapéutica, los estudiantes señalaron como áreas problemáticas las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, el manejo de las emociones y la comunicación. Estas áreas deben ser tomadas en cuenta para ese tipo de intervenciones en el futuro. Además, los estudios coinciden que el trabajo principal a usar como intervención en estudiantes universitarios es la realización de un plan de vida, pues cuando lo tienen presentan un menor riesgo de problemas relacionados con la carrera y otras áreas de la vida.

#### **DÉCIMA:**

En las relaciones interpersonales los estudiantes de Bioanálisis refieren como pésima su relación con los pares y los principales problemas referidos son los chismes, la envidia y el egoísmo. Estos problemas deben ser evaluados más profundamente por su significado social y su influencia en la calidad de vida de los estudiantes.

#### **UNDÉCIMA:**

Los estudiantes de Bioanálisis que participaron en el taller refieren que nunca habían asistido a un taller relacionado con la salud mental anteriormente, lo cual es indicativo de la poca importancia dada a la salud mental y al desarrollo humano en las políticas curriculares de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis.

#### **RECOMENDACIONES:**

- Realizar evaluaciones de la sensibilidad emocional de los aspirantes a ingresar y de los estudiantes de las carreras del área de la salud.
- Debe darse importancia al hecho de que las mujeres presentan un mayor riesgo de padecer alteraciones en su salud mental, por lo cual deben dirigirse acciones específicas para que sean diagnosticadas las causas de esta mayor frecuencia, y brindarles la atención y ayuda necesaria.
- La información sobre temas relacionados con la salud mental debe ser masiva en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, pues pareciera que los estudiantes tienen poca información al respecto, lo que hace que no estén concientes de necesitar ayuda psicoterapéutica, cuando lo ameritan.
- Debe informarse a las autoridades de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis sobre la predominancia de problemas con la carrera ya que podrían implantarse acciones como tutorías en las asignaturas señaladas por los estudiantes como

problema y la asesoría de un profesor guía que los oriente en la prosecución del pensum de estudios.

- Se deben realizar un mayor número de intervenciones tanto individuales como grupales tipo taller, ya que tenemos un porcentaje importante de estudiantes con necesidad objetiva de recibir ayuda psicoterapéutica y por lo tanto, con riesgo de padecer alteraciones de su salud mental.
- En las intervenciones psicoterapéuticas promovidas en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis debe incluirse la realización de un plan de vida, ya que está demostrado que los estudiantes que tienen dicho plan, tienen menor riesgo de tener problemas en la carrera, el cual fue referido por la mayoría de los estudiantes de Bioanálisis.
- Las intervenciones psicoterapéuticas deben incluir herramientas para el manejo de las emociones, la toma de decisiones, mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación, pues estos temas fueron los solicitados por los estudiantes en el taller realizado.
- Realizar las acciones necesarias para llevar a cabo la implementación del Programa de Salud Mental en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis para coordinar, junto con los entes encargados de la salud mental de la Universidad de Los Andes, actividades destinadas a la prevención de alteraciones de la salud mental en los estudiantes.
- Las actividades relacionadas con la salud mental deben realizarse como un proceso de enseñanza, orientando la praxis del enseñante o facilitador, por la didáctica como principal proceso intencional de ayuda. De ahí la importancia de la formación y experiencia de estos facilitadores o formadores en salud mental.
- Corresponde a las universidades interesadas en mejorar sus currículos y plantear reformas de envargadura, asumir entre sus políticas la salud mental y el

desarrollo humano, como parte de los ejes fundamentales para la transformación universitaria

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Alguacil Gómez, Julio. 2006. Calidad de vida y praxis urbana. Madrid. España.  
[http://habitat.aq.upm.es/cupu/acvpu\\_6.html](http://habitat.aq.upm.es/cupu/acvpu_6.html)
- 2.- Alvarado, Leoncia. 2000. Triple carga y perfil de salud de las trabajadoras públicas del edificio Nacional de Barquisimeto. Estado Lara. Trabajo de Grado para optar a la especialización de salud e higiene ocupacional. Universidad Centro Occidental Lizandro Alvarado. Decanato de Medicina
- 3.- Al Nakeeb, Z., Alcázar Palomares, J., Fernández Jimenez-Ortiz, H. Malagón Caussade, F., Molina Gil, B. 2009. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios.
- 4.- Alonso P., Luz M.; MurciaG., Gerardo; Murcia G., Judith; Herrera P., Deisy; Gómez G., Diana; Comas V., Milagros; Ariza T., Paola. 2007. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la

Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. artículo original / Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 32-42

5.- Angelucci, Luisa; Dakduk, Silvana; Juarez, José; José, Lezama; Moreno, Agustín; Serrano, Arturo. 2007. Dimensiones de los valores de los jóvenes de la Universidad Católica Andrés Bello. Ciencias Sociales Unisinas. 43(3):211-220. Septiembre-Diciembre.

6.- Arenas S., Ivan Alejandro. 2005. resultados de psicoterapia grupal breve en estudiantes universitarios de la quinta región: Estudio exploratorio basado en instrumentos proyectivos. Terapia psicológica, Junio. Volumen 23 N° 001. sociedad Chilena de Psicología Clínica. Pag: 37 - 47

7.- Arias G., Carlú E. 2004. Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Revista de la Facultad de Farmacia. Vol. 46(2), pag: 16-22.

8.- Arias G., Carlú E.; Arias G., Mary A. 2010. Necesidades existenciales generales de los estudiantes universitarios de la Escuela de Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Aceptado para publicar en la Revista de la Asociación de profesores Universitarios de Venezuela Letratum. Segundo semestre 2011.

9.- Aristegui, R.; Gaete, J.; Muñoz, G.; Salazar, J.; Krause, M.; Vilchés, O.; Tomicic, A.; Ramírez, I. 2009 Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 41. N° 2 . pag: 277-289 ISSN 0120-0534

10.- Atienza, F.A., Pons,D. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

11.- Barroso, Manuel. Autoestima del venezolano: Democracia o marginalidad. Editorial Galac SA. Venezuela. 2007

- 12.- Benatuil, Denise. 2004. El Bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa [www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../3Psico%2004.pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../3Psico%2004.pdf) –
- 13.- Benítez, Carlos; Quintero, Juan; torres, Rafael. 2001. Prevalencia de riesgos de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. Rev Méd. Chile. Vol 129 N° 2.
- 14.- Boeree, George. 2008. Teorías de la Personalidad. Hans Eysenck (1916 – 1997) y otros teóricos del temperamento. [www.psicologia-online.com/ebooks/.../eysenck.htm](http://www.psicologia-online.com/ebooks/.../eysenck.htm) -
- 15.- Bolton, Winifred; Oatley, Keith. 1987. A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological Medicine*. 17:453-460. Published on line: 09 Jul 2009.
- 16.-Bunge, M. (1973). *La Ciencia, su Método y Filosofía*. Edición Siglo XX, Buenos Aires.
- 17.- Cabrera de Para, Alejandro; Sánchez Iglesias, Anieska; Bravo Rovira, Gloria. 2009. Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela. Rev. MEDISAN. 13(4)
- 18.- Camacho, Irene; Cortés, Lisette; Daza, Vanessa; López, Soledy; Muñoz, Jesús; Montejo, Eduardo; Sánchez, Leopoldo. 2005. Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, año 2005. Caracas, Venezuela, *Acta Científica Estudiantil* 2007; 5(1):14-32
- 19.- Campbell A, Converse P, Rodgers W. The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. Nev. York: Russell Sage Foundation; 1976.
- 20.- Cardona Ossa, Guillermo. 2001. Educación virtual y necesidades humanas. Contexto Educativo. Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías. Año III. Número 16.

- 21.- Caricote Agreda, Esther. 2006. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*. Julio-Septiembre. Vol. 10 N° 034. pag: 463-470
- 22.- CARRASQUERO, J. y VALLS, K. 2003. Valores, familia y democracia en Venezuela. *Concienciactiva* 21, (2):141-171. EL COMERCIO DIGITAL. 2006. Disponible en: <http://www.elcomerciodigital.com/> - 2006- 5/, acceso en: 10/01/2007.
- 23.- Carrera Damas, Germán. Historia General de América Latina. La crisis estructural de las sociedades implantadas. Ediciones UNESCO. Editorial Trotta. Impreso en España por Marfa Impresión, srl. 2003
- 24.- Castillo, Carlos Onorio; Costa, María Cristina Silva. Significados del consumo de alcohol en familias de una comunidad pobre venezolana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.spe, pp. 535-542. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692008000700006.
- 25.- Castillo, Víctor; Escalona, Evelin . 2008. Mujeres en peligro en universidad venezolana. *Salud trab. (Maracay)* 2008, Jul-Dic., 16(2),87-
- 26.- Casullo, M.M.; Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*. Pontificia Universidad Católica del Perú, XVIII(1),35-68.
- 27.- Casullo, María; Castro Alejandro. 2002. Patrones de personalidad, Síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 7, Número 2, pp, 129-140 © Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCPJ ISSN 1136-5420/02)
- 28.- Chocrón, Edira ; Capote, Eduardo; López, Pablo; Sánchez de Ch, Iraida; Capote, José. 2000. Determinar el índice de agresividad en los conductores de autobuses intraurbanos por medio de la aplicación de la prueba psicodiagnóstico miokinético. Valencia. Venezuela. Biblioteca Virtual em Saúde. (Saules) Vol 4, N° 2, agosto Año 2000

- 29.-Church Timothy. 2003 Cultura y Personalidad: Hacia la integración de una psicología cultural de rasgos. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol 6Nº1.
- 30.- Clarac de Briceño, Jacqueline. 2004. Salud mental y globalización, necesidad de una nueva etnopsiquiatría Boletín Antropológico. Año 22, Nº 61, Mayo-Agosto 2004, ISSN: 1325-2610. Universidad de Los Andes. Mérida. Centro de Investigaciones Etnológicas, Universidad de Los Andes.
- 31.- Carruyo-Vizcaíno, Cecilia; Vizcaíno, Gilberto; Carrizo, Edgardo; Arteaga-Vizcaíno Melvis; , Sarmiento Sandra; y Vizcaíno-Carruyo Jennifer 2004. Actitud de los Individuos Adultos con Hemofilia hacia su Enfermedad. Invest. clín v.45 n.3 Maracaibo
- 32.- Colina, Luzmaya; Behrens, Sophia. Terapia Cognitiva. Cómo manejar la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico y las fobias. Editora Eykon,CA. Caracas, Venezuela. 1990.
- 33.- Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe 1999. Nueva York: Naciones Unidas, 2000.
- 34.- Cortada de Kohan, Nuria. 2001. Constructos Psicológicos y Variables. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año II Nº 2 Diciembre 2001
- 35.- Costa, Paul T., Terraciano, Antonio; McCrae, Robert R. 2001. Gender differences in personality traits across cultures : Robust and surprising findings Journal of personality and social psychology. vol. 81, nº2, pp. 322-331
- 36.- Davis, M. H. 1980. [A multidimensional approach to individual differences in empathy](#). JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology 10(4):85



- 37.- Díaz-Benjumea, María dolores. 1998. El Psicoanálisis y la Psicología Cognitiva Evolutiva: un intento de integración. *International Journal of Psychoanalysis*, 79:1071-1095
- 38.- Díaz Águila, Héctor; Véliz Sánchez, Mercedes; Fernández Ortiz, Roberto. 2008 Autoevaluación del estado de salud mental de estudiantes de tercer año de Medicina. *Rev. Electron. de Biomed.* 2:78-79
- 39.- Diener, Carol; Dweck, Carol. 1978. An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy, and achievement cognitions following failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 36(5), May 1978, 451-462.
- 40.- Dyer, Wayne; John Vriend. Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico. Editorial Grijalbo. Primera edición. Quinta reimpresión. Barcelona, España. 1995.
- 41.- Farras, Chamarrita; Hernández, Berta; Santelices, María pía. 2010. Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Univ. Psychol.* vol.9 no.2 Bogotá May/Aug.
- 42.- Fayad, Camel. Estadísticas médicas y de Salud Pública. Talleres Gráficos universitarios. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1966
- 43.- Frankl Viktor. El Hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona España. Duodécima edición. 1997
- 44.- Fickova, E. y Korcova, N. (2000). Psychometric relations between self-esteem measures and coping with stress. *Studia Psychologica*, 42(3), 237-242
- 45.- Gallo, Ezequiel. 1987. La tradición del orden social espontáneo: Adam Ferguson, Davis Hume y Adam Smith. *Rev. Libertas* IV:6. Instituto Universitario ESEADE. [www.eseade.edu.ar](http://www.eseade.edu.ar)

- 46.- García Vinegras, Victoria; González benítez, Idarmis. 2000. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 16(6):586-92
- 47.- Goleman , Daniel. La Inteligencia Emocional. Javier Vergara Editor SA. Buenos Aires. Argentina. 1995
- 48.- Goldfried, M. 1992. integración en Psicoterapia: ¿ Crisis de la madurez de la terapia del comportamiento? Revista de psicoterapia. Vol 3. N° 10 – 11. Pag: 145.
- 49.- [González Barrón](#), Remedios; [Montoya Castilla](#), Inmaculada; Bernabeu Verdú, Jordi; [Casullo](#), María Martina. 2002. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. [Psicothema](#), ISSN 0214-9915, [Vol. 14, N° 2, 2002](#) , pags. 363-368
- 50.- Guarino, Leticia R. y Derek Roger Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo Psicothema 2005. Vol. 17, n° 3, pp. 465-470 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG  
www.psicothema.com Copyright © 2005 Psicothema
- 51.- Guarino, Leticia R.; Lya Feldman y Derek Roger. 2005. La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos Psicothema 2005. Vol. 17, n° 4, pp. 639-644 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG www.psicothema.com Copyright © 2005 Psicothema
- 52.-Goncalves, Lila; Lya Feldman; Guarino, Leticia. 2008, Estrés laboral, sensibilidad egocéntrica negativa y salud en profesionales venezolanos. SUMMA Psicológica UST. Vol 6. N° 1. pag 3 – 14
- 53.- González Gabaldón, Blanca. 1999. Los estereotipos como factor de socialización en el género. Comunicar 12. pag, 79-88 en dialnet.unirioja.es
- 54.- Herrera Verloisse; Leticia Guarino. Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales venezolanos 2008. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1 PP. 185-198 enero-abril 2008 ISN 1657-9267

- 55.- Hyde, Maggie; McGuinness, Michael. Jung para principiantes. Colección Era Naciente SRL. Buenos Aires, Argentina. 2006.
- 56.- Jang, K. L., McCrae, R. R., Angleitner, A., Riemann, R., & Livesley, W. J. 1998. Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1556-1565.
- 57.- Jung, C .G. Recuerdos, sueños y pensamientos. Editorial Seix Barral, SA. Séptima edición 2005. Barcelona. España.
- 58.- Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Segunda edición. España. 1987.
- 59.- Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P.; Tomicic, A.; Valdés, N.; Vilchés, O.; Echavarri, O.; Ben Do, P.; Reyes, L.; Añtimir, C.; Ramírez, I. 2006. Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 38. N° 002. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Pag: 299 – 325.
- 60.- Labra, María Eliana. 2002. Capital Social y Consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cuadernos de Saúde Pública*. Vol 18. supp Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X
- 61.- Liberatori, Marina. 2009. Entre chismes, indirectas y puteríos: la vecindad. VIII Reunión de Antropología de MERCOSUR. “Diversidad y Poder en América Latina”. 29 de Septiembre al 02 de Octubre 2009. Buenos Aires. Argentina. [unsam.edu.ar](http://unsam.edu.ar)
- 62.- Libreros, Liliana; Fuentes, Luzmila; Pérez, Amilcar. 2008. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Rev, S alud Púb y Nutrición*. Vol. 9. N° 4. Octubre-Diciembre.
- 63.- Lechner, Norbert. 2000. Desafíos de un desarrollo Humano: individualización y capital social. En: *Capital Social y Cultura: Claves estratégicas para el Desarrollo*. (B.

Kliskberg & L. Tomassini. org) Pag: 101-127. Buenos Aires. Banco Interamericano de Desarrollo./ Fondo de Cultura Económica de Argentina.

64.- Leibovich de F., Nora B.; Schmidt, Vanina L. Características de Personalidad desde la Perspectiva de un Otro Observador R. Interam. Psicol. 43(2), pag: 405 – 413.2009

65.- León, Ramón; Moscoso, Silvia. 1991. Percepción de la envidia en el Peru en un grupo de estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Rev. Neuropsiquiatr. 54 (1/2): 9-28. mar-jun

66.- León, Ramón. 2002. Un estudio acerca de la envidia en los centros laborales en el Perú. Dialnet.unirioja.es

67.- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986; 16: 135-140.

68.-Maddaleno, Matilde; Morello, Paola; Infante-Espinola,, Francisca. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública Méx [online]. 2003, vol.45, suppl.1, pp. S132-S139. ISSN 0036-3634.

69.- Maldonado G., Joffre V.; Cruz L., Lin. 2007. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. ACMEON. 13:40-47

70.- Manfred, Max-Neef; Elizalde, Antonio; Hoppenhayn, Martin. Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. CEPUR. Fundación Dag Hammarskjöld. Chile. 1986. pp:34-50

[www.max-neef.cl/.../Neef desarrollo a escala humana.pdf](http://www.max-neef.cl/.../Neef_desarrollo_a_escala_humana.pdf)

71.- Manrique Galvés, E.; Aguado Molina, Haydeé. 2006. esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en terapia cognitivo – conductual. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VII. Nº 1. Pag: 11 - 32

- 72.- Martínez Lanz,P.; Medina Mora, M.; Rivera, E. 2004. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: Algunos factores relacionados, *Salud Mental*, 27(6):17-27, 2004.
- 73.- McCrae, R.R., Terracino, A. & 78 Members of the Personality Profiles of Culture Project (2005 a). Universal Features of Personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 547-561
- 74.- Merlo Conca de Bressan; Emilce. 2005. Una propuesta para la construcción del rol de acompañante terapéutico. Talleres de Biodanza y conexión creativa. IV Congreso Argentino de ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. Construyendo Redes en Tiempos de exclusión. *CÓRDOBA 17,18 y 19 de noviembre de 2005*
- 75.- Mestre Escrivá , Vicenta, María Dolores Frías Navarro y Paula Samper García La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index 27.- 27.- Universidad de Valencia *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 2, pp. 255-260 ISSN 0214 - 9915 [www.psychothema.com](http://www.psychothema.com) Copyright © 2004 Psicothema
- 76.- Millon, Theodore. *Psicopatología y Personalidad*. Editorial Interamericana. Segunda edición. México. 1974.
- 77.- Molina, Pedro María. Los estudios de Farmacia y Bioanálisis en Mérida. Evolución histórica de la Escuela de Farmacia. *Boletín del Archivo Histórico*. Universidad de Los Andes. Secretaria. Nº 8. Enero Junio 2003.
- 78.- Monteiro, Rachel; Loyola, Cristina. 2009. La calidad de los talleres psicoterapéuticos según los pacientes. . *Texto contexto - Enferm.* [online]. 2009, vol.18,n.3,pag. 436-442. ISSN0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072009000300005.
- 79.-Movimiento Juvenil Huellas Venezuela Consultado 20 enero 2011 [habitat.aq.upm.es/bpal/onu06/bp1309.html](http://habitat.aq.upm.es/bpal/onu06/bp1309.html)

- 90.- Nozick, Robert. 1989. Igualdad, envidia, explotación y temas afines. Capítulo 8 del libro “Anarquía, Estado y Utopía”. Traducción del Centro de estudios Públicos de Chile. cepchile.cl
- 91.- Organización Mundial de la Salud. OMS. Promoción de la Salud Mental 2004.  
[www.who.int/mental\\_health/.../promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/.../promocion_de_la_salud_mental.pdf)
92. Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y el joven. En: La salud en las Américas. Publicación científica. OPS/OMS, Washington D.C., 1998;1:76-81.
- 93.- Pereira da Silva, Joilson 2006. Salud mental, estresores y recursos psicosociales en jóvenes estudiantes en situación de riesgo Tesis Doctoral. Oficial:  
<http://eprints.ucm.es/tesis/cps/ucm-t28694.pdf>
- 94.- Prats, Joan. 2001. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Rev. Inst. y Desarrollo. Nº 10. Patrocinada por el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo)
- 95.- Programa UNEPFA Venezuela .unfpa.org/**programa**.htm –consultado 20 enero 2011
- 96.- Pueyo, Andrés. 1997. Psicología y Biología en la obra de Hans J. Eysenck. Rev. De Psicol. Gral y Aplic. 50(4) 475 – 502
- 97.- Rey, Germán 2002. Cultura y Desarrollo Humano: Unas relaciones que se trasladan. Revista de Cultura. Pensar en Iberoamérica. Nº 0. ISSN: 1683-3783
- 98.- .- Rincón, Lisbeth Bethelmy; Leticia Guarino. 2008. Estrés laboral, afrontamiento, emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. Revista Colombiana de Psicología no. 17 2008 issn 0121-5469 Bogotá Colombia pag: 43-58

- 99.- Rincón, Lisbeth Bethelmy; Leticia Guarino. 2008 Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. [Summa Psicológica UST](#), ISSN 0718-0446, [Vol. 5, N°. 2, 2008](#) , pags. 3-16
- 100.- Rodríguez del Álamo, Alfredo. La estructura compleja del Inconsciente en la obra de C.G.Jung, Una reflexión integrativa psicoanalítica. [www. fundación-jung.com.ar](http://www.fundación-jung.com.ar)
- 101.- Rodríguez, E.M., Romero, M., Durand, A., Colmenares, E. y Saldívar, G. (2006). Experiencias de violencia física ejercida por la pareja en las mujeres en reclusión. *Salud Mental*, 29(2), 59-67.
- 102.- Rodríguez Francisco. 2004. La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental. Espacio abierto, abril-junio. Vol 13 N° 002 Asociación Venezolana de Sociología. Maracaibo, Venezuela. Pag 229-247
- 103.- Rondón, Juana; Betancourt, Xiomara; Contreras, Alba. 2008. revalencia real de epilepsia en un programa de Salud Mental. Rev. salud pública vol.10 no.4 Bogotá Sept./Oct. 2008
- 104.- Rondón, Rubén Darío; Gómez, María; Martínez, Soraya; Saturno, Maruxa; Romero, Belkys; Carchidio, Rebeca; Padilla, Magali; Torrealba, Elidí. 2001. Análisis situacional de salud mental en el estado Guárico / Situational analysis of mental health in the state Guarico Arch. venez. psiquiatr. neurol;47(96):31-39, ene.-jun. 2001.
- 104.- Ruiz Sánchez, Juan José; Justo José Cano Sánchez. 2001. Psicoterapia por personalidad. [www.psicologia-online.com/.../personalidad2.htm](http://www.psicologia-online.com/.../personalidad2.htm) -
- 105.- Santana López Sandra ; Vergara Barrenechea, Adriana; Oramas Viera Arlene. El bienestar psicológico, un indicador positivo de Salud Mental. Revista cubana de salud y trabajo. Volumen 7 N° 1-2 Dic 2006
- 106.- Siso Carlos. La formación del pueblo venezolano. Estudios Sociológicos. Premio Cultura Hispánica 1951. Madrid. Ediciones Presidencia de la República. Séptima edición. Caracas. Venezuela. 1986.

- 107.- Schmidt , Vanina 2010. Las bases biológicas del Neuroticismo y la extraversión. ¿Porqué nos comportamos como lo hacemos? Revista Psciencia . 2 (1): 20-Universidad de Buenos Aires
- 108.- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L. Cuenya, L, Blum, G.D., y Pedrón, V. 2007. Modelo Psicobiológico de Personalidad de
- 109.- Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023 Vol.11 No.2
- 110.- Sober, Elliot. 1998. El egoísmo psicológico. ISEGORÍA 18. Pag: 47-70
- 111.-Stagnaro, J. (2007). Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética. Bio-Phronesis: Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina II (1)  
<http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/index1024x768.htm>
- 112.- Tahmaseb, Jasmin; McConatha, Loretta; Rieser, Danner; Kalin, Harmer; Vildan, Hayta; Tulay Polat. 2004. Life satisfaction in three countries. Psychological Reports: Volume 94, Issue , pp. 795-806.
- 113.- Tak Jo; Almao, Samantha. 2002. Abandono del tratamiento en una consulta externa de Psiquiatría y Psicología Clínica. [Revista Electrónica de portales médicos. com, 2002 - portalesmedicos.com](http://portalesmedicos.com)
- 114.- Uslar Pietri, Arturo. 1986. Medio Milenio de Venezuela. Cuadernos Lagoven. Caracas. Venezuela
- 115.- Valdés, N., M. Krause, O. Vilches, P. Dagnino, O. Echavarrí, P. Ben-Dov, R. Arístegui y G. de la Parra, (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. Psykhe, 14 (2), 3-18.
- 116.- Vielma Rangel, Jhorima. 2002. Estilos de Crianza en Familias Andinas Venezolanas. un Estudio Preliminar. FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 12 - N° 46 33 - ENERO - ABRIL pag: 46-65



117.- Vera- Villarroel, Pablo. 2004 Estrategias de intervención en Psicología Clínica: Las Intervenciones apoyadas en la evidencia. LIBERAVIT. Dialnet.unirioja.es

118.- Yanez, Patricia. 2000. Un estudio de “pobrezas” en jóvenes venezolanos. Una metodología alternativa. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura. Vol. VI. N° 1. (enero- julio) pag: 95-120

119.-[www.portalpsicologico.org/cuestionarios.../test-ghq-28-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg.html](http://www.portalpsicologico.org/cuestionarios.../test-ghq-28-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg.html) - España - 17 de mayo 2010. consultado: 15 de Enero 2011.

#### **Anexo1: Hoja de datos sociodemográficos.**

### **Instrucciones**

1. Por favor lea con detenimiento.
2. señale claramente la opción elegida.
3. el cuestionario es anónimo. Se garantiza la confidencialidad, y los daros solo serán tratados de manera colectiva.

4. una vez finalizada la investigación los resultados serán publicados.
5. muchas gracias por su colaboración.

Nº de Identificación: 

--	--	--	--	--

Edad:

(Por favor escriba las cinco ultimas cifras de su D.N.I. o C.I. en el recuadro)

Asignatura:

Sexo:  Hombre  Mujer

Año de comienzo de la Carrera:

#### A. CUESTIONARIO DE GOLDBERG

Al contestar las preguntas piense en su estado de salud, durante las ultimas semanas, en las molestias y en los trastornos recientes y actuales, si los ha tenido.

No conteste en base a trastornos y molestias habidas en el pasado.

Responda en las preguntas marcando la alternativa de respuesta de su juicio, se aproxima mas a lo que siente o ha sentido.

#### SUBESCALA A:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
  - a) Mejor que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Peor que lo habitual.
  - d) Mucho peor que lo habitual.
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
4. ¿Ha tenido la sensación de que está enfermo?

- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que esta le va a estallar?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o de escalofríos?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.

SUBTOTAL A

.SUBESCALA B:

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.

- c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
- a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.

SUBTOTAL B

SUBESCALA C:

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
  - a) Más activo que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Bastante menos que lo habitual.
  - d) Mucho menos que lo habitual.
2. Le cuesta más tiempo hacer cosas?
  - a) Más rápido que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Más tiempo que lo habitual.
  - d) Mucho más tiempo que lo habitual.
3. Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?
  - a) Mejor que lo habitual.
  - b) Aproximadamente lo mismo.
  - c) Peor que lo habitual.
  - d) Mucho menos peor que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
  - a) Más satisfecho.
  - b) Aproximadamente igual que lo habitual.
  - c) Menos satisfecho que lo habitual.
  - d) Mucho menos satisfecho que lo habitual.
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
  - a) Más útil que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Menos útil que lo habitual.
  - d) Mucho menos útil que lo habitual.
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
  - a) Más que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Menos que lo habitual.
  - d) Mucho menos que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
  - a) Más que lo habitual.
  - b) Igual que lo habitual.
  - c) Menos que lo habitual.

d) Mucho menos que lo habitual.

SUBTOTAL C

#### SUBESCALA D

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale nada?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?
  - a) Claramente, no.
  - b) Me parece que no.
  - c) Se me ha cruzado por la mente.
  - d) Claramente lo he pensado.
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de toso?
  - a) No, en lo absoluto.
  - b) No más de lo habitual.
  - c) Bastante más de lo habitual.
  - d) Mucho más de lo habitual.
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- a) Claramente, no.
- b) Me parece que no.
- c) Se me ha cruzado por la mente.
- d) Claramente lo he pensado.

SUBTOTAL D

Anexo1: ENCUESTA DE AYUDA PSICOLÓGICA

1. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

A lo largo de la carrera: SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

2. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

A lo largo de la carrera: SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

3. En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

4. En la actualidad, ¿cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI  NO  NS/NC

¿Cuál? (p.ej., psicofármacos, psicoterapia, psicoanálisis, etc.)

---

5. Si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica. ¿Cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalarse más de uno si procede):
- Problemas emocionales. (pareja, amistades, separación, violencia,...)
  - Problemas familiares. (muerte, divorcio, separación, violencia...)
  - Problemas asociados con la carrera. (desmotivación decepción, sobrecarga, hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía...)
  - Problemas económicos. (pérdida puesto de trabajo, desempleo, autofinanciación de los estudios, perdida de beca...)

**Anexo 2: Material usado en el taller impartido a los estudiantes.**

**PROF. CARLÚ ARIAS DE PÉREZ  
MÉDICO PSIQUIATRA**

---

**PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE FARMACIA Y  
BIOANÁLISIS**

**TALLER: CUIDANDO MI SALUD MENTAL**

**ACTIVIDADES:**

- Charla corta mostrando los resultados de las encuestas de Salud Mental
- Hacer una lista de situaciones y clasificarlas en urgentes e importantes
- Cómo mejorar las relaciones con familia, amigos, pareja, compañeros??
- Reconocer el miedo, la tristeza, la rabia y la culpa y aprender técnicas sencillas para manejarlas.

**ACTIVIDAD: PRIMERO LO PRIMERO**

En grupo van a anotar las siguientes actividades en el sitio que uds creen le corresponde:

- Examen mañana   - Hacer ejercicio   - Dejar de fumar   - Ver televisión  
 - La tarea para dentro de 7 días   - Llamar a mi novio (a) herido (a)   - Llamar por teléfono a mis amigos   - Jugar video juegos   - Dormir bien   - Asistir a todas mis clases   - Hacer deporte   Comer sano   - Dejar de consumir alguna droga   - Pedir mis notas al inicio de cada semestre   - Sacar buenas notas   - Llamar a mis padres

URGENTE	IMPORTANTE


**ACTIVIDAD: MEJORAR LAS RELACIONES**

Cómo es tu relación con.....? Pésima, Regular, Buena, Muy Buena, Excelente

- 1.- Tus padres ..... P R B MB Ex
- 2.- Tus hermanos P R B MB Ex
- 3.- Tus amigos..... P R B MB Ex
- 4.- Tu novia o novio..... P R B MB Ex
- 5.- Tus profesores..... P R B MB Ex

Para mejorar las relaciones debemos hacer: Escribir ejemplos de cada una

- Cumplir promesas
- Actos pequeños de generosidad
- Ser leal
- Disculparte
- Escuchar más

**ACTIVIDAD: RECONOCER MIS EMOCIONES**

EMOCIÓN	SOLUCIÓN
Miedo: Algo no tardará en ocurrir	Tome la decisión de tener fe. Imagine las acciones que debe llevar a cabo
Rabia: otro violó una norma importante para mí	El otro sabe que era importante para mí? Qué puedo aprender?
Culpa: Yo he violado mis normas	Reconocer el error y comprometerse a no repetir el hecho.
Tristeza: He perdido algo. No se puede cambiar la situación. Las cosas no dependen de mí	Acepte que hay algo superior. Deje las cosas en manos del Espíritu Santo. Si en 15 días está igual busque ayuda profesional

**MANEJAR EMOCIONES:**

- 1.- Fisiológicas: respiración, postura, mirada
- 2.- Pensamiento (Hemisferio Izquierdo): Perdonar, Pensamientos bondadosos, “eso no tiene importancia”.
- 3.- Imaginación (Hemisferio derecho): Círculos de colores
- 4.- Otras: Cantar, Abrazos

**ACTIVIDAD: CANTAR COLOR ESPERANZA**

Se que hay en tus ojos con solo mirar, que estas cansado de andar y de andar



Y caminar girando siempre en un lugar. Se que las ventanas se pueden abrir, cambiar el aire depende de ti, vale la pena una vez más...

**CORO:**

Saber que se puede, querer que se pueda, quitarse los miedos, sacarlos afuera, pintarse la cara color esperanza, y entrar al futuro con el corazón...

Es mejor perderse que nunca embarcar, mejor tentarse a dejar de intentar, aunque ya vez que no es tan fácil comenzar...

Se que lo imposible se puede lograr, que la tristeza algún día se irá, y así será, la vida cambia y cambiará....

**CORO (bis)**

Vale más poder, brillar que solo buscar ver el sol.... Pintarse la cara color esperanza y entrar al futuro con el corazón.... Saber que se puede....

**Anexo 3 Hoja de resultados publicados en cartelera.**

<b>CI</b>	<b>Goldberg</b>	<b>ESE</b>	<b>Sugerencia</b>
08371	NO VALIDO	SIP	NO VALIDO. Repetir
38711	2	SIP	NO PSICOTERAPIA
63688	0	SIP	NO PSICOTERAPIA
51221	1	SIP	NO PSICOTERAPIA

21445	1	DE	NO PSICOTERAPIA
68531	NO VALIDO	NO V	NO VALIDO .Repetir
98169	5	DE	NO PSICOTERAPIA
33240	0	SIP	NO PSICOTERAPIA
18633	4	SIP	NO PSICOTERAPIA
21051	3	SIP	NO PSICOTERAPIA
28334	2	DE	NO PSICOTERAPIA
55175	6	SIP	<b>PODRÍA REQUERIR TERAPIA</b>
44383	0	NO VALIDO	NO PSICOTERAPIA
08559	0	DE	NO PSICOTERAPIA
36908	0	DE	NO PSICOTERAPIA

Los estudiantes que requieren terapia y los que lo deseen, deben enviar su número de teléfono celular y/o su correo para concretar cita para entrevista personal con especialista al correo:

[bioanalismorfo@hotmail.com](mailto:bioanalismorfo@hotmail.com)

**0416 - 6744307**

## **ESCALA DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL (ESE)**

### **INSTRUCCIONES:**

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones. Por favor, lea cada una de ellas atentamente y encierre en un círculo la alternativa que mejor lo describa a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, sea lo más honesto posible.

1. Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo	Cierto	Falso
2. Los cambios repentinos en mi vida con frecuencia me dejan absolutamente consternado(a)	Cierto	Falso
3 Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad	Cierto	Falso
4. Con frecuencia parece que mis preocupaciones son más grandes que las de cualquier otra persona	Cierto	Falso
5. Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer	Cierto	Falso
6. Con frecuencia me pongo bravo(a) conmigo mismo(a)	Cierto	Falso
7. Me resulta fácil entender los sentimientos de otras personas	Cierto	Falso
8. Cada vez que veo a alguien cercano a mi teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado(a) que soy de no estar en esa situación	Cierto	Falso
9. Me enfurezco cuando las cosas no funcionan	Cierto	Falso
10. Yo me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado(a) cuando veo a algún familiar o amigo cercano enfrentando un problema, y desearía no estar allí	Cierto	Falso
11. Es fácil para mí entender los sentimientos de otros cuando ellos están estresados	Cierto	Falso
12. Yo trato de no involucrarme emocionalmente con gente que esta pasando por situaciones difíciles	Cierto	Falso
13. Me resulta difícil ayudar a gente que esta enfrentando situaciones estresantes, porque yo me estreso fácilmente también	Cierto	Falso
14. Con frecuencia me siento responsable por la forma como otros se están sintiendo	Cierto	Falso
15. Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de animo de la gente a mi alrededor, incluso aunque traten de esconderlos.	Cierto	Falso
16. Yo me preocupo constantemente de no cometer errores en mi trabajo	Cierto	Falso
17. Yo me molesto mucho cuando mis amigos no se presentan, tal como estaba planeado .	Cierto	Falso
18. Cuando empiezo a hablar con mis amigos acerca de sus problemas, inmediatamente comienzo a pensar en los míos propios	Cierto	Falso
19. Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que esta teniendo problemas	Cierto	Falso
20. Me siento fácilmente frustrado(a)	Cierto	Falso
21. Con frecuencia pequeñas cosas bastan para ponerme de mal humor	Cierto	Falso
22. A veces siento que nadie se preocupa por mi	Cierto	Falso

23. Con frecuencia siento desespero cuando enfrento situaciones difíciles	Cierto	Falso
24. Yo trataría de ayudar a alguien llorando en la calle	Cierto	Falso
25. Cuando un proyecto en el que estoy trabajando arranca mal, con frecuencia lo veo como un mal presagio para el resto del proyecto	Cierto	Falso
26. Con frecuencia me siento mas preocupado(a) por los sentimientos y preocupaciones de otros que por los míos propios	Cierto	Falso
27. Cuando me siento triste y abatido(a), lo peor que puede pasarme es escuchar gente riéndose y divirtiéndose	Cierto	Falso
28. Cuando estoy tratando de ayudar a otras personas, empiezo a preocuparme de que eso me vaya a llevar mucho tiempo	Cierto	Falso
29. Yo trato de mantenerme alejado(a) de las situaciones difíciles de otra gente para no involucrarme	Cierto	Falso
30. Cada vez que estoy ayudando a otra gente a enfrentar sus problemas, me preocupo si me estaré involucrando demasiado	Cierto	Falso
31. Yo me siento mas preocupado(a) que mucha gente por las personas injustamente tratadas	Cierto	Falso
32. Yo no trato de averiguar como la gente a mi alrededor se siente	Cierto	Falso
33. Con frecuencia pienso que mostrar mucha preocupación y lástima por otros puede resultar en involucrarme en cosas que no quiero	Cierto	Falso
34. La peor cosa que podría pasarme es sentirme como un(a) tonto(a)	Cierto	Falso
35. Cada vez que veo a alguien en problemas, siento que es mi responsabilidad ayudar y dar apoyo	Cierto	Falso
36. Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otros, pero no involucrarme con ellos	Cierto	Falso
37. Me siento molesto(a) cuando otra gente esta pasando por momentos difíciles	Cierto	Falso
38. Me siento realmente molesto si la gente no capta como me siento	Cierto	Falso
39. Es algo difícil para mi conocer los sentimientos y estados de animo de la gente a mi alrededor.	Cierto	Falso
40. Con frecuencia me imagino el peor escenario posible para cualquier cosa que estoy por comenzar.	Cierto	Falso

- |  |        |       |
|--|--------|-------|
| 41. Yo puedo controlar mis nervios fácilmente.   | Cierto | Falso |
| 42. Yo pienso que uno solo puede ayudar realmente a alguien, si no se involucra emocionalmente             | Cierto | Falso |
| 43. Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros | Cierto | Falso |
| 44. Me gusta mantenerme alejado(a) de las reacciones emocionales de los otros                              | Cierto | Falso |
| 45. Yo me cuestiono mucho a mi mismo(a)  | Cierto | Falso |

