



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SALUD MENTAL Y BIENESTAR SUBJETIVO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS CHILENOS**

**SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA
SOCIAL**

ANDRÉS MUSIC CÁCERES

PROFESOR GUÍA: JAIME BARRIENTOS DELGADO

ANTOFAGASTA, OCTUBRE DE 2012

Profesor Guía:

Jaime Barrientos Delgado

Doctor en Psicología Social

Plegaria del Estudiante

*¿Por qué me impones lo que sabes
si quiero yo aprender lo desconocido
y ser fuente en mi propio descubrimiento?
El mundo de la verdad es mi tragedia;
tu sabiduría, mi negación;
tú conquista, mi ausencia;
tu hacer, mi destrucción.
No es la bomba lo que me mata;
el fusil hiere, mutila y acaba,
el gas envenena, aniquila y suprime,
pero la verdad seca mi boca,
apaga mi pensamiento y niega mi poesía,
me hace antes de ser.
No quiero la verdad, dame lo desconocido.
Déjame negarte al hacer mi mundo
para que yo pueda también
ser mi propia negación y a mi vez ser negado.
¿Cómo estar en lo nuevo sin abandonar lo presente?
No me instruyas, déjame vivir viviendo junto a mí;
que mi riqueza comience donde tu acabas,
que tu muerte sea mi nacimiento.
Me dices que lo desconocido no se puede enseñar,
yo digo que tampoco se enseña lo conocido
y que cada hombre hace el mundo al vivir.
Dime, que yo tejeré sobre tu historia;
muéstrate para que yo
pueda pararme sobre tus hombros.
Revélate para que desde ti pueda yo
ser y hacer lo distinto;
yo tomaré de ti lo superfluo, no la verdad
que mata y congela;
yo tomaré tu ignorancia
para construir mi inocencia.
¿No te das cuenta
de que has querido combatir la guerra
con la paz, y la paz es la afirmación de la guerra?
¿No te das cuenta
de que has querido combatir la injusticia
con la justicia, y que la justicia
es la afirmación de la miseria?
¿No te das cuenta
de que has querido combatir la ignorancia con la instrucción
y que la instrucción es la afirmación de la ignorancia
porque destruye la creatividad?
Tu conocimiento nos muestra el mundo o lo niega,
porque es la historia de tus actos,
o lo negará porque despertando tu imaginación
te llevará a cambiarlo*

*Deja que lo nuevo sea lo nuevo
y que el tránsito sea la negación del presente;
deja que lo conocido sea mi liberación,
no mi esclavitud.
No es poco lo que te pido.
Tú has creído que todo ser humano puede pensar,
que todo ser humano puede sentir.
Tú has creído
que todo ser humano puede amar y crear.
Comprendo pues tu temor cuando te pido que vivas
de acuerdo a tu sabiduría
y que tú respetes tus creencias;
ya no podrás predecir la conducta de tu vecino,
tendrás que mirarlo;
ya no sabrás
lo que él te dice escuchándote,
tendrás que dejar poesía en sus palabras.
El error será nuevamente posible
en el despertar de la creatividad,
y el otro tendrá presencia.
Tú, yo y él tendremos que hacer el mundo.
La verdad perderá su imperio
para que el ser humano tenga el suyo.
No me instruyas, vive junto a mí;
tu fracaso es que yo sea
idéntico a ti.”*

(Humberto Maturana)

Índice

I. Resumen.....	6
II. Introducción.....	8
a. Salud mental.....	10
b. Bienestar subjetivo.....	13
c. Salud mental y bienestar subjetivo en jóvenes estudiantes universitarios.....	20
III. Método.....	23
a. Muestra y características de los participantes.....	23
b. Instrumentos y medidas.....	24
c. Procedimiento.....	29
d. Análisis estadísticos.....	29
IV. Resultados.....	30
a. Análisis descriptivos.....	30
b. Análisis comparativos.....	34
V. Discusión.....	37
VI. Bibliografía.....	48

Salud Mental y Bienestar Subjetivo en Estudiantes Universitarios Chilenos

Andrés Music C., Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile.

Jaime Barrientos D., Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile.

Resumen

El propósito de este trabajo fue describir y caracterizar la salud mental y el bienestar subjetivo en estudiantes universitarios chilenos y analizar su relación con variables sociodemográficas. En este estudio participaron 494 estudiantes universitarios. Para medir salud mental (SM) se utilizó las escalas SF 12, estrés percibido, inventario de sintomatología SCL – 90 - R y apoyo social objetivo y percibido. Las variables de bienestar subjetivo (BS) se midieron a través de las escalas de felicidad percibida, satisfacción con la vida general y por dominios, bienestar psicológico y social. Los resultados evidencian una distribución normal de los puntajes en torno a sus medias en la apreciación de ambas dimensiones (SM y BS), existiendo diferencias por sexo en percepción de salud y sintomatología clínica. Otras variables sociodemográficas como estar en pareja, creencias religiosas y situación laboral permiten apreciar diferencias en los niveles de bienestar subjetivo y algunas condiciones de salud mental. Estos resultados confirman la necesidad de impulsar en la formación universitaria el desarrollo de aspectos socio - emocionales, fomentando un desarrollo integral durante el proceso formativo de los estudiantes.

Palabras clave: salud mental, bienestar subjetivo, estudiantes universitarios.

Mental Health and Subjective Wellness in Chilean Undergraduates

Abstract

The aim of this work was described and characterized the mental health and the subjective wellness in university students and analyzed their relationship with social demographic variables. In this study participated 494 undergraduates. For measure mental health (MH) were used the SF 12, perceived stress, SCL-90 inventory and objective and perceived social support scales. The subjective wellness (SW) variables were measured through the perceived happiness, satisfaction whit general life and fields, psychological and social wellness scales. The results show a normal distribution of the scores in the perception to both dimensions (MH & SW), exist sex's differences in health perception and clinical symptoms. Other socio – demographic variables like be a couple, religious beliefs and work's situation allow perceive differences between subjective wellness levels and some mental health conditions. These results confirmed the necessity to impulse the social emotional development in the university education during their formative process.

Keywords: mental health, subjective wellness, undergraduates.

Introducción

La educación superior se desarrolla en la actualidad en un marco de complejidad creciente. Sumida en el contexto de la sociedad de la información, con ritmos vertiginosos de desarrollo, lógicas de competitividad (Reig et. al., 2001) y pautas de vida asociadas, genera - en forma directa - repercusiones en los procesos de funcionamiento y gestión que se desarrollan en las universidades.

Hoy por hoy, el acelerado desarrollo de la producción y difusión del conocimiento, las exigencias de los entornos laborales respecto a ubicar en el mercado estudiantes productivos, eficientes y disciplinados, las exigencias de los ámbitos científicos en mantener estándares de publicaciones especializadas (de la Orden et. al., 1997), así como las pautas de acreditación de la calidad de sus procesos, entre otros, se vuelven temas protagónicos al momento de desarrollar los proyectos educativos; siendo éstos el sustento de la formación que reciben los estudiantes en una institución universitaria. No obstante, la educación que se realiza en las universidades aún mantiene un marcado énfasis en la adquisición de contenidos (Gonczi, 1996; Salinas, 2004). Esto ha evidenciado la necesidad de mayor implicancia en la parte formativa por la persona del estudiante, así como también, por el desarrollo de su dimensión afectiva o valórica (Acevedo, 2008; de la Torre & Tejada, 2006).

De esta forma, los nuevos estándares de trabajo de las universidades, junto a las formas de evaluación de sus procesos, han puesto acento en formar

estudiantes productivos, aptos para el mundo laboral que se les avecina, buscando cumplir con las lógicas de aseguramiento de la excelencia y calidad de la educación imperantes. Entre sus resultados dicha lógica ha generado, por una parte, estudiantes capaces de resolver sus necesidades individuales, capacitados para cumplir con los requerimientos solicitados, pero menos atentos y reflexivos con su entorno (Gonczi, 1996). Por otra parte, esta lógica ha evidenciado la reproducción de dinámicas sociales, dando cabida al surgimiento de conductas de bullying, discriminación o demostraciones agresivas y explícitas de apatía por el otro, así como también la presencia de sintomatología asociada a salud mental (Perales et al., 2003).

Lo anterior, sumado a las condiciones propias del ciclo vital de los jóvenes (por ejemplo, las crisis asociadas a los nuevos roles que deben asumir, el conflicto psicológico interno como parte de la consolidación de su identidad y las ambivalencias propias de esta etapa de vida) junto a las expectativas de la sociedad en que son socializados, facilita que los estudiantes se encuentren propensos a desarrollar problemas de salud mental. El marcado énfasis en el rendimiento académico, la competitividad que obliga a demostrar las capacidades propias por sobre las de otros, sumado a las expectativas de sus entornos familiares y sociales, lleva a los estudiantes a experimentar, en algunos casos, estados de estrés constantes que generan repercusiones a nivel físico y mental.

Para dar respuesta a este problema, el presente estudio toma en consideración tanto la identificación de factores de riesgo, como aquellos

protectores de la salud de los estudiantes, desde una mirada salugénica desarrollada por la psicología positiva (Casullo & Castro, 2002). Desde esta perspectiva, se reconoce la importancia y el lugar que ocupan los aspectos referidos a la salud y la enfermedad en la comprensión de la realidad de los estudiantes universitarios. Asimismo, la investigación busca conocer la salud mental y el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios analizando la relación que tendrían ciertas variables sociodemográficas en dicho proceso. Se propone hacerlo desde una mirada integrativa desde la cual se articulan las dimensiones socioculturales, ambientales y psicosociales referidas a la formación universitaria considerándolas de manera conjunta para acceder a una mayor comprensión del tema en estudio.

Salud Mental

La mirada sintomatológica de la salud mental responde a la consideración del padecimiento, es decir, hace un reconocimiento a la existencia del sufrimiento humano, las situaciones de riesgo y las patologías que alteran la vida de las personas (Paludo y Koller, 2007). La presencia de sintomatología dificulta la realización normal de actividades, tiñendo cada área de la vida. De ahí que rescatar la función clínica tradicional de la remoción de conductas problema que interfieren las habilidades personales para vivir normalmente es, en muchos casos, el primer paso para alcanzar un funcionamiento social positivo (Keyes, 2002. Cit. en Paludo y Koller, 2007).

Así, diversas investigaciones han caracterizado la salud mental de jóvenes universitarios. Por ejemplo, investigaciones realizadas en estudiantes de medicina en universidades de América Latina aportan evidencia sobre altos niveles de estrés, hábitos de consumo y de vida perjudiciales para la salud, así como también, poco espacio para el ocio, mostrando un deterioro importante en la salud mental de estos estudiantes, junto a la presencia de conductas de riesgo como salida fácil al estrés (Cabrera et al. 2009; Delgado et al. 2005; Perales et al. 2003). Por su parte, Hirsch et al. (2009) corroboran la presencia de altos niveles de estrés y baja calidad de vida en estudiantes de química y farmacia, sobre todo en los tres primeros años de la carrera y proponen generar métodos para disminuir el estrés dentro del currículum de dicha carrera estudiada.

Otras investigaciones efectuadas también con estudiantes de medicina en Pakistán y Nepal, dan cuenta de prevalencia de morbilidad psicológica y altos niveles de estrés percibido, cuyos principales dominios se refieren a los ámbitos académicos y psicosociales. A ello se añaden altas expectativas de los padres, frecuencia de los exámenes, dificultades para conciliar el sueño, preocupación por el futuro, soledad, las expectativas por llegar a ser médicos y sus desempeños en las evaluaciones periódicas como los elementos más relevantes al respecto (Shah et al. 2010; Sreeramareddy et al. 2007). Por su parte, Perales et al. (2003) recogen evidencia de investigaciones realizadas en distintas universidades tanto en Latinoamérica, Europa y EEUU que se resumen en los siguientes resultados: dos tercios de los estresores derivan de la vida académica y de los factores sociales asociados a ella. También, existe

una percepción de desigualdad entre percepción de alto estrés y pobre descarga de tensiones, presencia de riesgo suicida alto y riesgo de padecer depresión; esta última se asocia fuertemente a experiencias o sentimientos de fracaso académico. A su vez, se evidencian síntomas de angustia debido a pérdidas de soporte social y escaso tiempo para actividades recreativas, presencia de estados de tensión patológica y falta de tiempo para estar con familiares, amigos y para practicar actividades recreativas.

En nuestro país, en la ciudad de Antofagasta, se realizaron investigaciones con estudiantes de psicología. Escorza y Ramírez (2007) indagaron acerca de los significados de la sintomatología depresiva en estos estudiantes, donde las experiencias de desánimo, apatía y desconcentración, junto con la presencia de emociones negativas son recurrentes; no obstante, algunos de los participantes valoran dicha experiencia como una instancia de aprendizaje. Por su parte Soza et al. (2006) estudiaron la relación entre diversos factores psicosociales (autoestima, edad, sexo, salud mental, entre otros) y el rendimiento académico, no encontrando relación entre éstas. Sin embargo, sí se apreciaron relaciones significativas entre salud mental y autoestima y entre salud mental y vivir o no con su familia de origen. A su vez, Salanova et al. (2005), indagaron la presencia de burnout y engagement (estado mental positivo relacionado con el trabajo) en estudiantes universitarios; junto con lo anterior, identificaron la relación entre el bienestar psicológico y aquellos aspectos que facilitan (compromiso, autoeficacia, satisfacción y felicidad relacionada con los estudios) y dificultan el desempeño académico (obstáculos en el estudio, burnout y propensión al abandono).

Por tanto, la evidencia empírica encontrada remarca la necesidad de poner atención en la salud mental de los estudiantes, tanto desde la prevalencia de síntomas clínicos, como también en la percepción de salud y de apoyo social. De esta forma, se hace un reconocimiento a la interacción entre los aspectos estáticos de la sintomatología clínica (referidos a las características de los cuadros clínicos que se reiteran en los pacientes), y desde su faceta dinámica (referida al conjunto de indicios que ocurren asociados a dichos síntomas, y que hacen mención a la experiencia presente y las circunstancias que la persona vive en ese momento determinado). Al mismo tiempo, se propone la integración de esta primera mirada con el estudio de la calidad de vida, específicamente en su dimensión del bienestar subjetivo, reconociendo la injerencia que también tiene este aspecto en la formación universitaria.

Bienestar Subjetivo

La consideración de la dimensión subjetiva en la evaluación de la calidad de vida, responde al interés por aproximarse a los aspectos del bienestar que reconocen la apreciación interna de la vida respecto a la felicidad y satisfacción que vivencian las personas. Desde la vertiente de la psicología positiva, se ha puesto acento en el análisis del potencial de las personas y en sus estados positivos. Martin Seligman (2002), uno de sus promotores, postula rescatar el énfasis en los estados emocionales que le dan sentido a la vida, así como entender la emoción positiva y aquello que da tranquilidad y satisfacción a la vida humana. Asimismo, Corey Keyes (2005) propone hablar de un Modelo del

Estado Completo de Salud donde la presencia de salud mental sería indicador de la existencia de un funcionamiento social positivo; además, enfatiza el papel de los aspectos subjetivos de la calidad de vida en la evaluación del bienestar. Desde esta dimensión subjetiva de la calidad de vida, la idea de bienestar plantea, por una parte, la distinción entre sus aspectos cognitivos (referidos a la satisfacción con la vida en general y en ámbitos específicos de la vida, entendidos ambos como una valoración o medida más a largo plazo que realiza la persona) y, por otra, de aspectos afectivos del bienestar (considerando los niveles de felicidad y sentimientos positivos que dan cuenta de la experiencia inmediata). Ambos componentes hacen referencia al punto de vista hedónico del bienestar subjetivo, donde las ideas de felicidad, búsqueda del placer y evitación del dolor son la base de éste (Barrientos, 2005; Diener y Lucas, 1999; Lucas, Diener y Suh, 1996; Gallardo y Salazar, 2010). Por intermedio de estos juicios, las personas utilizan sus propios criterios para sopesar sus niveles de satisfacción comparando lo que han conseguido - sus logros -, con aquello que esperan obtener - sus expectativas - (Diener et al. 1985. Cit. en Cabañero et al. 2004).

Dentro de los hallazgos de diversas investigaciones respecto a este tema, se ha encontrado que las personas felices o que presentan alto afecto positivo, reportan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental, y mejor funcionamiento social (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). En esta misma línea se han evidenciado correlaciones negativas con medidas de distrés, afectos negativos y sintomatología clínica (Arrindel et al. 1991. Cit. en Atienza et al. 2000).

Diversas investigaciones también han constatado relaciones importantes entre bienestar subjetivo y algunas variables sociodemográficas. En relación al género, no se aprecian diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la vida entre hombres y mujeres, así como tampoco en el balance de afectos (Barrientos, 2005). Sin embargo, sí emergen distinciones en los niveles de expresión emocional, donde las mujeres reportan mayor afectividad negativa que los hombres, mayor depresión, pero al mismo tiempo, mayor intensidad de afectos positivos (Páez et al. 2001. Cit. en Barrientos, 2005), lo cual daría cuenta de la equiparidad en los niveles de bienestar subjetivo.

El estatus de pareja y la situación civil no provoca diferencias en los niveles de felicidad entre hombres y mujeres (Argyle, 1992. Cit. en Moyano y Ramos, 2010). Si se ha encontrado que las personas casadas presentan mayor bienestar subjetivo respecto de los solteros, viudos y separados (Páez et al. 2001. Cit. en Barrientos, 2005). Probablemente, el espacio de pareja formal ofrece mayores niveles de apoyo social, instrumental y emocional. A su vez, se reconoce que el matrimonio es una fuente importante de satisfacción, donde la calidad de dicha relación juega un papel determinante. Respecto a la presencia de hijos, los hallazgos evidencian incongruencias en los ámbitos de satisfacción (Sánchez y Quiroga, 1995, 1997. Cit. en Moyano y Ramos, 2010).

Respecto al trabajo se han encontrado relaciones significativas de esta variable con los niveles de satisfacción con la vida (Tait et al. 1989. Cit. en Barrientos, 2005). Asimismo, quienes están cesantes son menos felices que los trabajadores activos (Barrientos, 2005). A su vez, la satisfacción con el trabajo

está relacionada con la felicidad (Veenhoven et. al. 1994. Cit. en Moyano y Ramos, 2010), existiendo evidencia de que esta última conduce a comportamientos que producen éxito en el trabajo, las relaciones sociales y la salud (Lyubomirsky et al. 2005).

El segundo punto de vista, hace referencia al aspecto eudaimónico del bienestar. Esta perspectiva enfatiza el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, entendidas como principales indicadores del funcionamiento positivo, otorgando importancia al significado, el sentido y la autorrealización en las actividades que la persona realiza (Ryff, 1989). Se explicita un marcado énfasis en lo intersubjetivo para comprender la felicidad. Ambos aspectos del bienestar (psicológico y social) forman parte de la salud en su sentido más general y se manifiestan en todas las esferas de la vida humana, siendo parte integrante de la calidad de vida.

El Bienestar Psicológico (BP) es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. Este concepto se define por su naturaleza vivencial y se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (Díaz et al. 2006). Ryff & Keyes (1995) proponen una estructura del bienestar psicológico y desarrollan un modelo de seis dimensiones y un factor de segundo orden, modelo que ha sido replicado en la versión española de la escala que evalúa dicho concepto (Díaz et al. 2006) al contexto de habla hispana. Las dimensiones que conforman el Bienestar Psicológico son: autoaceptación (sentirse bien consigo mismo, incluso de las propias

limitaciones), relaciones positivas con otras personas (desarrollo de relaciones estables y amigos en quien confiar, capacidad de amar), autonomía (asentar las propias convicciones, la independencia y la autoridad personal), dominio del entorno (elegir o crear entornos favorables para la satisfacción de las propias necesidades), propósito de vida (definir objetivos que doten la vida de sentido) y crecimiento personal (desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las capacidades).

Las investigaciones han dado cuenta que el BP es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyecciones a futuro. Por lo tanto, las condiciones materiales de vida juegan un papel importante ya que son las condiciones reales en que las personas reproducen su existencia, aportando elementos decisivos al bienestar humano y teniendo su base en el desarrollo económico alcanzado en la sociedad en que se desenvuelven. De esta manera, los modos de vida, influenciados por las condiciones socioeconómicas, determinan un estilo de vida específico en cada persona, desarrollando hábitos, buscando la realización personal y definiendo, también, la situación de salud y sus mandatos asociados (García – Viniegras y González, 2000).

Casullo y Castro (2002) indagaron la relación entre patrones de personalidad, síndromes clínicos y BP en adolescentes. Sus resultados reflejan que cerca del 30% de los participantes presentaban síntomas y síndromes de relevancia clínica, especialmente referidos a depresión, tendencias suicidas y trastornos alimenticios, existiendo una relación inversa entre éstos y el

bienestar psicológico. Los adolescentes en riesgo alto percibían menor BP, especialmente, en las dimensiones proyecto de vida y control de situaciones.

También, se han encontrado relaciones del BP respecto a la conformación de la identidad, donde estilos evitativos presentan correlaciones negativas con las dimensiones del BP en comparación con aquellos que promueven la apertura y búsqueda de información (Vleioras y Bosma, 2005. Cit. en Gallardo y Salazar, 2010). Por otra parte, un estudio realizado con adolescentes escolarizados encontró una correlación positiva entre el bienestar psicológico y el rendimiento escolar (Gallardo y Salazar, 2010).

Asimismo, se ha encontrado relación del BP con variables sociodemográficas: las personas casadas presentan mejores niveles en comparación a los separados o divorciados (Marks y Lambert, 1998. Cit. en Gallardo y Salazar, 2010). Por otra parte, se han encontrado diferencias en BP en distintas etapas de la vida: los adultos más jóvenes se enfocan sobre todo en las áreas de autoconocimiento, autoaceptación y competencia personal, mientras que los de mayor edad lo hacen en las capacidades de afrontamiento para el cambio, como aspecto fundamental para el crecimiento personal (Ryff, 1989. Cit. en Gallardo y Salazar, 2010).

En cuanto a las creencias religiosas existe evidencia que da cuenta que personas que practican su religión presentan mayores niveles de bienestar subjetivo que aquellas que no profesan una (Páez et al. 2001. Cit. en Barrientos, 2005). La religión provee, a quien la practica, beneficios tanto

psicológicos como sociales. Dentro de estos beneficios está ofrecer una identidad colectiva y red social donde se comparten valores y actitudes, formas de control social que pueden disminuir conductas de riesgo y dar sentido a la vida por medio de sus prácticas rituales (Diener et al. 1999).

Por su parte, el Bienestar Social (BSoc) sitúa al sujeto y su felicidad en el contexto donde ocurren. El BSoc se define como la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad, haciendo referencia directa a la confianza que tenemos en los otros y la sociedad, así como también a la presencia de las instituciones sociales como ingrediente de un modelo de salud positiva (Blanco y Díaz, 2005). Las dimensiones del BS son: integración social (evaluación de la calidad de las relaciones con la sociedad y la comunidad), aceptación social (sentirse perteneciente, confiar en otros, aceptar lo bueno y lo malo de la vida), contribución social (ofrecer algo útil al mundo y que sea valorado), actualización social (confiar en el desarrollo de la sociedad y su capacidad de producir bienestar) y coherencia social (entender la dinámica social, que existe una lógica en su desarrollo).

Blanco y Díaz (2006) estudiaron la relación entre salud mental y orden social, percibido este último, a través de las cinco dimensiones antes señaladas. Los resultados dan cuenta que la percepción, experiencia y atribución de características positivas a estas dimensiones, auguran mayor autoestima, satisfacción con la vida, sentimiento global de bienestar, implicación con problemas sociales y afectos positivos. Por su parte, las

experiencias negativas se relacionan con depresión, anomia, afectos negativos e indefensión.

Salud mental y bienestar subjetivo en jóvenes estudiantes universitarios

Diversos estudios han ampliado la mirada hacia los aspectos positivos, referidos también al bienestar y satisfacción de los jóvenes. Así, una referencia central para la presente investigación ha sido el estudio de Federico Javaloy para el INJUVE (2007) en España, donde se llevó a cabo una medición del bienestar y felicidad de la juventud. Javaloy propone un modelo de felicidad que consta de cinco factores relacionados entre sí: el desarrollo de una personalidad sana y positiva, la satisfacción en las relaciones íntimas, el disfrute en las actividades de ocio, la satisfacción económica y laboral y la motivación hacia los valores.

Otras investigaciones llevadas a cabo en estudiantes universitarios (Tkach y Lyubomirsky, 2006), midieron la relación entre personalidad, estrategias para aumentar la felicidad y aumento del bienestar, reportando aquellas actividades que les permiten mantener o incrementar su felicidad. Los análisis dieron cuenta de ocho estrategias generales: afiliación, participación, control mental, proponerse metas, descanso, ocio activo, religión e intentos directos de buscar felicidad. Además, lograron distinguir por sexo, cuales eran aquellas actividades que preferían tanto hombres (ocio activo y control mental), como mujeres (afiliación, tener metas, ocio pasivo y religión). A su vez, identificaron que las variables afiliación, control mental e intentos directos de

felicidad son estrategias que asocian los niveles de felicidad directamente con la personalidad.

Por su parte, Reig et al. (2001) reportaron que sus estudiantes son generalmente jóvenes, solteros, sin hijos, viven con sus padres, católicos, aunque el 75% se declara poco o nada religioso, sus padres financian sus estudios y el 40% considera insuficiente el dinero que tienen de disposición mensual. Por otra parte, los estudios constituyen el elemento nuclear de su vida y le conceden gran importancia a lograr buenos resultados académicos. El 66% se declaran consumidores habituales de bebidas alcohólicas y el 34% fumadores habituales. Salir con amigos, ver televisión y escuchar música son sus principales actividades de ocio. Los estudiantes señalan tener un buen estado de salud y una valoración positiva de la salud. Su nivel de satisfacción con la vida es moderada, siendo predictores de dicha satisfacción, la valoración de la calidad de vida, el grado de satisfacción con estudios, los aspectos de salud reciente y la actitud hacia el comportamiento saludable. Por último, el 80% refiere tener una buena calidad de vida.

Considerando los antecedentes previamente expuestos, esta investigación propone articular la mirada de la salud mental, entendida desde la presencia de sintomatología asociada a síndromes clínicos, con los aspectos subjetivos de la calidad de vida, desde la percepción individual y evaluación de la propia vida en términos de sus estados afectivos y su funcionamiento psicológico y social (Keyes y Waterman, 2003. Cit. en Keyes, 2002). Asimismo, busca no perder de vista el contexto en el cual ocurre dicha interacción. A partir

de lo anterior, el objetivo de la presente investigación es describir y caracterizar la salud mental y el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios y analizar su relación con algunas variables sociodemográficas.

Las hipótesis de la presente investigación son las siguientes:

1. Existirán diferencias por sexo en la manifestación de sintomatología clínica y en los niveles de estrés percibido: las mujeres presentarán niveles más altos que los hombres en ambos aspectos.
2. Existirán diferencias por sexo en las percepciones de salud física y mental: los hombres presentarán mejores niveles de salud percibida que las mujeres.
3. Los estudiantes que tengan una relación de pareja presentarán mayor percepción de apoyo social que aquellos que no tienen una relación de pareja actualmente. Asimismo, los estudiantes que tienen actualmente una relación de pareja tendrán mayores niveles de satisfacción con la vida y bienestar psicológico que aquellos que no la tienen.
4. Los estudiantes que tienen hijos presentarán mayores niveles de estrés percibido que aquellos que no los tienen. A su vez, aquellos que tienen hijos presentarán mayores niveles de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico que aquellos que no tienen hijos.
5. Los estudiantes que tienen una creencia religiosa presentarán mayores niveles de apoyo social, satisfacción con la vida y bienestar psicológico, que aquellos que no tienen creencias religiosas.

6. Los estudiantes que se encuentren trabajando presentarán mayores niveles de estrés percibido que aquellos que no lo están. Por otra parte, aquellos que están trabajando evidenciarán mayores niveles de bienestar psicológico y social, que aquellos que no.

Método

La investigación responde a un enfoque cuantitativo. El tipo de diseño utilizado fue no experimental, transversal, de tipo descriptivo – comparativo.

Muestra y características de los participantes

Para su elección, se utilizó un muestreo por conveniencia manteniendo la representación porcentual de los estudiantes por cada carrera elegida. La muestra quedó constituida por 494 estudiantes, 156 hombres (31.6%) y 338 mujeres (68.4%), cuyas edades fluctuaron entre los 17 y 36 años de edad ($M = 20.41$; $DT = 2.33$). Del total de participantes, 144 pertenecían a la carrera de inglés (29.1%), 124 a periodismo (25.1%) y 226 a psicología (45.7%).

Del total de encuestados, 43.5% declaran tener pareja actualmente y un 6.4% señala tener hijos. Por otra parte, 45.1% del total de estudiantes, se considera una persona religiosa (34% católica, 5.9% evangélica y 6.3% creyente) y un 53.8% se declara no creyente. Respecto a su posición política, un 42.1% se declara de izquierda, un 19.2% de derecha y un 34.2% se ubica en la opción centro. Respecto a su situación laboral 24.3% del total de

estudiantes trabaja paralelamente a la realización de sus estudios. En cuanto a su lugar de procedencia, 226 provienen de la ciudad de Antofagasta, representando el 54,5% del total de los participantes.

La tabla 1 presenta un resumen de las características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	Pedagogía Inglés	Periodismo	Psicología
Participantes	29.2% (144)	25.1% (124)	45.7% (226)
Sexo			
Hombres	23.7% (37)	31.5% (49)	44.8% (70)
Mujeres	31.6% (107)	22.2% (75)	46.2% (156)
Con pareja actual	26.1% (55)	26.5% (56)	47,4% (100)
Sin pareja actual	31,4% (86)	23,7% (65)	44,9% (123)
Con hijos	19,4% (6)	35,48% (11)	45,2% (14)
Sin hijos	29,5% (134)	24,4% (111)	46,1% (209)
Creencia Religiosa	30,7% (70)	24,6% (56)	44,7% (102)
Católico	28,6% (48)	25,0% (42)	46,4% (78)
Evangélico	38,0% (11)	17,2% (5)	44,8% (13)
Creyente	35,5% (11)	29,0% (9)	35,5% (11)
Sin Creencia Religiosa	27,8% (74)	25,6% (68)	46,6% (124)
Con trabajo actual	24,6% (29)	36,4% (43)	39,0% (46)
Sin trabajo actual	30,7% (113)	21,2% (78)	48,1% (177)

Instrumentos y medidas

El instrumento utilizado quedó compuesto por tres bloques: el primero correspondiente a las variables socio-demográficas, el segundo que contiene las medidas asociadas a SM y el tercero aquellas referidas a BS.

- *Variables socio-demográficas:*

Sexo (hombre o mujer), Edad (número de años), Ciudad de procedencia (respuesta abierta), Carrera (pedagogía en inglés, periodismo, psicología), Estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, viudo/a, divorciado/a), Tiene pareja actualmente (“sí” o “no”), Tiene hijos (“sí” o “no”), Número de hijos, Religiosidad (“¿Se considera usted religioso?”, con opciones de respuesta “sí” y “no”), Religión de pertenencia (respuesta abierta), Frecuencia de asistencia a servicios religiosos (con cinco opciones de respuesta que van desde “nunca” a “semanalmente”), Trabaja (“sí” o “no”) y, finalmente, Tendencia política (variable nominal de siete puntos que va de extrema izquierda a extrema derecha).

- *Salud mental*

SF 12 (Jenkinson et al. 1997). De esta escala, se consideraron 10 ítems (se eliminaron dos por no considerarse afines a población universitaria). El SF 12 evalúa la percepción de salud física y mental. Posee cuatro dimensiones: percepción general de salud, salud física, salud emocional y estado de salud en las últimas semanas. Las alternativas de respuesta están en formato Likert de 5 puntos donde 1= “nunca” y 5= “siempre”. Para esta aplicación, se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach de .81 en la escala general, .69 en salud física, .76 en salud mental y .74 en salud actual. No existen datos acerca de la validación de la escala en Chile, sin embargo es utilizada por el Ministerio de Salud en su Encuesta de Calidad de Vida.

Escala de Estrés Percibido (Cohen et al.1983). Esta escala está conformada por diez ítems que evalúan la percepción de síntomas de estrés.

Posee una dimensión única de evaluación del estrés en formato Likert de 5 puntos donde 1= “totalmente en desacuerdo” y 5=“totalmente de acuerdo”. Para esta aplicación se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .82. No se reportan antecedentes respecto a la validación de la escala en Chile.

Sintomatología clínica SCL-90-R (adaptación española de González de Rivera et al. 2002). Este inventario de síntomas está compuesto por 91 ítems que se desglosan en diez dimensiones. El formato de respuesta va de 0 a 4 puntos, es decir, desde la ausencia del síntoma (“Nada en absoluto) hasta su intensa presencia (“Mucho o extremadamente). Las dimensiones que evalúan son: somatización, obsesión – compulsión, sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional. Para esta aplicación se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .97. Esta escala se encuentra validada en Chile para población universitaria (Gempp y Avendaño, 2008), aunque en el artículo no se reportan valores de confiabilidad del instrumento.

Escala de Apoyo Social Objetivo y Percibido (Páez et al. 1986). Esta escala está compuesta de cinco (Apoyo Social Objetivo) y diez ítems (Apoyo Social Percibido), evaluados en una escalas Likert de 4 niveles que dan cuenta de la cantidad de personas en las que puede apoyarse (ninguna – 4 o más) en el primero (Apoyo Social Objetivo) y de 5 niveles (totalmente desacuerdo – totalmente de acuerdo) para la Escala de Apoyo Social Subjetivo. Para esta aplicación se obtuvo un alfa de Cronbach de .63 en apoyo objetivo y .86 en apoyo percibido. Esta escala no ha sido validada en Chile.

- *Bienestar subjetivo*

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al. 1985). Esta escala está compuesta por cinco ítems y evalúa el juicio global que los sujetos hacen sobre la vida. Las alternativas de respuesta están expresadas en una escala Likert de 5 puntos donde 1= “totalmente en desacuerdo” y 5=“totalmente de acuerdo”. Para esta aplicación se obtuvo un alpha de Cronbach de .83. Se utilizó la adaptación española realizada por Cabañero et.al (2004), donde se reportó un alpha de Cronbach de .82.

Escala de Satisfacción con ámbitos de la vida (Diener et al. 1996). Esta escala consta de 12 ítems y evalúa el juicio que las personas hacen de distintas dimensiones de sus vidas. Se compone de una escala Likert de 10 puntos, donde 1=“muy insatisfactoria” y 10= “muy satisfactoria”. Para esta aplicación se obtuvo un alpha de Cronbach de .85. Esta escala no ha sido validada en Chile.

Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999). Esta escala está constituida por 4 ítems que realizan una apreciación global de los niveles de felicidad e infelicidad vividos en comparación con los pares. Se compone de una escala Likert de 5 puntos donde 1=“totalmente en desacuerdo” y 5=“totalmente de acuerdo”. Para esta aplicación se obtuvo un alpha de Cronbach de .84. Esta escala ha sido adaptada y validada en Chile (Vera et al. 2011).

Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). Esta escala está compuesta de 29 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos que va desde “Totalmente en Desacuerdo” (1) a “Totalmente de Acuerdo” (6). Esta escala evalúa seis dimensiones vinculadas con el BP: auto-aceptación, crecimiento personal, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida. Puntuaciones elevadas en esta escala indican mayores niveles de bienestar psicológico. Para esta aplicación se obtuvieron coeficientes alpha de Cronbach de .91 para la escala general, .82 en autoaceptación, .80 en relaciones positivas, .67 en autonomía, .71 en dominio del entorno, .60 en crecimiento personal y .81 en propósito de vida. Para esta investigación se utilizó la adaptación española realizada por Díaz et.al. (2006), cuyos niveles de fiabilidad fluctuaron entre .83 y .68.

Escala de Bienestar Social (Keyes, 1998). Esta escala está compuesta de 33 ítems evaluados en una escala Likert de cinco puntos donde 1=“totalmente en desacuerdo” y 5= “totalmente de acuerdo”. Esta escala evalúa 5 dimensiones vinculadas al Bienestar Social: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, coherencia social. Puntuaciones elevadas en esta escala indican mayores niveles de bienestar social. Para esta aplicación se obtuvieron coeficientes alpha de Cronbach de .88 en escala general, .80 en integración, .83 en aceptación, .81 en contribución, .73 en actualización y .54 en coherencia. Se utilizó la versión española adaptada por Blanco & Díaz (2005), cuyos niveles de fiabilidad fluctuaron entre .83 y .69.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó la elección de los cursos universitarios a encuestar en cada uno de los niveles de las respectivas carreras seleccionadas junto a la coordinación con los respectivos jefes de carrera para acordar fechas y horarios de aplicación. Una vez que la aplicación fue autorizada, un encuestador se presentó en los respectivos cursos. Se informó a los participantes de los objetivos de la investigación referidos a conocer las condiciones en que se encuentran los estudiantes en los ámbitos de SM y BS. La aplicación de los cuestionarios se efectuó en forma colectiva. Los participantes respondieron a los instrumentos de forma voluntaria, resguardándose la confidencialidad de la información recolectada por medio de la inclusión de un consentimiento informado. No recibieron ningún premio o estímulo por su participación.

Análisis estadísticos

Se calcularon estadísticos descriptivos para la muestra y para cada una de las variables consideradas por la investigación. Junto con lo anterior, se realizaron los análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados. Adicionalmente, se construyó una tipología de sujetos (altos, medios, bajos), considerando los puntajes obtenidos en cada escala. Dicha tipología se construyó a partir de la media obtenida y una desviación estándar hacia abajo (puntajes bajos) y hacia arriba (puntajes altos). Para finalizar, se usó procedimientos t de Student para muestras independientes y ANOVA de un

factor para el contraste de hipótesis. Estos análisis se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados

Análisis descriptivos

- *Salud mental*

En su mayoría, los participantes reportan puntuaciones en el rango normal respecto de su percepción de salud en todas las dimensiones, tendiendo a mejorar la valoración de su salud, al referirse a su estado general, así como a su salud emocional. Asimismo, sobre el 20% declara tener un buen estado de salud actual. Además, sobre el 25% evalúa su salud física como baja. En cuanto al nivel de estrés percibido, las puntuaciones se agrupan en el rango normal, dando cuenta de una presencia moderada de factores estresores, sin que éstos alteren, significativamente, el funcionamiento cotidiano de la persona. Respecto a la presencia de sintomatología clínica, la mayor proporción de estudiantes se agrupa en el rango de normal, existiendo un 15% que presentaría niveles elevados de sintomatología clínica. En cuanto a la valoración del apoyo social, las puntuaciones de los participantes reportan diferencias significativas en sus dimensiones objetiva y percibida $t(492) = -60.57, p < .000$. Con respecto a la valoración objetiva, sobre el 70% de los encuestados se ubica en el rango normal y la mayoría señala contar con un número de personas que consideran suficiente para acudir frente a alguna

dificultad. En relación con la valoración percibida, un 86% se ubica en el rango normal, llamando la atención que ningún participante hace una valoración de este apoyo como “alto”. Tal como lo señala la tabla 2.

Tabla 2. Estadígrafos descriptivos dimensión salud mental

	Media	D.T	Puntajes en Salud Mental		
			Bajo	Normal	Alto
SF General	3.43	0.95	14.1%	73.7%	12.2%
Salud Física	3.82	0.73	25.7%	61.6%	12.7%
Salud Emocional	3.64	0.73	13.8%	73.4%	12.8%
Salud Actual	3.81	0.68	15.6%	63.1%	21.3%
EEP	2.58	0.59	16.4%	66.1%	17.5%
SCL – 90	0.80	0.56	10.9%	73.5%	15.6%
EAS objetiva	2.45	0.55	16%	71.3%	12.7%
EAS percibida	4.38	0.64	13.8%	86.2%	0%

En relación a la sintomatología clínica, sobre el 70% de los puntajes se ubican en el rango normal y de baja presencia de sintomatología (tabla 3). Sin representar una proporción importante de los participantes, se destaca dentro de la categoría de alta sintomatología, la presencia de sensibilidad interpersonal (17.7%), hostilidad (16.4%), síntomas adicionales (16.7%), ideación paranoide (18.6%) y depresión (15.9%). Dichos síntomas refieren a características de introversión, timidez y sentimientos de inferioridad; junto con la presencia de pensamientos, sentimientos y reacciones de rabia que, en algún momento, podrían tornarse irritables y agresivas. Al mismo tiempo existirían manifestaciones de síntomas depresivos, junto a la presencia de dificultades para conciliar el sueño, trastornos de alimentación y sentimientos de culpabilidad. Destaca la presencia de ideación paranoide como sintomatología relevante, la que dice relación con la presencia de suspicacia y

conducta paranoide, que lleva al miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

Tabla 3. Estadígrafos descriptivos SCL – 90

	Media	D.T	Puntajes en SCL-90		
			Bajo	Normal	Alto
Somatización	0.96	0.72	12.2%	72.9%	14.9%
Obsesión – Comp.	1.10	0.72	12.8%	72.1%	15.1%
Sens. Interpersonal	0.81	0.71	9.2%	73.1%	17.7%
Depresión	0.91	0.74	12.5%	71.6%	15.9%
Ansiedad	0.76	0.66	5.1%	80.7%	14.2%
Hostilidad	0.66	0.66	15.5%	67.8%	16.7%
Ansiedad Fóbica	0.32	0.48	43.6%	42%	14.4%
Ideación Paranoide	0.79	0.66	13.8%	67.6%	18.6%
Psicoticismo	0.55	0.55	16.7%	68.2%	15.1%
Sintomas Adicionales	0.91	0.73	14.9%	68.4%	16.7%

- *Bienestar subjetivo*

Casi el 80% de los participantes reportan puntuaciones sobre la media (tabla 4). Destacan los resultados obtenidos en satisfacción con la vida, donde un 20% hace una evaluación deficiente de sus niveles de satisfacción, mientras que igual porcentaje señala tener altos niveles de satisfacción. En cuanto a las dimensiones felicidad y bienestar psicológico y social se aprecia también una similitud porcentual en sus puntuaciones altas y bajas, evidenciando la normalidad en su distribución.

Tabla 4. Estadígrafos descriptivos dimensión bienestar subjetivo

	Media	D.T.	Puntajes de Bienestar Subjetivo		
			Bajo	Normal	Alto
Satisfacción Vida	3.84	0.82	20.9%	58.5%	20.6%
Felicidad	3.82	0.82	15.2%	69%	15.8%

Bienestar Psicológico	4.59	0.65	16.9%	65.6%	17.5%
Bienestar Social	3.65	0.49	15.5%	68.6%	15.9%

En cuanto a la dimensión hedónica, la tabla 5 incorpora los resultados de la escala de satisfacción en diversos ámbitos de la vida. Las medias obtenidas indican una buena valoración de los distintos ámbitos de la vida, destacándose la mayor valoración de la familia y los amigos, seguido de cerca por la valoración de su vida en general. Dentro de los aspectos que fueron evaluados en forma más baja están los referidos a la satisfacción con el trabajo, ingresos y aspecto físico.

Tabla 5. Estadígrafos descriptivos escala de satisfacción con ámbitos de la vida

	Flia	Ingr	Amig	Trab	Pers	Salud	Estud	Fisic	Tpoli	Afect	Sexu	Gral
Media	8.11	6.60	8.11	5.87	7.77	7.54	7.89	6.98	7.17	7.63	7.25	7.98
D.T.	2.15	2.32	1.93	2.77	1.95	2.23	1.86	2.27	2.24	2.42	2.71	1.95

Respecto a la dimensión eudaimónica del bienestar subjetivo, la tabla 6 reporta las medias de las subescalas del bienestar psicológico y bienestar social. En Bienestar Psicológico se observan que más de la mitad de los participantes tienen puntuaciones en el rango normal, destacándose las puntuaciones altas en las dimensiones autoaceptación, autonomía y dominio del entorno, que hablarían de capacidades personales que permitirían a los estudiantes mayor ajuste a su contexto. En cuanto al Bienestar Social, más de la mitad de las puntuaciones se ubican en el rango normal, destacándose las puntuaciones altas en las dimensiones integración y contribución social, que reafirman las capacidades de inserción de los estudiantes en su contexto. No obstante, destacan también las puntuaciones bajas en la dimensión coherencia

social, pudiendo dar cuenta, ya sea de una incomprensión de las lógicas de funcionamiento de la sociedad o un rechazo hacia las mismas.

Tabla 6. Estadígrafos descriptivos subdimensiones escalas de bienestar psicológico y social

	Media	D.T.	Puntajes en Bienestar Psicológico y Social		
			Bajo	Normal	Alto
Bienestar Psicológico					
Autoaceptación	4.53	0.91	15.9%	65.8%	18.3%
Relaciones Positivas	4.64	1.03	17.1%	65.4%	17.5%
Autonomía	4.35	0.82	15.9%	66%	18.1%
Dominio Entorno	4.57	0.83	17.3%	64%	18.7%
Crecimiento Personal	4.89	0.65	16.7%	66%	17.3%
Propósito Vida	4.62	0.98	16.4%	61%	16.5%
Bienestar Social					
Integración Social	3.83	0.79	17.8%	62%	20.2%
Aceptación Social	3.16	0.74	16.9%	67.3%	15.8%
Contribución Social	4.06	0.73	14.3%	65.3%	20.4%
Actualización Social	3.61	0.69	16.7%	69.3%	14%
Coherencia Social	3.70	0.60	18.4%	69.9%	11.7%

- *Análisis comparativos*

Con respecto a la hipótesis 1, se encontraron diferencias por sexo en presencia de sintomatología clínica en la Escala general ($t_{(346)} = -2.95$, $p=0.003$); Somatización ($t_{(361)} = -5.05$, $p=0.000$); Obsesiva Compulsiva ($t_{(350)} = -2.26$, $p=0.024$); Sensibilidad Interpersonal ($t_{(372)} = -2.63$, $p=0.009$); Depresión ($t_{(331)} = -3.51$, $p=0.001$); Ansiedad ($t_{(338)} = -2.94$, $p= 0.003$) y Ansiedad Fóbica ($t_{(389)} = -3.27$, $p= 0.001$). Todas estas diferencias indican mayor presencia de sintomatología en mujeres que hombres. Estos Los resultados confirman parcialmente la hipótesis planteada que señalaba que existe mayor sintomatología clínica en mujeres; sin embargo, no ocurre lo mismo en cuanto a los niveles de estrés percibido donde no se aprecian diferencias entre sexos.

En el caso de la hipótesis 2, se encontraron diferencias por sexo en los niveles de salud física ($t_{(488)} = 3.96, p=0.000$) y no en los niveles de salud mental. De esta forma, los hombres reportan mejor percepción de salud física que las mujeres, lo cual confirma parcialmente la hipótesis planteada.

En relación a la hipótesis 3, se encontraron diferencias solo entre aquellos estudiantes que tienen una relación de pareja y aquellos que no en la dimensión propósito de vida de la Escala de Bienestar Psicológico ($t_{(471)} = 2.92, p= 0.004$). Así, quienes se encuentran actualmente en pareja reportaron mayores niveles de bienestar en esta dimensión. Sin embargo, este hallazgo no permite confirmar la hipótesis propuesta ya que no se encontró diferencias en los niveles de apoyo social, satisfacción con la vida, ni en las restantes dimensiones del bienestar psicológico entre aquellos estudiantes con pareja y aquellos sin pareja.

En cuanto a la hipótesis 4, los participantes que tienen hijos manifestaron diferencias significativas respecto a aquellos que no los tienen en la dimensión salud mental ($t_{(38)} = -2.22, p= 0.032$). Los estudiantes que no tienen hijos perciben mejor salud mental que aquellos que si los tienen. Estos resultados tampoco permiten confirmar la hipótesis planteada al no existir relación con las dimensiones de felicidad, satisfacción con la vida y BP.

En la hipótesis 5, se reportaron diferencias entre los estudiantes que tienen creencias religiosas y aquellos que no en la dimensión de Apoyo Social Objetivo ($F_{(3,490)} = 2.76, p=0.041$) y Apoyo Percibido ($F_{(3,489)} = 2.74, p=0.043$).

Respecto del BP se encontró diferencias entre aquellos con creencias religiosas y aquellos sin dichas creencias en las dimensiones: relaciones positivas con otros ($F_{(3,487)} = 3.04, p=0.029$) y propósito de vida ($F_{(3,487)} = 5.29, p=0.001$). En la escala de BSoc se encontró diferencias en la escala general ($F_{(3,486)} = 4.39, p= 0.005$) y en las subdimensiones de la escala: integración social ($F_{(3,486)} = 4.57, p= 0.004$); contribución social ($F_{(3,486)} = 2.64, p= 0.049$) y actualización social ($F_{(3,486)} = 4.64, p= 0.003$). Todas estas diferencias se encontraron entre el grupo de católicos y aquellos estudiantes que se declararon no creyentes, excepto en la dimensión contribución social donde la diferencia se encontró entre evangélicos y no creyentes, siendo mayor la puntuación en los segundos. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis respecto a la mayor presencia de BP entre quienes se declaran creyentes de aquellos que no lo son, sin encontrarse relación entre las creencias religiosas y los niveles de satisfacción con la vida.

En cuanto a la hipótesis 6 se reportaron diferencias entre aquellos estudiantes que trabajan y aquellos que no lo hacen en las dimensiones de salud física ($t_{(187,82)} = -2.26, p= 0.025$). Así, los estudiantes que no se encuentran trabajando reportan mayores niveles de salud física que aquellos que si lo hacen. En cuanto a los niveles de BP se encontró diferencias en la Escala General ($t_{(220,81)} = 3.40, p=0.001$) y en la dimensión propósito de vida de dicha escala ($t_{(228,72)} = 3.38, p=0.001$): los participantes que se encontraban trabajando reportaron mayores niveles de bienestar psicológico que aquellos que no lo estaban haciendo. Por último, se encontró diferencias entre aquellos estudiantes trabajando y aquellos que no lo están haciendo en la dimensión

integración del BSoc ($t_{(220,37)} = 2.42, p=0.016$): los encuestados que se encuentran trabajando reportan mayores niveles de la variable. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis propuesta.

Discusión

La Salud Mental y el Bienestar Subjetivo son vistos, actualmente, como aspectos complementarios o adyacentes en el contexto de la formación universitaria. El marcado énfasis en la adquisición de contenidos y los tiempos de trabajo programados, entre otros elementos, van transformándose en reflejo de las condiciones de salud y bienestar subjetivo no sólo de los estudiantes, sino de todos quienes participan de dicho proceso. De esta forma, este estudio intentó caracterizar la SM y el BS en este grupo de estudiantes a partir de características sociodemográficas que permiten ampliar su descripción y su comprensión.

Así, los resultados obtenidos en relación a la salud mental indican que en las diversas medidas mayoritariamente los estudiantes obtienen puntuaciones que los ubican, siguiendo la tipología creada para tal efecto, en el rango normal. En cuanto a la percepción de salud destaca que sobre el 20% de los participantes valora positivamente su estado de salud actual, mientras que un 25% realiza una valoración negativa de su salud física. Respecto a los niveles de estrés percibidos, éstos no se aprecian como significativos en el grupo estudiado. Al mismo tiempo la presencia de sintomatología clínica acentúa características relacionadas con la introversión, dificultades en el

control de impulsos, junto a la presencia de síntomas depresivos, dificultades psicosomáticas y alta necesidad de control. Por último, en cuanto al apoyo social percibido, ninguno de los participantes realiza una valoración alta de sus respectivas redes de apoyo.

Es relevante detenerse en los aspectos recién mencionados, pues los indicadores de salud mental evidenciados por los estudiantes refieren, tanto, a aspectos de orden caracterológico o de personalidad (introversión, control de impulsos), como a las preocupaciones y condiciones de vida que emergen como efecto del paso por la universidad en la salud mental (cuadros psicosomáticos, niveles de estrés, apoyo social). Así demandas tales como: el logro de objetivos académicos propuestos, el surgimiento de malestar físico como una forma de somatizar las exigencias del mundo académico, las variaciones repentinas del estado de ánimo que surgen como efecto las experiencias de fracaso vividas en la Universidad (por ejemplo: reprobación una asignatura), por nombrar algunas, dan cuenta de la interacción entre aspectos del carácter y del contexto que se manifiestan en la vida estudiantil. Lo anterior, acentuaría las dificultades existentes en la formación universitaria, que se ve incapacitada de abordar de manera directa estos aspectos en sus procesos de enseñanza - aprendizaje.

Asimismo, lo previamente dicho, da cuenta de la tensión constante durante el proceso formativo que experimentan los estudiantes en su paso por la Universidad, donde la discrepancia entre las múltiples exigencias y el tiempo para cumplirlas, reforzaría la prevalencia de sintomatología clínica, junto con

una evaluación en detrimento de la calidad de sus relaciones. Si a esto se suma la escasa atención que se presta a los aspectos emocionales en la formación, se evidencian condiciones de vulnerabilidad del contexto que sólo logran ser sorteadas a partir de características o recursos personales de afrontamiento, o de contar con redes de apoyo que permitan canalizar dichas inquietudes, amplificándose las dificultades cuando éstas no existen.

En cuanto al Bienestar Subjetivo, los estudiantes se ubican mayoritariamente en rango normal de acuerdo a la tipología creada. En cuanto al Bienestar Hedónico, los hallazgos no permiten reconocer características distintivas en el grupo estudiado. No obstante, los resultados en la escala de satisfacción por dominios evidencia la valoración positiva que hacen los estudiantes de su vida en general, así como de los ámbitos referidos a la familia y amigos, destacándolos como soportes importantes para su calidad de vida. Esta valoración a dichos ámbitos es avalada por los resultados reportados por Javaloy (2007) en su modelo de felicidad. Tanto Javaloy (2007) como Paéz et al. (2001. Cit. en Barrientos, 2005) aluden a la importancia que dan los jóvenes a la satisfacción en las relaciones íntimas, lo que se asocia a la importancia de las redes de apoyo en el proceso de adaptación al entorno, permitiendo hacer una valoración positiva de estos aspectos. Esta valoración se ve reforzada en los hallazgos de esta investigación, con el antecedente que gran parte de los estudiantes provienen de la misma ciudad y viven en sus hogares de origen y, por lo tanto, seguirían contando con su núcleo de apoyo primario.

En cuanto a la perspectiva eudaimónica del bienestar, las dimensiones autoaceptación, autonomía y dominio del entorno del BP, junto con las de integración y contribución por parte del bienestar social, dan cuenta de capacidades que proporcionarían tanto el ajuste personal del estudiante, como su desenvolvimiento en los diversos contextos que debe enfrentar. En este sentido, la prevalencia de dichas características, por una parte, corrobora los hallazgos obtenidos por Ryff (1989. Cit. en Gallardo y Salazar, 2010) respecto que éstas dimensiones del bienestar psicológico resultan mayormente valoradas por los jóvenes. Por otra parte, las dimensiones de integración y contribución del bienestar social resaltarían el requerimiento de adaptación propio de quien comienza su camino en una futura inserción profesional. No obstante, ambos procesos de ajuste se construyen ad hoc a las propias necesidades y tiempos de cada estudiante.

En este mismo sentido, los resultados obtenidos en la dimensión coherencia social invitan a hacer una lectura detenida, entendiendo que el porcentaje de estudiantes que evaluaron baja esta dimensión bordea el 20%. Esto podría deberse, por una parte, a que esta subdimensión de la escala presenta los menores niveles de confiabilidad reportados. Pero al mismo tiempo es una invitación a reflexionar acerca de la relación de los jóvenes con la sociedad, donde las tensiones propias de los conflictos de esta etapa, que son determinados por el contexto donde se desarrollan, podrían dar cuenta de la disconformidad con las dinámicas propias de los sistemas sociales, operando en ocasiones como reacción de descontento a las formas de organización social imperantes.

Respecto a las hipótesis planteadas en esta investigación, éstas sólo pudieron ser confirmadas parcialmente. No obstante, se reiteran patrones ya encontrados en estudios anteriores (Barrientos, 2005; Moyano y Ramos, 2010). Por ejemplo, la diferente valoración de la salud entre hombres y mujeres sigue confirmando la mayor percepción de síntomas y valoraciones más bajas de la salud en mujeres. A su vez, en cuanto a la percepción de felicidad y satisfacción con la vida se sigue confirmando la inexistencia de diferencias por género, dando cuenta de la equidad en los niveles de bienestar, al menos en su dimensión cognitiva, pues las diferencias suelen estar presentes en la dimensión afectiva, principalmente en la balanza de afectos (Barrientos, 2005).

Asimismo, se corrobora lo que la gran mayoría de los estudios muestra acerca de los niveles de felicidad y satisfacción con la vida. Los resultados en los niveles de estas variables ratifican la tendencia, por una parte, a ser evaluados en forma positiva en la población estudiada, junto con la confirmación que variables tales como el género no serían determinantes en su evaluación (Barrientos, 2005; Javaloy et al. 2007). A su vez otras variables sociodemográficas, tales como estar trabajando, tener pareja o las creencias religiosas, no tuvieron un peso preponderante en la determinación de los niveles de satisfacción y felicidad en su dimensión cognitiva. Esto podría verse reforzado a partir de las características homogéneas de los participantes, que, aún cuando son estudiantes que pertenecen a distintas carreras, son un grupo bastante similar entre sí en cuanto a su orientación por las ciencias humanas. En este mismo sentido, las semejanzas en cuanto a grupo de edad, momento evolutivo y condiciones de vida podrían estar reforzando dicho argumento.

Por su parte, estar en pareja no diferencia a los estudiantes en sus niveles de apoyo percibido, pero si en cuanto a la valoración que hacen del BP (en la subdimensión propósito de vida). Esto daría indicios del soporte que entrega en esta etapa tener una relación de pareja, aportando elementos relacionados con el desarrollo de la intimidad y el propio conocimiento a partir de otro, que van dando sentido al proceso personal más allá de la duración y profundidad que pueda tener este vínculo. Situación similar se da en relación a la tenencia de hijos. Tal como señalan estudios previos (Sánchez y Quiroga, 1995, 1997. Cit. en Moyano y Ramos, 2010) tener hijos presenta resultados dispares en cada investigación. En este caso, se encontraron diferencias en la dimensión salud mental, lo cual haría suponer que las responsabilidades asociadas a la crianza de un hijo, en conjunto con realizar estudios universitarios, generaría niveles de preocupaciones adicionales que repercutirían en los estudiantes que son padres y madres, resaltando los costos negativos asociados a la crianza por sobre los aspectos positivos o de realización asociados a la misma.

Los resultados en cuanto a la función de las creencias religiosas en los niveles de bienestar confirman la función de apoyo social y psicológico que juega la religión para las personas que profesan una fe. La percepción de apoyo tanto a nivel objetivo como subjetivo, sumado a los aspectos del BP referidos al establecimiento de relaciones positivas con otros y definición de un propósito de vida ratifican lo señalado por Diener et al. (1999) en cuanto a la capacidad de otorgar sentido que poseen las creencias religiosas en gran parte de los participantes. De la misma manera, los resultados en los niveles de

BSoc - en sus aspectos de contribución y actualización - reforzarían la idea de identidad colectiva que aportan las creencias religiosas, dando cuenta de la red de apoyo social que se estructura en torno a ellas, así como también de las formas de influencia que la religión ejerce en las personas a partir de las pautas de control social asociadas a cada creencia en particular, entregando pautas de vida a las personas que adhieren a ellas y tiñendo, al mismo tiempo, su percepción de bienestar.

Respecto a la variable trabajo, en este estudio no se corroboran los resultados de investigaciones anteriores (Barrientos, 2005; Lyubomirsky et al. 2005; Moyano y Ramos, 2010). La actividad laboral es claramente una dimensión complementaria para los estudiantes, dadas las condiciones de vida que reportan (elevado porcentaje de estudiantes que viven en sus hogares de origen y que no trabajan). No obstante, resaltan, en quienes si realizan esta actividad en paralelo a los estudios, los costos asociados a la salud física. Al parecer, los niveles de exigencia que demandan ambas actividades no permiten compatibilizar su desarrollo, requiriendo la capacidad de decidir y asumir responsabilidades por parte del estudiante, que en reiteradas ocasiones se ve en la encrucijada de tener que cumplir con una actividad en desmedro de la otra. A pesar de esto, existirían retribuciones en cuanto al bienestar psicológico y social, al otorgar una valoración positiva a la realización de estas actividades en paralelo, reconociéndolas como formas de integración y contribución social adicionales a las gratificaciones económicas por el desarrollo de su trabajo.

Al comparar los hallazgos de la presente investigación con los obtenidos en el estudio de Reig et al. (2001) acerca del perfil del estudiante universitario y su relación con la calidad de vida y estado de salud en España, observamos similitudes, tanto a nivel de las variables sociodemográficas (promedio de edad, condiciones de vida, creencias) como a nivel psicosocial, en cuanto a la percepción de bienestar y salud mental. Esto no hablaría en ningún caso de la igualdad de condiciones de los estudiantes de ambos países, más bien sería un indicador de la tendencia globalizadora en que nos encontramos inmersos, donde los patrones y modelos subyacentes a dicho proceso tienden a homogeneizar los diversos grupos sociales, en este caso los estudiantes universitarios, reforzando la lógica reproductiva de la sociedad de consumo.

A pesar de dichas similitudes, es relevante no perder de vista que gran parte de las universidades de provincia en Chile no disponen de las condiciones económicas y socioculturales de las universidades de países desarrollados. Más aún, en el caso particular de esta investigación y extrapolándola a la realidad de otras universidades regionales, nos encontramos frente a instituciones donde gran parte de sus estudiantes provienen de la misma ciudad o de otras aledañas, que en su gran mayoría realizaron sus estudios previos en establecimientos públicos o subvencionados y donde muchos proceden de hogares donde son primera generación que ingresa a la universidad (Vicerrectoría Académica UCN, 2010). Si a esto, se suman las variables sociodemográficas y psicosociales estudiadas, existirían condiciones que podrían actuar en algunos como factores protectores y en otros como factores de riesgo, poniendo en juego la salud de los estudiantes y

dificultando su permanencia en la educación superior. Desde aquí la relevancia de estudiar en detalle dichas variables.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los obtenidos en investigaciones previas respecto a la prevalencia de sintomatología clínica en estudiantes universitarios (Cabrera et al. 2009; Delgado et al. 2005; Hirsch, et al. 2009; Perales et al. 2003). Dichos estudios dan cuenta de la necesidad de generar intervenciones con mayor soporte social y psicológico para reforzar la calidad de vida de los estudiantes dentro del contexto universitario. La valoración negativa de la propia salud física, sumado a la presencia de sintomatología que podría asociarse al énfasis cognitivo de la educación, reafirma que las formas de enseñanza y producción de conocimientos que se fomentan generan tensiones constantes entre aspectos propios de la individualidad (buscar sobresalir y mostrar las capacidades personales) y otros de carácter colectivo (en cuanto a la importancia de las redes y el trabajo colectivo para el logro de objetivos), generando inconsistencias que repercuten en los estudiantes.

Estos antecedentes, son una invitación a generar cambios en los parámetros de calidad de la enseñanza y en los sistemas de evaluación utilizados en el contexto universitario, resaltando las iniciativas tendientes a incorporar el desarrollo de las competencias blandas, entendiéndose éstas como habilidades que van más allá de los aspectos técnicos de una profesión u oficio, sino que vinculan la parte emocional, conducta, motivaciones, valores y cultura del estudiante (Hager y Beckett, 1999) como parte del proceso

formativo y no dándolas por supuestas en los estudiantes. No obstante, su incorporación debiera hacerse sin perder de vista las características particulares de cada estudiante.

Si las iniciativas anteriores incorporan en su desarrollo la perspectiva del bienestar, en una mirada hacia un Modelo del Estado Completo de Salud como el que propone Keyes (2005), permite comprender los procesos y situaciones que viven los estudiantes más allá de la dicotomía salud – enfermedad, buscando traspasar esa mirada parcial del ser humano que evoca la polaridad, pero sin dejar de tenerla en cuenta (Boltvinik, 2005). Tanto salud como enfermedad representan dos aspectos de una polaridad mayor (el bienestar), siendo ambos facilitadores de procesos personales, no un fin en si mismo. Es desde aquí que, ciertamente, la presencia de salud mental supone al mismo tiempo la existencia de un funcionamiento social positivo. Del mismo modo se consideran los postulados del modelo del florecimiento (Keyes, 2007), resaltando el valor de la integración de los aspectos hedónicos y eudaimónicos de la felicidad en un rescate global de la experiencia del bienestar subjetivo: el disfrute y el entendimiento. Es en esta integración donde se van generando acercamientos concretos hacia la propuesta de la OMS (Barrientos, 2005) que habla acerca de la presencia de un estado completo de bienestar físico, mental y social; así como también se ven fortalecidas las dimensiones del modelo de felicidad propuesto por Javaloy (2007).

En este sentido, es relevante que las instituciones de educación superior apunten sus esfuerzos al fomento de miradas y prácticas educativas integrales,

que permitan poner mayor atención en su formación a las dimensiones socioemocional y psicosocial del aprendizaje, para el desarrollo del potencial de los estudiantes, regulando el énfasis en el desarrollo de contenidos y en las estrategias remediales que siguen enfocándose en los aspectos limitantes y omitiendo la construcción colectiva de saber. Los hallazgos sugieren incorporar una mirada que fortalezca las capacidades más que a corregir deficiencias, en un ejercicio que no busque solamente equilibrar la balanza, sino más bien se convierta en un importante paso para adquirir nuevos puntos de vista sobre problemas comunes de los contextos educativos (Boltvinik, 2005).

Finalmente, y antes de concluir, dentro de los aspectos a mejorar en el futuro están el hacer comparaciones entre carreras no afines, entre diversas universidades y otro tipo de establecimientos educacionales. Esto podría evidenciar mayores diferencias en las variables estudiadas dentro de los estudiantes (que en este caso podría resultar en un grupo muy homogéneo), intentando acceder a una mayor heterogeneidad en los estudiantes encuestados. Esto permitiría una mayor comprensión de la realidad de la educación superior, evidenciando si las particularidades propias de cada área de conocimiento considera el fomento de la salud mental y el bienestar subjetivo como parte del proceso formativo.

Bibliografía

- Acevedo, L. (2008). La conducta asertiva y el manejo de emociones y sentimientos en la formación universitaria de docentes. *Revista de investigación educativa*, vol.12, n.22, 127 – 139.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García – Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, vol.12, n.2, 314-319.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de Vida, Bienestar Subjetivo: Una mirada psicosocial*. Colección Psicología. Universidad Diego Portales, 1ª edición.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden Social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Revista Clínica y Salud*, vol.17, n.1, 7-29.
- _____ (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, vol.17, n. 4, 582-589.
- Boltvinik, J. (2005). Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. *Papeles de población*, n.44, 9-42.
- Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Ortis, M., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, vol.16, n.3, 448-455.
- Cabrera, A., Sánchez, A. y Bravo, G. (2009). Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela (artículo en línea). *Medisan*, vol.13, n.4. Consultado en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san03409.htm. [consulta: 21/junio/2010].

- Casullo, M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol.7, n.2, 129-140.
- De la Orden, A., Asensio, I., Carballo, R., Fernández, M.J., Fuentes, A., García, J. y Navarro, M. (1997). Desarrollo y validación de un modelo de calidad universitaria como base para su evaluación. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, vol.3, n.1. Consultado en http://www.uv.es/RELIEVE/v3n1/RELIEVEv3n1_2.htm. [consulta: 21/junio/2010].
- De la Torre, S. y Tejada, J. (2006). La dimensión emocional en la formación universitaria. Profesorado. *Revista de currículum y formación del profesorado*, vol.10, n.2. Consultado en <http://www.ugr.es/local/recfpro/Rev102ART3.pdf>. [consulta: 21/junio/2010].
- Delgado, G., Gómez, H., Jaramillo, M., Maya, P., Narváez, M., Salazar, A., Hazzel, K. y Castaño, J. (2005). Estudio descriptivo sobre estrés en estudiantes de medicina de la universidad de Manizales. *Archivos de medicina*, 37-45.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, vol.18, n.3, 572-577.
- Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. & Smith, H. (1999). "Subjective well-being: three decades of progress". *Psychological Bulletin*, vol.125, n.2, 276-302.
- Escorza, P., Ramírez, A. (2007). *Significado de la sintomatología en los alumnos de segundo año de psicología de la UCN*. Tesis para optar al

- grado de licenciado en psicología. Universidad Católica del Norte, Antofagasta.
- Gallardo, I. & Salazar, C. (2010). *Bienestar psicológico en adolescentes escolarizados maulinos*. En E. Moyano (Ed) *Calidad de Vida y Psicología en el Bicentenario de Chile*. Ediciones Universidad de Talca.
- García – Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integrativa*, vol.16, n.6, 586-592.
- Gonczy, A. (1996). *Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico*, en *Formación basada en competencia laboral. Situación actual y perspectivas*. Seminario y perspectivas. Seminario Internacional, OIT/CINTERFOR/CONOCER, Guanajuato, 23-25 de mayo.
- Hager, P. y Beckett, D. (1999). *Bases filosóficas del concepto integrado de competencias*. Editorial Linusa S.A. México.
- Hirsch, J.; Hang Do, A.; Hollenbach, K.; Manoguerra, A. & Adler, D. (2009). Students health – related quality of life across the preclinical pharmacy curriculum. *American journal of pharmaceutical education*, vol.73, n.8, Article 147.
- Javaloy, F.; Páez, D.; Cornejo, J.M.; Rodríguez, A.; Basabe, N.; Valera, S. y Espelt, E (2007). *Bienestar y felicidad en la juventud española*. Edición Injuve. España.
- Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, vol.43, n.2, 207-222.

- _____ (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.73, n.3, 539-548.
- _____ (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62, 2, 95 – 108.
- Lucas, R.; Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.71, 616-628.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect. *Psychological Bulletin*, vol.131, 803-855.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2010). *Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule*. En E. Moyano (Ed) *Calidad de Vida y Psicología en el Bicentenario de Chile*. Ediciones Universidad de Talca.
- Paludo, S y Koller, S. (2007). Psicología Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paideia*, vol.17, n.36, 9-20.
- Perales, A. Sogi, C. y Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol.64, n.4, 239-246.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. y Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Publicaciones Universidad de Alicante, España.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well – being revisited. *Journal of personality and social psychology*, vol.69, n.4, 719-727.

- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología*, vol.21, n.1, 170-180.
- Salinas, J. (2004). Innovación docente y uso de las TIC en la enseñanza universitaria. *Revista de universidad y sociedad del conocimiento*, vol.1, n.1, 1-16.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Vergara, Grupo Zeta. España.
- Shah, M.; Hasan, S.; Malik, S. & Sreeramareddy, Ch. (2010). Percived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a pakistani medical school. *BMC medical education*, vol.10, n.2. Consultado en <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/2> [consulta: 23/junio/2010].
- Soza, S., Stolzenbach, R. y Zúñiga, D. (2006). *Factores psicosociales y rendimiento académico en alumnos de psicología*. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología. Universidad Católica del Norte, Antofagasta.
- Sreeramareddy, Ch.; Shankar, P.; Binu, V.; Mukhopadhyay, Ch.; Ray, B. & Menezes, R. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC medical education*, vol.7, n.26. Consultado en <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/26> [consulta: 23/junio/2010].
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, vol.7, 183-225.

Vera, P., Celis, K. y Córdova, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, vol.29, n.1, 127-133.