

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de PSICÓLOGO.
2. **TÍTULO:** SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE INGENIERÍA AERONÁUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA DE BOGOTÁ.
3. **AUTORES:** Johana Ramos Bueno, Claudia Vanessa Loaiza Díaz y María Isabela Silva Villegas.
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C.
5. **FECHA:** Junio de 2013.
6. **PALABRAS CLAVE:** Salud, Salud general, Ansiedad, Depresión, Somatización, Disfunción Social, Autoestima
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación que hay entre salud general y autoestima en estudiantes universitarios de 18 a 25 años, para tal fin se seleccionaron 42 estudiantes de sexo masculino de la facultad de Ingeniería Aeronáutica que asistían a una universidad de Bogotá, quienes de forma voluntaria participaron de esta investigación. Se aplicaron la escala de Salud General GHQ-28 y la escala de Autoestima EAR. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre autoestima con depresión, disfunción social y salud general; no se encontró correlación significativa entre autoestima y síntomas somáticos, ansiedad e insomnio.
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACION:** Línea de Investigación: Psicología de la Salud.
9. **FUENTES CONSULTADAS:** Asociación Psicológica Americana. (2003). Manual diagnóstico estadístico (DSM – IV TR). México: Masson. S.A., Chua, P. & Dolan, J. (2000). The neurobiology of anxiety and anxiety-related disorders: A functional neuroimaging perspective. San Diego, CA: Academic Press., Kail, R. Cavanaugh, J. & Gonzalez, M. (2006). Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital. España: Thomson., Lara, E. Martínez, C. Pandolfi, P. Penroz, K. Perfetti, R. & Pino, G. (2001). *Psicología del desarrollo. El adulto Joven*. Recuperado el 8 de Abril de 2012 en <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>., López, J. & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93., Salleras, L. (1985). Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos., Matud, P. Carballeira, M. López, M. Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002) Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37., Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press., Thompson, K. (2002). Depresión y discapacidad – guía práctica. Recuperado de la página web el 11 de abril de 2012: <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/spanishdepression.pdf>.
10. **CONTENIDOS:** Salud: Salleras (1985) define la salud como el nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, logrado por una personas, que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad.  
*Adulthood Temprana:* Lara et al., (2001), definen al adulto joven como un individuo en el rango de edades entre los 18 y 40 años, con alto compromiso en sus diferentes contextos que influyen en la responsabilidad de su vida, Kail, Cavanaugh y González (2006) también afirman que durante la adultez temprana la persona se caracteriza por cambios físicos y de salud que le permite la toma de conciencia de los hábitos saludables que se deben tener en cuenta para adoptar un mejor estilo de vida, debido a que el joven está en la época en que toma decisiones y realiza planes que contribuyen a lo largo de su vida.  
*Depresión:* Son cambios del estado de ánimo. Este trastorno altera de forma significativa diferentes áreas de la persona; su salud física, su conducta, sus pensamientos y sentimientos también están implicados en el desarrollo del estado depresivo (Thompson, 2002).  
*Ansiedad:* “La ansiedad conceptualizada como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños” (Chua y Dolan, 2000, p. 21).  
*Somatización:* “Desde un modo genérico el término se refiere a una queja física, que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente” (López y Belloch, 2002, p.73).  
*Disfunción social:* Se refiere a circunstancias negativas o problemas en relaciones sociales que las personas tienen con otro ser significativo de su medio social, ya sea entre parejas, amigos, compañeros de trabajo, con la familia, en organizaciones, entre otros (Matud et al., 2002).  
*Autoestima:* “Actitud global, favorable o desfavorable, que el individuo tiene hacia sí mismo” (Rosenberg, 1965).
11. **METODOLOGÍA:** Es un diseño descriptivo correlacional de corte transversal, tipo encuesta.
12. **CONCLUSIONES:** Los datos del presente estudio muestran una correlación significativa entre autoestima alta y buena salud general. De esta forma, los estudiantes universitarios de un programa de Ingeniería Aeronáutica de la ciudad de Bogotá presentan un estado de salud general positivo en tanto que el grado de su autoestima es alto y los niveles de depresión, disfunción social, ansiedad y somatización son bajos. A su vez, estos datos referencian también que: a) la depresión afecta negativamente los niveles de autoestima con un puntaje de -.584, b) La correlación entre disfunción social y autoestima obtenida fue de -.472, lo cual muestra que los sujetos con disfunción social baja tienden a poseer bajos niveles de autoestima y c) la depresión y la disfunción social obtuvieron una correlación de .604, luego estas variables son tendientes a disminuir los niveles de autoestima y afectar la salud general.

## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES



**TRABAJO DE GRADO  
ACTA DE SUSTENTACIÓN  
No. 20130611-002**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 08:30 A.M. horas del día 31 del mes 05 del año 0013, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:

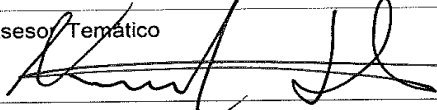
**"SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE INGENIERÍA AERONAUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA BOGOTÁ."**

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.		Facultad o Programa
Claudia Vanessa Loaiza Díaz	20103332035	42163396	Psicología
Johana Ramos Bueno	20081158019	1115070724	Psicología
María Isabela Silva Villegas	20093332013	1067874664	Psicología

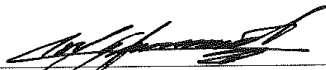
Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.


Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Temático  
  
 NELSON EDUARDO HERRERA MEDINA  
 C.C. 79947370

Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **APROBADO PREGRADO**


Los jurados fueron:

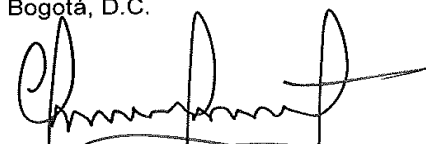
  
 CARLOS EDUARDO GONZÁLEZ CIFUENTES  
 C.C. 80528031

  
 ELIANA IVETTE ORTIZ GARZON  
 C.C. 52427194

Observaciones: \_\_\_\_\_

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.

  
 NOHELIA HEWITT RAMÍREZ  
 DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

  
 CARLOS ALEONSO AVENDANO TRIVINO  
 DIRECTOR DE PROGRAMA

SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

Salud General y Autoestima en estudiantes de Ingeniería Aeronáutica de la Universidad  
de San Buenaventura de Bogotá



**UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA  
BOGOTÁ, D.C.**

Presentado por:

Loaiza Díaz Claudia Vanessa

Ramos Bueno Johana

Silva Villegas María Isabela

Herrera Medina Nelson Eduardo

Director

Décimo Semestre

Facultad de Psicología

Universidad de San Buenaventura, Sede Bogotá

**Contenido**

<b>Resumen</b>	3
<b>Salud</b>	4
Adultez temprana y salud	5
Depresión	7
Ansiedad	13
Somatización y disfunción comportamental / social	16
<b>Autoestima</b>	21
Estudios de salud general y autoestima	24
<b>Justificación</b>	25
<b>Pregunta de Investigación</b>	28
<b>Variables</b>	28
<b>Objetivos</b>	30
<b>Método</b>	31
Diseño	31
Participantes	31

SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES	4
Instrumentos	31
Procedimiento	32
Consideraciones éticas	32
<b>Resultados</b>	34
<b>Discusión</b>	39
<b>Referencias</b>	44
<b>Apéndices</b>	52

### **Resumen**

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación que hay entre salud general y autoestima en estudiantes universitarios de 18 a 25 años, para tal fin se seleccionaron 42 estudiantes de sexo masculino de la facultad de Ingeniería Aeronáutica que asistían a una universidad de Bogotá., quienes de forma voluntaria participaron de esta investigación. Se aplicaron la escala de Salud General GHQ-28 y la escala de Autoestima EAR. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre autoestima con depresión, disfunción social y salud general; no se encontró correlación significativa entre autoestima y síntomas somáticos, ansiedad e insomnio.

*Palabras claves:* Salud, Salud general, Ansiedad, Depresión, Somatización, Disfunción Social, Autoestima

### **Abstract**

The present study aims to evaluate the relationship between general health and self-esteem in college students 18-25 years were selected for this purpose 42 male students of the Faculty of Aerospace Engineering attending a university in Bogotá. Who voluntarily participated in this research. We applied the General Health scale GHQ-28 and EAR Esteem Scale. The results showed significant correlations between self-esteem with depression, social dysfunction and general health, no significant correlation was found between self-esteem and somatic symptoms, anxiety and insomnia

*Keywords:* Health, General Health, Anxiety, Depression, Somatization, Social Dysfunction, Self Esteem.

## Salud

El concepto de salud a lo largo del tiempo ha tenido diferentes cambios, surgiendo así múltiples definiciones, a continuación se destacaran las consideradas más relevantes. La organización mundial de la salud (OMS) en 1946 define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o afecciones” (Salleras, 1985. p14)

Así mismo la (OMS, 1960) define la salud no solo como la ausencia de enfermedad o achaque, sino el completo bienestar físico, psicológico y social de la persona (Gil y Gálvez, 2001).

Por su parte, Salleras (1985) define la salud como el nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, logrado por una personas, que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad (Salleras, 1985).

Por otro lado, la (OMS, 1986) citada por Roales-Nieto (2004) modifica la definición de salud de 1946-1960, definiéndola “como el nivel en que una persona tiene la capacidad de realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y enfrentarse debidamente al ambiente” (p94). La salud, por lo tanto, debe considerarse según Acevedo, Martínez y Estario (2007) como un recurso de la vida diaria y no como un objetivo en la vida; la salud no es un concepto negativo (ausencia de la enfermedad), por lo contrario es positivo, ya que engloba tanto recursos personales y sociales como capacidades físicas.

De igual manera para Entralgo (1988) como se citó en Roales-Nieto (2004) , “la salud se define por el grado de cumplimiento de tres tipos de criterios: a) socioculturales, tiene que ver con los conceptos de rol o conducta de enfermedad donde el autor lo sintetiza como “parecer sano a los demás”; b) objetivos, estar sano en criterio morfológico, etiológico, funcional, de utilidad y comportamental y c) subjetivos, sentimiento de estar sano donde se incorpora sentimiento de capacidad, sensación de bienestar psicorgánico, sensación de seguridad en seguir

viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sensación de semejanza y posibilidad de controlar la soledad y compañía (p100).

Por otro lado, para Seeman (1989), el concepto de salud integra factores biológicos, fisiológicos, perceptuales, cognitivos, interpersonales y ecológicos. La integración efectiva de estas funciones constituye la salud positiva mientras que los fallos de la integración resultan en enfermedad. Así mismo San Martín (1989) define el concepto de salud como un conjunto complejo y dinámico integrado por las condiciones biológicas, ecológicas, sociológicas, económicas, culturales y experienciales que se expresan en diferentes grados a lo largo de un continuo” (Frías, 2000).

En el 2000, la OMS compone su clásica definición en su proyecto “salud para todos”, proponiendo como objetivos todas las personas del mundo tengan un nivel apto de salud para que puedan trabajar de manera productiva y así mismo participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven (Salas y Álvarez, 2004),

### **Adulthood temprana y salud**

De acuerdo a lo anterior es importante mencionar, que en las diferentes etapas del ciclo vital de los seres humanos se presentan cambios en el desarrollo, debido a esto cabe decir cuáles son las características específicas de la adultez temprana en cuanto a la salud, ya que es la población de interés en el presente estudio.

Lara et al., (2001), definen al adulto joven como un individuo en el rango de edades entre los 18 y 40 años, con alto compromiso en sus diferentes contextos que influyen en la responsabilidad de su vida. Kail, Cavanaugh y González (2006) también afirman que durante la adultez temprana la persona se caracteriza por cambios físicos y de salud que le permite la toma de conciencia de los hábitos saludables que se deben tener en cuenta para adoptar un mejor estilo de vida, debido a que el joven está en la época en que toma decisiones y realiza planes que contribuyen a lo largo de su vida.

En la adultez temprana el desarrollo y el crecimiento físico es óptimo, es decir, en esta etapa el ser humano cuenta con calidad en todas las áreas de su desarrollo, como en su crecimiento físico y su rendimiento motor. Sin embargo, la salud general es buena



dependiendo de los hábitos alimenticios y el estilo de vida que tenga la persona, ya que si bien es cierto el joven también puede comenzar a tener ciertos deterioros en la medida en la que tenga malos hábitos como: el consumo de alcohol, de drogas, el estrés, entre otros aspectos que le generan disminución en el estado de plenitud integral (Peña, Cañoto y Santalla de Banderali, 2006).

Katheleen (2009) señala que:

La juventud suele ser una etapa en la que la salud es excelente, pero las malas elecciones en lo referente a hábitos y riesgos pueden tener efectos perjudiciales en el desarrollo. Los buenos hábitos en actividad física en la juventud contribuyen en gran medida a una buena salud en la edad mediana y más adelante, mientras que los individuos sedentarios tienen mayores probabilidades de desarrollar diabetes y tener presión arterial alta. Los buenos hábitos alimentarios son claves para prevenir estas enfermedades, como también la obesidad. Así como los jóvenes tienen menos probabilidades de ser obesos que los adultos, también tienen más probabilidades de desarrollar desórdenes alimentarios potencialmente mortales como la anorexia y la bulimia (p. 26).

De acuerdo con la (OMS, 2011) son más los jóvenes que cuentan con buena salud a los que no, no obstante al año se registran más de 2,6 millones de muertes en la población de 15 a 24 años. Además, es extensa la cifra de adultos jóvenes que sufren de enfermedades que impiden el desarrollo y el crecimiento adecuado, entre los datos fundamentales están: los casos nuevos de infección de VIH registrado en el 2009 en donde la población entre 15 y 24 años representa el 40%, el 20% de los jóvenes sufren un problema de salud mental como ansiedad o depresión, también se encontró que unos 150 millones consumen tabaco, y que por día aproximadamente mueren 430 jóvenes por violencia interpersonal y 700 jóvenes padecen a diario por traumatismo causados por tránsito.

Sin embargo en una investigación realizada por Lema et al, (2009) acerca del comportamiento y salud en 598 jóvenes universitarios en Cali se encontró que los jóvenes tuvieron nueve dimensiones del estilo de vida consideradas saludables entre

ellas: el autocuidado y el cuidado médico; la buena alimentación y la nutrición; el tiempo de ocio; el sueño; la sexualidad; las relaciones interpersonales; el afrontamiento, y el no consumo del alcohol, tabaco y drogas ilegales; y el estado emocional, no obstante entre las dimensiones evaluadas que no se encontró predominio están las actividades los ejercicios físicos. Lo que le permitió a los investigadores proponer aspectos relevantes para la creación de programas de intervención que se orienten a la promoción de conductas positivas para la salud y para la disminución de aquellas que puedan deteriorarla, entre ellas motivar al joven a la práctica de ejercicios.

Esto permite establecer estrategias de intervención en promoción de salud y prevención de la enfermedad, y a partir de ello garantizar el bienestar, la calidad de vida y la salud en la adultez temprana. Ya que, el autocuidado de la persona en la juventud tendrá implicaciones a lo largo de su vida, dado esto, es importante que el joven prevenga los factores de riesgos asociados a la depresión, la ansiedad, la disfunción social y la somatización, debido a que la ausencia de los síntomas de dichos factores garantiza el completo bienestar de la persona (Gil y Gálvez, 2001).

Para efectos de esta investigación se tomará la definición dada por Salleras (1985) donde tiene en cuenta aspectos físicos, mentales y sociales. Esta definición abarca los cuatro factores que forman parte de la salud y que serán medidos a través del instrumento GHQ-28 (Goldberg, 1972) estos componentes son: la depresión, la ansiedad, la disfunción social y la somatización.

### **Depresión**

Antes de entrar a definir la depresión, se considera necesario dar cuenta de que dicho trastorno son los cambios del estado de ánimo. Este trastorno altera de forma significativa diferentes áreas de la persona; su salud física, su conducta, sus pensamientos y sentimientos también están implicados en el desarrollo del estado depresivo (Thompson, 2002). Después de tener claridad en lo anterior, según Alberdi, Taboda, Castro y Vásquez (2006), la depresión es un conjunto de síntomas susceptibles a ser valorados a partir de unos criterios de diagnóstico racionales y operativos.

Dichos criterios, como se dijo en un comienzo, afectan diferentes áreas de la vida de la persona: su apetito, su sueño, su fuerza física, su motivación, sus expectativas, sus emociones, etc. La etiología de esta afectación, regularmente es la raíz de algún evento bastante específico y siempre dichas alteraciones giran en torno de la esfera afectiva.

“En lugar de la tristeza o el bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute de la vida, una vivencia de tiempo enlentecida y desagradable, o falta de energía vital en las tareas más sencillas de la vida cotidiana (Alberdi et al., 2006, p.1).”

Es necesario hacer un énfasis sobre la sintomatología específica que caracteriza al trastorno de depresión, de esta manera se establecerá una clara definición del trastorno y se podrá comenzar a profundizar sobre las características de la depresión, sus clasificaciones y formas de intervención.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, citado por Caccuri (2008), los síntomas que caracterizan la depresión son:

1. Estado de ánimo triste o ansioso persistente.
2. Sensaciones constantes de desesperanza, culpabilidad y pesimismo.
3. Pérdida de interés en pasatiempos que resultaban ser placenteros.
4. Fatiga o falta de energía.
5. Problemas de concentración, memoria y/o falta de decisiones.
6. Insomnio o dormir demasiado.
7. Cambios en el apetito.
8. Pensamientos de muerte y/o intentos de suicidio.
9. Inquietud y/o irritabilidad.
10. Dolores de cabeza, trastornos digestivos y/o dolor crónico que no responden a tratamiento médico.

Existen criterios de diagnóstico para el trastorno de depresión y ciertas precauciones con respecto al mismo. Debido a que esta patología afecta el estado de ánimo, y las modificaciones presentadas alrededor de este pueden presentarse como un síntoma que hace parte de otra enfermedad (en el caso del trastorno bipolar):

En líneas generales, son criterios comunes tanto para el DSM-IV TR como la CIE-10. Se habla de la depresión propiamente dicha. No es necesario articular la depresión en el contexto del trastorno bipolar (psicosis, maniaco - depresivo) o un trastorno afectivo mixto, ya que estas entidades implican unos procesos de prevención y manejo distinto (Alberdi et al., p. 2).

Según el Ministerio de Protección Social (2005), el estudio de salud mental realizado en el año 2003, evidencia que en los hombres la posibilidad de sufrir algún trastorno del estado de ánimo es mayor a medida que se incrementaba el nivel de escolaridad; en personas separadas, divorciadas o viudas, fumadoras, exfumadoras, con antecedentes de enfermedad mental, con antecedentes de comorbilidad física y con antecedentes de haber tenido alguna experiencia situacional grave. Los datos arrojados sobre la población femenina muestran que, las mujeres separadas o viudas, con antecedentes de malas pautas de crianza, reporte de algún trauma durante la niñez y con algún antecedente de una experiencia situacional grave, podrían ser factores de riesgo para adquirir algún trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el hecho de tener seguro de salud es un factor de protección para no adquirir algún trastorno.

El episodio depresivo se caracteriza por un desánimo sobre las actividades cotidianas (incluso las de deleite para el sujeto) en un periodo mínimo de dos semanas. La persona además debe cumplir al menos cuatro síntomas (los ya expuestos) en los cuales se incluye principalmente la pérdida del apetito y los problemas de sueño (ya sea por aumento o disminución del mismo) (First, Frances y Pincus, 2002). Thompson, 2002 al respecto encontró que “Las personas que sufren un episodio de depresión mayor se sienten desesperanzadas y abrumadas. Estas personas podrían tener dificultad al momento de levantarse por la mañana o dificultad con su cuidado personal” (p. 9).

Se puede referenciar claramente de la visión de diferentes autores sobre las implicaciones que tiene una persona que desarrolla un trastorno y un episodio depresivo. A continuación, se darán a conocer los tipos de trastorno depresivo con sus principales características.

La *depresión mayor* consiste en la presentación constante de uno o más episodios depresivos. Esto, evidentemente involucra la presentación recurrente de lo expuesto en párrafos anteriores sobre el episodio depresivo (First et al., 2002). En caso de agudizarse, este trastorno puede ser un factor de riesgo para la vida de la persona, llevándola incluso a atender contra sí misma. La constante sensación de no hallarle sentido a las cosas que alguna vez lo tuvieron, han de llevar a la persona a una desesperación de tal nivel, que (en el más complejo de los casos) solo la misma muerte puede quitarle tal sensación.

Por su parte, el *trastorno distímico*, se caracteriza por el padecimiento de síntomas depresivos en un periodo mínimo de dos años, entre ellos, se identifica la pérdida de interés y energía vital junto con otros síntomas característicos del trastorno, el cuidado que se debe tener a la hora de hacer un diagnóstico de esta naturaleza es que el paciente no cumpla (en tiempo y circunstancias) los criterios de diagnóstico del episodio depresivo o del trastorno depresivo mayor (First et al., 2002).

Por su parte, la epidemiología existente sobre la depresión es muy amplia y en el transcurso de las últimas décadas del siglo XX hasta el presente, dichas cifras han tenido una preocupante alza. Festorazzi, Rodriguez y Lotero (2008), realizaron una investigación sobre los trastornos de la depresión y ansiedad, realizada en Argentina en el año 2008, donde participaron 344 jóvenes de zonas rurales, se encontró que el 35% de los encuestados presentaba algún tipo de depresión, además se halló que de cada 12 pacientes que tenían un cuadro ansioso, 10 poseían depresión mayor.

Estos datos epidemiológicos, pueden mostrar lo mucho que está relacionada la ansiedad con los trastornos depresivos y lo prioritario que es tratar estos trastornos en la población juvenil. Además, existen ciertos precipitantes o factores de riesgo que pueden ayudar a la aparición del trastorno de depresión en las personas, uno de ellos (y casi que el más frecuente) es el sufrir de alguna enfermedad crónica o terminal.

Noquiera, De Fátima y Crosland (2006, citados en Wolff, Wolff y Alvarado, 2009) hallaron que la prevalencia de episodios depresivos en personas que padecían el

virus VIH en Brasil era de un 21.8% en población mixta y un 25.8% en una muestra conformada solo por mujeres.

En un estudio transversal, realizado por Peñuela, Baquero, Amador, Castillo y Daza (2004) sobre factores de riesgo asociados a la depresión, donde participaron 339 personas que presentaban enfermedades dermatológicas en dos hospitales de Barranquilla, Colombia, se encontró que, existe una fuerte tendencia, por parte de las personas que sufren enfermedades de la piel, a adquirir depresión con respecto a los antecedentes familiares que posea y la evolución de la enfermedad en sí. A pesar de que en rasgos generales se halló que la evolución de la depresión o la adquisición de la misma en este tipo de población era similar a la de muestras generales, existen precipitantes (como la agudización de algún padecimiento de tipo dermatológico) que refuerzan la presencia de algún trastorno depresivo.

Además de ello, esta investigación menciona que las poblaciones de 20 años en adelante, tiende a sufrir de depresión más que cualquier otro tipo de cohorte, como lo citan textualmente Peñuela et al. (2004):

La depresión puede iniciarse a cualquier edad de la vida, pero es más frecuente a partir de los 20 años. Entre los factores que contribuyen a su aumento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), están: longevidad, cambios rápidos psicosociales, aumento de enfermedades crónicas, el sexo femenino, altos niveles de estrés y ansiedad, antecedentes, tanto personales como familiares, de depresión y/o suicidio (p.2).

Como se puede observar, ambas investigaciones citadas dan cuenta de lo riesgoso que es padecer alguna enfermedad o enfrentar cambios significativos en el ambiente con relación a la aparición de la de depresión, así como ciertos datos estadísticos realizados por el Ministerio de Protección Social (2005) citado anteriormente que describen la prevalencia de esta enfermedad en los últimos años.

Es importante, finalizar la estructura teórica del trastorno de depresión, hablando de lo relevante que puede ser su estudio en el ejercicio investigativo. Para no entrar a profundizar sobre investigaciones con poblaciones de características diferentes a las de

esta investigación, se presentarán algunos ejemplos de cómo, desde la investigación de tipo cuantitativo, se han realizado trabajos con estudiantes Universitarios.

Torres (2004), en su estudio sobre optimismo y pesimismo con estudiantes de la Universidad Iberoamericana Torreón (México) con una muestra de 45 personas, pertenecientes a la facultad de educación, cuyas edades oscilaban entre los 16 y 48 años, realizó dos aplicaciones del instrumento, “TheAttributional Style Questionnaire” Seligman (1998 citado en Torres, 2004), prueba encargada de evaluar los niveles de optimismo y pesimismo de las personas. La primera aplicación se realizó sin un taller preparado por el investigador sobre estrategias de afrontamiento y la segunda aplicación, fue posterior al mismo. Asimismo, encontró que las intervenciones en pro de prevenir la visión pesimista de la vida, eran un gran factor de protección para evitar futuros episodios depresivos o el desarrollo de un trastorno de esta naturaleza.

Adicionalmente, un estudio realizado por Campo y Gutiérrez (2001), con una muestra de 38 personas, sobre psicopatología en estudiantes de la Facultad de salud de la Universidad del Valle en Cali, Colombia; en el que hicieron, una historia clínica completa, una entrevista clínica estructurada; la escala auto aplicada de depresión de Zung y la escala de adaptación social SASS, Se encontró que, 15 de los estudiantes (71.4%) presentaron trastorno de depresión o episodios depresivos.

Desde los análisis estadísticos, se halló que existe una relación significativa entre la intensidad del trastorno de depresión y las dificultades para la adaptación social. Este estudio. Este estudio permite deslumbrar un factor de riesgo en el padecimiento de la depresión en estudiantes universitarios.

Amézquita, Gonzales y Zuluaga (2003), en su investigación sobre prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida de los estudiantes del Pregrado de la Universidad de Caldas con una población de 625 personas, pertenecientes a diversas facultades y a través del instrumento de depresión de Beck, inventario de ansiedad y una entrevista semiestructurada, encontraron que un 49.8% tenía tendencias a sufrir depresión, el 58.1% padecían ansiedad y el 41% tenía conductas suicidas.

Esto evidencia una fuerte tendencia por sufrir de algún tipo de trastorno relacionado con el trastorno de depresión y hace relevante cualquier aporte, desde la investigación, en pro del mejoramiento de tan preocupantes hallazgos. La población Universitaria, como se pudo comprobar, está fuertemente comprometida con esta psicopatología.

### **Ansiedad**

Se considera relevante hacer una revisión teórica sobre la ansiedad, su definición y características, las investigaciones que se han hecho sobre el tema y que datos empíricos se han encontrado.

Según Osasun (2002) la ansiedad es una emoción adaptativa cuya función principal es permitirle a la persona responder de forma congruente ante demandas específicas del entorno. Algunas, son simplemente situaciones que exigen un nivel de rendimiento mayor y otras pueden ser de carácter peligroso. En este orden de ideas, se considera la ansiedad como un trastorno, en tanto la persona se sienta ansiosa en escenarios que no lo exijan o con una frecuencia casi rutinaria

Las nociones adaptativas de la ansiedad son fundamentales para la supervivencia, esto implica referir la acción de sentir ansiedad con el propósito de responder ante una problemática que da cuenta de un estado ansioso y no de una enfermedad de etiología ansiosa. Esto claramente indica que la ausencia total de ella (o la pretensión de no sentirla) es un claro signo de patología mental:

Todos han sentido algo desagradable en determinadas situaciones. Esto puede observarse, por ejemplo en situaciones como participar en una entrevista para conseguir un empleo, ser llamado a la oficina del jefe sin conocer el motivo, hablar en público, caminar en la noche en una zona peligrosa de la ciudad, etc. En cada una de estas situaciones se puede sentir un frío en el estómago, boca seca, manos sudadas, palpitaciones, atención aumentada a lo que pasa alrededor, tensión muscular, incapacidad de reaccionar, todo relacionado a una sensación desagradable, de la cual si hay la oportunidad, se evitaría (Becerra et al., 2007, p.76).



Osasun (2002), refiere que el conjunto de sensaciones que dan pie para suponer que una persona tiene un episodio de ansiedad son: “tensión en el cuello, hombros y espalda, dificultades de respiración, visión nublada, sofoco, taquicardia, opresión en el pecho, sensación de nudo en el estómago, náuseas, sudoración, temblor, hormigueo en las manos, inestabilidad, temblor y entumecimiento en las piernas” (p. 5).

Chua y Dolan (2000), “la ansiedad puede ser conceptualizada como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños” (p. 21).

Sin embargo, aunque la ansiedad es una condición fundamental para garantizar la supervivencia en circunstancias precarias y la adaptación de nuevas situaciones difíciles, también puede ser una psicopatología de proporciones complejas, tanto así que representa uno de los síntomas psiquiátricos más comunes.

Con el fin de contextualizar la ansiedad en los escenarios de la psicopatología, según el Manual Diagnóstico Estadístico (DSM – IV TR, 2003), los trastornos de ansiedad son: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno por estrés post traumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Como se puede observar existe una gran variabilidad de trastornos relacionados con la ansiedad, todos ellos aun con sus marcadas diferencias en sintomatología, criterios de diagnóstico, etiología, etc. Tienen en común el hecho de poseer una sensación de malestar y mucha tensión cuya explicación se da desde un conjunto de respuestas condicionadas, tanto para calmar el malestar como para mantenerlo. Con la intención de no desviar demasiado el tema central de esta investigación solo se dejarán mencionados.

Por su parte, las investigaciones sobre los trastornos de ansiedad se han establecido, en su mayoría, a partir del desarrollo teórico y clínico de los diferentes tipos de trastorno de ansiedad y algunos de los factores de riesgo y protección.

El Ministerio de Protección Social (2005), en su estudio nacional de salud mental en Colombia 2003, ha encontrado que los hombres fumadores, ex fumadores, con antecedentes de enfermedad mental, que tuvieron conflictos con quienes los criaron y que presentan antecedentes de comorbilidad física, tienden a presentar trastorno de ansiedad. En cuanto a las mujeres, los factores de riesgo para presentar este trastorno son similares a los que se encuentran en los hombres, agregando también antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave.

Una investigación realizada por Duque (2003) sobre los factores psicosociales de la ansiedad y la depresión en trabajadores de una institución de educación superior de la ciudad de Pereira, con una muestra de 74 personas, encontró que el 20.3% de la población sufría de ansiedad. Se encontró una relación significativa con la variable carga mental, la cual da cuenta de aquellas presiones surgidas del contexto laboral que demandaban más capacidad cognitiva que cualquier otra actividad.

Amézquita et al. (2000) realizaron una investigación sobre la prevalencia de la depresión, la ansiedad y la ideación suicida en la Universidad de Caldas, la muestra fue de 625 personas. Los resultados muestran que el 58.1% sufren de ansiedad. Las asociaciones estadísticas que dieron resultados significativos fueron: pérdidas afectivas, académicas y de salud, insatisfacción en la carrera, dificultades con la relación de compañeros y docentes, responsabilidades académicas y conducta suicida.

La anterior investigación, permite ir construyendo una idea sobre lo mucho que afectan algunas variables del contexto, las cuales si se asimilan de forma inadecuada pueden llevar a la persona a sufrir de ansiedad, aun cuando el contexto no se lo exige y esto paulatinamente lo puede llevar a desarrollar algún tipo de trastorno.

Por su parte, Bragado, Carrasco y Bernabé (1999) en su trabajo sobre factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes, realizado con una muestra de 362 personas, encontraron que el

41.3% padecía algún trastorno de ansiedad y que los factores más asociados con la adquisición de tales enfermedades mentales, según el análisis estadístico eran tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentemente y algún estado psicopatológico de alguna persona perteneciente a la familia primaria.

Gómez, Sánchez, Valencia y Franco (2005) realizaron un estudio que pretendía hallar la prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín, con una muestra de 183 sujetos. El estudio, se enfocó en estudiantes universitarios, debido a que el entrar a la Universidad y lograr culminar los estudios de educación superior exigía en los estudiantes un mayor compromiso y por tanto mayor esfuerzo tanto mental como físico. Esto lleva a señalar que el riesgo de adquirir algún trastorno de ansiedad es alto. Los resultados muestran que el 1.2% de los estudiantes presenta ansiedad severa, un 12.9% moderada, otro 40.6% leve, y un 45.3% normal. Las situaciones más estresantes reportadas fueron: los exámenes 81.4%, los problemas familiares 45.4%, los problemas con el novio/esposo o novia/esposa (35.05%) y los problemas económicos 27.9%.

Esta investigación, permite afirmar que los factores psicosociales parecen ser una base importante en la explicación del origen, la aparición y el desarrollo de la ansiedad como patología.

### **Somatización y disfunción comportamental / social**

Son muchos los síntomas físicos que corresponden a una somatización, debido a que no existe una causa orgánica en la sintomatología corporal. De acuerdo con Muñoz (2009), *la somatización* se da a partir de un malestar emocional ocasionando síntomas físicos que conllevan a visitas al médico cotidiano frecuentemente, puesto que los síntomas pueden llegar a ser una causa orgánica documentada. También es cierto que, “desde un modo genérico el término se refiere a una queja física, que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente” (López y Belloch, 2002, p.73). Por tanto, el trastorno de

somatización se da a través de quejas o síntomas inexplicables que requieren de ayuda médica.

Según la Asociación Psicológica Americana (2003), en el DSM-IV TR los síntomas del trastorno de somatización son:

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento físico o causa un deterioro en la actividad social o laboral. Los síntomas deben empezar antes de los 30 años de edad y deben persistir durante varios años; deben presentarse síntomas dolorosos en cuatro partes del cuerpo o funciones; al menos debe haber dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor; un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor; un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico; ninguno de los síntomas anteriormente mencionados pueden darse a partir de la presencia de una enfermedad médica conocida o por efectos directo de sustancias; se debe tener en cuenta que los síntomas no se reproducen intencionalmente y no son simulados (p. 457).

Según la (OMS, 2001) más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Son también universales, debido a que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Entre los factores de prevalencia en estos trastornos esta la aparición de síntomas físicos graves y por lo general hay una ausencia de alguna enfermedad clínica, de acuerdo con lo anterior el trastorno de somatización repercute entre los distintos trastornos mentales y en la vida cotidiana del individuo.

En un estudio realizado por Torres (2000) en Colombia con 1067 personas mayores de 12 años sobre la prevalencia en trastornos psiquiátricos, se encontró que la prevalencia del trastorno de somatización en Colombia es del 4.9% de la muestra, además el sexo femenino presento más prevalencia en trastorno de somatización que el sexo masculino. Así mismo, en una investigación realizada por Moral et al. (2010) En

México, con una muestra de 234 participantes entre 30 y 60 años de edad siendo 117 mujeres y 117 hombres, se evidenció que el porcentaje de mujeres que reportaban haber padecido de un síntoma físico medicamente no explicado era mayor que el de los hombres, también se encontró que las mujeres somatizaban más en situación de estrés, mientras que los hombres reaccionaban de forma agresiva antes situación de enojo, y presentaban síntomas físicos ante problemas económicos.

Ahora bien, los factores de riesgo del trastorno de somatización de acuerdo con Noyes et al., citado por Sue, Wing, Sue, Delfin y Santiago (2010), están asociados a niveles de educación baja, a culturas y a status de inmigrante, principalmente en la influencia cultural debido a situaciones ambientales, sociales, emocionales y psicológicas. Cabe resaltar que factores genéticos, familiares, eventos estresantes, enfermedades orgánicas en la infancia están asociados con la somatización en jóvenes, además con los síntomas y trastornos relacionados como la depresión, la ansiedad, el malestar psicológico y el malestar social.

Según García, Pascual, Alda y Olivan (2005), hasta el momento no hay un tratamiento comprobado científicamente eficaz para dicho trastorno, sin embargo proponen intervenciones de atención primaria con el paciente es decir, el paciente debe asistir donde un solo médico, planificar citas regulares, explorar la zona de dolor, guiarse por los síntomas, evitar tratamientos innecesarios, el terapeuta debe transmitirle seguridad y tranquilidad, así mismo realizar intervenciones psicológicas incluyendo relajaciones, practica de resolución de problemas, en educación, en factores socioeconómicos, culturales y por último, fomentar habilidades de afrontamiento que le permitan a la persona una evolución.

Otro concepto importante relacionado con el trastorno de somatización y que va a permitir el desarrollo de esta investigación es *la disfunción comportamental*, definida por García (2006) como el funcionamiento desadaptativo a nivel comportamental es decir, la inflexibilidad en la persona de acuerdo con la manera de comportarse, de sentirse, de pensar, generando malestar en el mismo y en los demás. Según Ortiz y Erazo (2005) la disfunción comportamental está asociada con náuseas y vómitos, dificultad para tragar, dolor en brazos y piernas, respiración superficial, amnesia y

complicaciones en embarazo y menstruación, también quejas frecuentes del paciente reportando que ha estado enfermo la mayor parte de su vida.

Por su parte Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez (2002) determinan aspectos importantes asociados a la disfunción comportamental como lo es la *disfunción social*, que se refiere a circunstancias negativas o problemas en relaciones sociales que las personas tienen con otro ser significativo de su medio social, ya sea entre parejas, amigos, compañeros de trabajo, con la familia, en organizaciones, en otros. También afirman que existen tres tipos de disfunción social: emocional, instrumental, e informacional; el primero que se refiere a aspectos como el apego, el cuidado y la preocupación; el instrumental asociado a la prestación de ayuda o asistencia material; y por último el informacional que implica consejo o guía entre una relación social.

Matud et al. (2002), en su investigación realizada con 2169 personas adultas de ambos sexos, señalan que las puntuaciones en las escalas del GHQ 28 de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave se correlacionan con un bajo apoyo social, asociado con relaciones interpersonales. Siendo más bajo en hombres que en mujeres debido a que las mujeres cuentan con más apoyo social, no obstante los hombres casados y profesionales también cuentan con grandes relaciones interpersonales.

A su vez en un estudio realizado por Matud (2004) con 2583 mujeres españolas entre 18 y 65 años de edad, se encontró que las mujeres con más confianza en sí mismas y las que se valoran de forma positiva tienen mejor salud, y muestran menos síntomas depresivos, de ansiedad, somáticos y de disfunción social. Así mismo señala, que factores como estudios universitarios culminados, altos cargos laborales y menos hijos, están asociados con mujeres con alta autoestima que demuestran afrontamientos racionales y menos emocionales en situaciones que se requieran. Lo que demuestra la relación entre una salud integral sana con comportamientos psicosociales positivos.

Por último siguiendo con la línea investigativa Aguilera y Matud (2009) en su investigación de roles sexuales y salud mental en España, realizada con 337 personas con edades entre los 17 y 74 años de ambos sexos, encontraron que:

Las diferencias entre mujeres y hombres en sintomatología de salud mental mostró que se daban diferencias estadísticamente significativas en sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, teniendo las mujeres puntuaciones medias más altas que los hombres. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología depresiva ni en disfunción social. Dichas diferencias coinciden con las obtenidas en la muestra de mujeres al analizar las diferencias en salud mental en función de los roles sexuales. Ello indica la relevancia que los roles sexuales pueden tener en las diferencias de género en salud mental (p.53).

### **Autoestima**

En favor del fortalecimiento teórico de esta investigación se tratará variable autoestima. Según Brenden (1992), la autoestima es una conmoción de etiología afectiva que supone bienestar en diferentes áreas de la vida, esta sensación tiene un origen en los esquemas cognitivos, es un determinante importante de las formas cómo se concibe la vida y la manera cómo se relaciona con los otros.

Además, Orduña (2003), la autoestima se refiere a cómo el sujeto se ve a sí mismo. Esto, determina la confianza y el respeto que la persona se tiene, dándose la posibilidad de valorar que tan apto es para la vida y que tan capaz es de enfrentarse a las problemáticas que se le presentan..

Para Yagosesky (1998), la autoestima es un elemento que complejiza de forma óptima la capacidad autovalorativa de las personas. Afecta de forma significativa tanto procesos biológicos como sociales. Las autoestimas fuertes dan cuenta de sujetos sanos y productivos, por el contrario las débiles, se refieren a personas poco productivas y con diversas dificultades a nivel de salud.

Según Bermúdez (2004), la autoestima es la evaluación que efectúa el individuo en referencia a su yo, en donde expresa una actitud de aprobación o desaprobación haciendo así una legitimación de todo lo que implica la construcción de diversos aspectos de la personalidad del individuo como: su afecto, eficacia, libertad, conciencia y representación. La manera como la autoestima se legitima es la forma cómo se construirán los demás autos que constituyen la estructura cognitiva de las personas.

La autoestima está fuertemente implicada en el establecimiento de esquemas y representaciones que dan cuenta de la importancia del reconocimiento propio y la construcción de una mirada adaptativa sobre los problemas que se presentan en la vida, traduciendo esto último a la praxis cotidiana, las personas con autoestima tienden a ser más autoeficaces, independientes, autónomos y asertivos (Maurus, 2002).

Dentro de las bases teóricas de la autoestima, existe una tipificación denominada autoestima media, la cual se refiere a la construcción de la autoimagen, en consideración



con las expectativas que tiene la persona respecto a desenvolverse en determinado contexto (bien sea en un escenario personal, social o laboral).

Sin embargo, la autoestima baja caracteriza a personas con un afecto negativo, son personas con un esquema distorsionado con relación a los de la población promedio, su inseguridad los lleva siempre a pensar que no son merecedores de ningún mérito o tipo de gratificación. Un fuerte factor de riesgo en este perfil, es la presencia de algún evento en el pasado que ha llevado a la persona a creer que es incapaz de hacer algo por sí mismas, generando así dependencias afectivas (bien sea con familia primaria, relaciones afectivas o con pares) que en el peor de los casos lo pueden llevar a estar completamente desmotivado con el entorno y no querer hacer nada por sí solo (Bermúdez, 2004).

Orduña (2003) señala que “la autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio a lo largo de toda la vida” (p. 8). Es en este punto en donde disciplinas como la psicología juegan un papel fundamental, la información sobre qué tan alta es la tasa de autoestima baja en las personas, así como el desarrollo de estrategias de intervención, son resultados que solo obtienen a través de la investigación y el progreso teórico – práctico de las ciencias de la salud.

Para efectos de esta investigación se consideró importante presentar algunas de las características de los rasgos de las personas que poseen una autoestima alta, así como también sobre las tipificaciones de quienes tienen una autoestima baja. Todas las descripciones expuestas a continuación, fueron elaboradas por Orduña (2003).

Las personas con rasgos de **autoestima alta**, se caracterizan principalmente por: sentimientos de satisfacción consigo mismas, aceptación con respecto a todas sus virtudes y defectos, las restricciones no disminuyen su valor como personas, se sienten estimadas por lo que son e integran la importancia del autocuidado, aceptan y valoran a los demás por lo que son, no hay tendencias de mostrarse superior a otras personas o ideas de superioridad, su actitud y lenguaje no verbal, dan cuenta de lo satisfechos que están con vivir y lo mucho que lo disfrutan, hay un sentido de vida, serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantienen una relación de

empatía con los hechos, relaciones de sana dependencia y comunicación asertiva con el otro (Orduña, 2003).

Por el contrario, los sujetos con **autoestima baja**, se caracterizan por presentar apreciaciones de autoevaluación y de autovaloración negativa, altos manejos de culpa, una fuerte tendencia hacia la autocrítica lo que los mantiene en un estado de insatisfacción permanente. Como no hay una representación de la autovaloración, sienten que nadie está en la capacidad de quererles, creen que no tienen virtudes por las cuales sentirse orgulloso, exageran sus defectos, tienen dificultad para sentir empatía con el otro, por tanto son prominentes a querer que los demás se adapten a sus necesidades, necesitan llamar la atención, y sentirse valorados y apoyados por los demás, por lo que presentan una dependencia patológica (Orduña, 2003).

Para los investigadores es importante encontrar en la revisión teórica como se relaciona la depresión con la autoestima, no para reafirmar la hipótesis que confirma la evidente relación entre estos dos tópicos, sino para articular estos dos tópicos con el propósito de fortalecer el ejercicio investigativo.

Según Brown, Harris y Hepworth (1995) el 85% de mujeres que desarrollaron la depresión a causa del diagnóstico de una enfermedad, manifestaban algún trastorno depresivo debido los niveles de baja autoestima y la falta de apoyo social (Ministerio de Salud Chile, 2009)

Por su parte, Góngora y Casullo (2009) desarrollaron un estudio comparativo de 60 personas con diagnóstico de enfermedad y 60 personas de población general sobre los niveles de ansiedad y los estados de ánimo relacionados con la autoestima; los resultados encontrados indican que un 97.7% de la muestra total, posee niveles altos de ansiedad y un 83.5% de la misma tiene depresión alta o baja. Sin embargo, a la hora de articular la autoestima en tales hallazgos, notaron que el desarrollo positivo de dicha variable fomentaba a la inteligencia emocional, por lo cual las expectativas con respecto al mejoramiento de estos trastornos era optimista.

Además, Canto y Castro (2004) en su estudio sobre la relación de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en la tercera edad, encontraron que existe la

probabilidad de que a mayor nivel de autoestima menor depresión y a mayor autoestima mayor era el nivel de ansiedad y por consiguiente mayor es la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.

Sin embargo, cabe resaltar que la importancia del estudio de la autoestima, según Mruk (1999) SE DEBE a que esta variable es un factor de protección para el mejoramiento de los procesos de salud mental. ES una de las principales causas de algún tipo de trastorno (comúnmente las psicopatologías desarrolladas por una baja autoestima están enmarcadas en lo que refiere a estados de ánimo o padecimientos de ansiedad), un esencial factor para la posible aparición de alguna enfermedad mental y/o la herramienta fundamental por la cual se debe hacer el plan de intervención, bien sea a favor de un proceso preventivo o de tratamiento.

### **Estudios de salud general y autoestima**

Después de haber hecho una revisión de estudios en bases de datos como: PubLImed, Redalyc, Psycodoc, Pepsic, entre otras, no se encontró en Colombia estudios que evalúen la salud general y la autoestima en jóvenes entre 18 y 25 años de edad. Es así, como existen estudios que miden estas variables pero en otras muestras como por ejemplo autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes (Alonso et al., 2007), trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes (Moreno y Ortiz, 2009), la relación del rendimiento académico con las aptitudes mentales, salud mental, autoestima y relaciones de amistad en jóvenes universitarios (Palacio, Martínez, Ochoa y Tirado, 2006).

### **Justificación**

El presente estudio, tiene como objetivo evaluar las relaciones entre salud general y autoestima en estudiantes universitarios. Esta Investigación, estudio busca examinar un tema o un problema de investigación poco estudiado, o que no ha sido abordado antes en Colombia.

Se considera importante realizar la presente investigación porque se espera que los resultados que se pretenden hallar sean un primer acercamiento del tipo de relación que tiene la salud general con la autoestima en sujetos de adultez temprana. Dicha población fue seleccionada debido a que en la ciudad de Bogotá no existen investigaciones que articulen de forma puntual la variable salud general con autoestima.

Se afirma que nunca se ha trabajado esta relación de esta forma porque la definición teórica de salud general es basada en el instrumento GHQ-28 (Goldberg, 1972) en cuya estructura trabaja la mencionada variable bajo las dimensiones de: ansiedad, depresión, somatización y disfunción social. Esta prueba además de no estar estandarizada en población Colombiana, nunca se ha usado en sujetos de este país, luego se resalta lo que podría ser una oportunidad para realizar aportes desde una propuesta psicotécnica nunca antes utilizada.

Dentro de la revisión teórica que compete a los aportes teóricos que podrían tener una relación con el objetivo del presente estudio, se hallaron investigaciones que desde sus hallazgos permiten generar la oportunidad de desarrollar el presente estudio.

Camargo et al (2009) en su estudio correlacional sobre habilidades sociales, asertividad y autoestima en 153 estudiantes de todos los programas adscritos a la facultad de ciencias de una Universidad en Santa Marta, encontró que existe una relación positiva directamente proporcional entre autoestima y asertividad. Es decir, ante mayor nivel de autoestima mayor asertividad.

Es importante tener en cuenta lo relevante que es el estudio de trastorno de depresión en el ejercicio investigativo. Esto para dar cuenta de cuan amplio es el tópico y el largo trabajo que hay por hacer, aun cuando del mismo se ha elaborado bastante.

Asimismo, se encuentra el de Gómez, Sánchez, Valencia y Franco (2005) quienes realizaron un estudio que pretendía hallar la prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín, con una muestra de 183 sujetos. El estudio, se enfocó en estudiantes universitarios, debido a que el entrar a la Universidad y lograr culminar los estudios de educación superior exigían en los estudiantes un mayor compromiso y por tanto mayor esfuerzo tanto mental como físico, lo cual lleva a pensar que el riesgo de adquirir algún trastorno de ansiedad es alto. Desde los resultados se encontró que el 1.2% de los estudiantes presenta ansiedad severa, un 12.9% moderada, otro 40.6% leve, y un 45.3% normal. Las situaciones más estresantes reportadas fueron: los exámenes 81.4%, los problemas familiares 45.4%, los problemas con el novio/esposo o novia/esposa (35.05%) y los problemas económicos 27.9%.

Por su parte, Ancer et al (2011) en su investigación de tipo correlacional sobre el estrés y los niveles de autoestima, medidos por la escala de Rosenberg, (mismo instrumento a usar en esta investigación) en 219 estudiantes de una Universidad privada del área metropolitana de Monterey, encontró que existe una presencia correlacional negativa entre estrés y autoestima.

Si bien las dos investigaciones mencionadas relacionan respectivamente unas de las variables que conforman la categoría de salud general con autoestima desarrollan cada variable sin tomar en consideración el resto de dimensiones que este estudio ha planteado. Estos resultados, muestran el producto que desde el trabajo investigativo con población universitaria bajo la relación de autoestima y el desarrollo de estrés y asertividad, variables que tiene similitud con la ansiedad y la disfunción social, dimensiones de la salud general se pueden llegar a obtener.

Las inclusión de dimensiones como ansiedad y depresión son relevantes en este estudio, no solo por la estructuración teórica del instrumento que así lo sugiere sino porque a través de la revisión teórica se han encontrado relaciones entre la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad en población universitaria.

Como lo estipulan Balanza, Morales y Guerrero (2009) en su estudio sobre prevalencia de ansiedad y depresión en 700 estudiantes universitarios de Madrid. El

instrumento usado fue la escala de ansiedad y depresión de Goldberg y los hallazgos de postulan que el 47.1% de la muestra sufrían trastornos de ansiedad, mientras que el 55,6% padecían trastornos depresivos. Además en esta investigación se hizo una relación con las variables: factores académicos y sociofamiliares asociados, afirmando que los sujetos con condiciones sociodemográficas inadecuadas y situaciones académicas difíciles tendía a obtener puntajes bajos en el instrumento. En esta investigación también se concluyó que el sexo femenino tenía más riesgos de poseer ambos trastornos.

Considerando el número de la muestra y el alto nivel de prevalencia en ambas variables se considera más que relevante establecer una relación entre estas y autoestima; pero simultáneamente integrarlas a través de un instrumento con las variables de disfunción social y somatización bajo la categoría de salud general.

Es necesario indagar también sobre el trastorno de somatización ya que está asociado a síntomas y trastornos como la depresión, la ansiedad, el malestar psicológico, y el malestar social, los cuales son de gran interés en la presente investigación. De acuerdo con la línea de investigación en Colombia solo fue posible encontrar un estudio realizado por Torres (2000), donde se encontró que la prevalencia del trastorno de somatización en Colombia es del 4.9% de la muestra (1067 personas mayores de 12 años), además se evidenció que el sexo femenino presento más prevalencia en trastorno de somatización que el sexo masculino, no obstante no se precisó la correlación que existe entre cada una de las variables que dirigen esta investigación ni tampoco un estudio realizado con jóvenes.

Finalmente, lo que se podría alcanzar con los resultados de esta investigación es: a) un primer acercamiento sobre el trabajo de la salud general bajo las dimensiones que sugiere el instrumento, b) analizar la pertinencia y validez de una prueba que por primera vez será usada en el escenario Colombiano, c) corroborar si los aportes teóricos aquí mencionados concuerdan con lo que se encontrará en este estudio, d) relacionar desde el estudio clínico unas variables que nunca antes han sido trabajadas en el país en esta población .

### **Pregunta de Investigación**

Con base en la revisión teórica planteada se ha formulado la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son las relaciones entre Salud General y autoestima en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura de Bogotá?

### **Variables**

#### **Definición conceptual**

**Salud:** “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad” (Salleras 1985 citado por Aguilera 2001). En este estudio la componen cuatro factores como:

**Depresión:** Son cambios del estado de ánimo. Este trastorno altera de forma significativa diferentes áreas de la persona; su salud física, su conducta, sus pensamientos y sentimientos también están implicados en el desarrollo del estado depresivo (Thompson, 2002).

**Ansiedad:** “La ansiedad conceptualizada como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños” (Chua y Dolan , 2000, p. 21).

**Somatización:** “Desde un modo genérico el término se refiere a una queja física, que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente” (López y Belloch, 2002, p.73).

**Disfunción social:** Se refiere a circunstancias negativas o problemas en relaciones sociales que las personas tienen con otro ser significativo de su medio social, ya sea entre parejas, amigos, compañeros de trabajo, con la familia, en organizaciones, entre otros (Matud et al., 2002).

**Autoestima:** “Actitud global, favorable o desfavorable, que el individuo tiene hacia sí mismo” (Rosenberg, 1965).

### **Definición Operacional**

En la presente investigación se medirá la salud general y la autoestima, la primera será medida por medio de un instrumento denominado GHQ-28, Escala de Salud General, (Goldberg, 1972), esta escala medirá la depresión, ansiedad, somatización y disfunción comportamental.

La autoestima se medirá por medio de la Escala de Autoestima EAR (Rosenberg, 1965). Estos dos instrumentos serán aplicados a estudiantes universitarios de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá.



## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Evaluar las relaciones entre salud general y autoestima en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir los niveles de ansiedad en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.
2. Describir los niveles de depresión en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.
3. Describir los niveles de somatización en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.
4. Describir los niveles de disfunción social en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.
5. Describir los niveles de autoestima en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.
6. Establecer las relaciones entre ansiedad, depresión, somatización, disfunción social y autoestima en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.

## Método

### Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional de corte transversal porque implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo, además es un diseño descriptivo debido a que se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Así mismo es un estudio correlacional porque midió el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, y finalmente de tipo encuesta ya que se buscó recaudar datos por medio de un cuestionario (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Participantes

Se contó con la participación de 42 estudiantes universitarios entre 18 y 25 años de edad de una universidad de Bogotá. Como criterios de inclusión se consideró la participación voluntaria en el estudio de los jóvenes y que fueran jóvenes universitarios de una universidad de Bogotá.

### Instrumentos

**Escala de Salud General, GHQ-28 (Goldberg, 1972):** Esta escala permite medir el grado de salud general o la salud auto percibida. Este instrumento se ha constituido como una herramienta importante de screening en investigaciones epidemiológicas de tipo psiquiátrico. Sus diferentes versiones han sido traducidas alrededor de treinta y seis idiomas y ha sido empleada en más de cincuenta estudios con fines de validación, en una investigación realizada por Pérez, Lozano y Rojas (2010) la prueba obtuvo un alfa de Cronbach en la sub escala de ansiedad e insomnio de 0,859 en síntomas somáticos 0,826 en la subescala de disfunción social de 0.862, en la de depresión 0,834 y en el total de la prueba 0,938, Como su nombre lo indica consta de 28 ítems, en un formato de respuestas tipo Likert que va de 0 a 3 puntos. Comprende cuatro dimensiones cada una con siete ítems: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión severa. La salud mental es más disminuida en la medida que aumentan las puntuaciones dentro de la escala. Ver Apéndice A.

**Escala de Autoestima EAR (Rosenberg, 1965):** Se utilizará la versión de Chile de la escala de autoestima. (Barahona, ZegersyFörster, 2009). En una investigación realizada por Manso-Pinto (2010) la prueba tuvo un alfa de Cronbach de 0,83. La escala EAR consta de 10 ítems, en un formato de respuestas tipo Likert de 4 puntos que va de 1 (“muy en desacuerdo”) a 4 puntos (“muy de acuerdo”). Cinco de los ítems están redactados en forma positiva (1, 2, 4, 6 y 7) y los otros cinco en forma negativa (3, 5, 8, 9 y 10), los cuáles son invertidos. La puntuación total de la escala tiene un rango que oscila entre 10 a 40 puntos, valores cercanos a 10 puntos indican baja autoestima y valores próximos a 40 puntos indican más alta autoestima. Ver Apéndice B.

### **Procedimiento**

Fase I. Se pidieron los permisos correspondientes a los representantes legales de las Facultades de Psicología y de Ingeniería Aeronáutica de la Universidad de San Buenaventura Bogotá.

Fase II. Se dio la información pertinente sobre el propósito del estudio a los participantes, y se les suministró el consentimiento informado que fueron firmados previamente a la aplicación de las pruebas.

Fase III. Se aplicaron los instrumentos psicométricos, de manera virtual, donde se asignaron unas salas de informática para dicha actividad, esta aplicación se realizó en grupos de aproximadamente 10 personas con la presencia de un encargado de la investigación y se realizó la ficha de datos sociodemográficos, también se recolectó la información en una base de datos estadísticos y por último el análisis de los resultados se hizo mediante el uso de la herramienta estadística SPSS. Se realizaron análisis descriptivos, y análisis de correlación entre las variables salud general y autoestima.

### **Consideraciones éticas**

En primera instancia se les suministró a los estudiantes un formato de consentimiento en el cual se les informó en qué consistía la prueba y su aplicación. Una vez informados y de acuerdo con el procedimiento de la prueba participaron en ella. La identidad de los participantes estuvo bajo confidencialidad y todos los resultados fueron

## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

retroalimentados a la Universidad. El trabajo empleado junto a los resultados de esta investigación fueron cuidadosamente mantenidos bajo el acuerdo del plantel educativo y el equipo investigativo, la revisión de los datos solo fue bajo la aprobación de la Universidad y el equipo de investigación implicados (Ministerio de la Protección Social, 2006). Ver Apéndice C.

## Resultados

El análisis de los resultados se hizo mediante el uso de la herramienta estadística SPSS. Se realizaron análisis descriptivos, y análisis de correlación entre las variables salud general y autoestima.

### Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

**Tabla 1. Descripción de la variable sociodemográfica**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	42	100%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	42	100%
<b>Edad</b>		
Dieciocho	5	11.9%
Diecinueve	7	16.7%
Veinte	10	23.8%
Veintiuno	9	21.4%
Veintidós	2	4.8%
Veintitrés	7	16.7%
Veinticuatro	2	4.8%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Con quien vive</b>		
Solo	3	7.1%
Con familia	36	85.7%
Con amigos	3	7.1%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Ocupación</b>		
Hogar y Estudio	2	4.8%
Estudiante	37	88.1%
Trabaja y Estudia	3	7.1%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Medio (2 y 4)	36	85.7%
Alto (5 y 6)	6	14.3%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Nivel de estudios</b>		
II	8	19.0%
III	3	7.1%
IV	1	2.4%
VI	3	7.1%
VII	10	23.8%

## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

VIII	4	9.5%
IX	10	23.8%
X	3	7.1%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Sistema de salud</b>		
EPS	33	78.6%
Medicina prepagada	7	16.7%
Particular/Privada	2	4.8%
<b>Total</b>	42	100%
<b>Tipo de enfermedad</b>		
Sinusitis y gastritis	1	2.4%
Epilepsia	1	2.4%
Migraña	2	4.8%
Acné	1	2.4%
Hipertermia maligna	1	2.4%
Total	6	14.3%
Sin diagnóstico	36	85.7%
<b>Total</b>	42	100%

En la presente investigación participaron 42 hombres que corresponden al 100% de la muestra, de la facultad de Ingeniería Aeronáutica de la Universidad San Buenaventura, Bogotá, en cuanto al estado civil de los participantes de la investigación, el 100% de la población reportan que se encuentran actualmente solteros. Los participantes de la investigación tienen una edad media de 20,6 años, una desviación estándar de 1,7 y una mediana de 20. cinco estudiantes que corresponden al 11,9% de la muestra del estudio reportan tener 18 años, siete estudiantes que corresponden al 16,7% reportan tener 19 años, diez estudiantes que corresponde al 23,8% de la muestra del estudio, reportan tener 20 años, nueve estudiantes que corresponde al 21,4% de la muestra del estudio, reportan que tienen 21 años, dos estudiantes que corresponden al 4,8% de la muestra del estudio, reportan que tienen 22 años, siete estudiantes que corresponden al 16,7% de la muestra del estudio, reportan que tienen 23 años y por ultimo dos estudiantes que corresponden al 4,8% de la muestra del estudio, reportan que tienen 24 años.

Los estudiantes viven solos y también 3 viven en compañía de amigos, estos corresponden al 7,1% de la muestra del estudio respectivamente, así mismo 36

estudiantes reportan que viven en compañía de la familia y corresponden al 85,7% de la muestra del estudio. Por otro lado 37 estudiantes que corresponden al 88,1% de la muestra del estudio reportan que se dedican únicamente a estudiar, mientras que 2, quienes corresponden al 4,8% de la muestra del estudio, reportan que aparte de estudiar también se dedican a labores del hogar, y 3 estudiantes que corresponden al 7,1% tienen como ocupación trabajar y estudiar. La variable sociodemográfica estrato socioeconómico donde el 85,7% (n=36) pertenecen a un estrato socio económico medio y el 14,3%(n=6) de la muestra del estudio pertenecen a un estrato socio económico alto.

En cuanto a la variable sociodemográfica nivel de estudios el 19% (n=8) pertenecen al II nivel, el 7,1% (n=3) pertenecen a III nivel, el 2,4% (n=1) pertenece a IV nivel, 7,1% (n=3) pertenecen a VI nivel, 23,8% (n=10) pertenecen a VII nivel, 9,5% (n=4) pertenecen a VIII nivel, 23,8% (n=10) pertenecen a IX nivel y 7,1% (n=3) pertenecen a X nivel del programa académico de ingeniería aeronáutica. En cuanto al sistema de salud adscrito el 78.6% (n=33) reportan tener EPS, el 16.7% (n=7) tienen medicina prepagada y solo el 4.8% (n=2) pertenecen a un sistema particular o privado. Por otro lado la variable tipo de enfermedad donde 36 participantes que corresponden al 85,7% no tienen ningún diagnóstico de enfermedad, pero 6 (14,3%) estudiantes tienen diferentes diagnósticos de enfermedad 1 (2,4%) reporta sinusitis y gastritis, 1 (2,4%) reporta epilepsia, 2 (4,8%) reporta migraña, 1 (2,4%) reporta acné y 1 (2,4%) reporta hipertermia maligna.

### **Análisis descriptivo de las variables psicológicas del estudio**

En la tabla 2 se presentan los análisis descriptivos de cada una de las variables que comprendió el estudio y el Alfa de Cronbach de las diferentes dimensiones de los instrumentos empleados.

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos y Alfa de Cronbach de las variables salud general y autoestima**

	Media	Mediana	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	Alfa
<b>Salud General GHQ-28</b>						
Síntomas somáticos	1.36	0.50	1.94	0	7	0.85

## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

Ansiedad e insomnio	1.29	1.00	1.27	0	5	0.55
Disfunción social	1.14	0.00	1.56	0	5	0.74
Depresión	0.45	0.00	0.94	0	4	0.76
GHQ-28 total	4.24	2.50	4.53	0	19	0.88
<b>Autoestima – EAR</b>	34.00	34.00	3.59	26	40	0.71

En la tabla 2 se puede observar los puntajes de autoestima más alto es de 40, la mínima es de 26 y la media es de 34, esto quiere decir que los estudiantes de ingeniería aeronáutica, tienen autoestima alta, tomando como base la media total de la prueba. En cuanto a la salud general total los estudiantes tienen una media de 4.24, en síntomas somáticos la media es de 1.36, en ansiedad e insomnio es de 1.29, en disfunción social es de 1.12 y en depresión es de 0,45, indicando bajos niveles, es decir, ausencia de síntomas. En cuanto al Alfa de Cronbach se encuentran niveles superiores a 0.70. A excepción de la dimensión de salud general ansiedad e insomnio que se encuentra con un valor crítico ya que se encuentra por debajo de 0.70.

### Análisis correlacional de las variables psicológicas del estudio

En la tabla 3 se presenta el análisis de correlación donde se empleó el coeficiente de correlación de Pearson (r).

**Tabla 3.**

#### *Análisis de correlación de Pearson de las variables del estudio*

	Síntomas somáticos	Ansiedad e insomnio	Depresión	Disfunción social	GHQ-28 total	Autoestima EAR
Síntomas somáticos	1	.403**	.457**	.534**	.819**	-0.235
Ansiedad e insomnio		1	.377*	.582**	.731**	-0.085
Depresión			1	.604**	.717**	-.584**
Disfunción social				1	.861**	-.472**
GHQ-28 total					1	-.408**
Autoestima – EAR						1

**Nota:** \*\* $p < .01$ , dos colas.

\* $p < .05$ , dos colas.

En cuanto a los análisis de correlación se encontró correlaciones moderadas y negativas entre autoestima con depresión, disfunción social y salud general del cuestionario GHQ-28. Por otro lado, no se encontraron correlaciones entre autoestima



## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

con las otras dimensiones del cuestionario de salud general (GHQ-28) como son síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. Estos datos muestran una correlación significativa entre autoestima alta y buena salud general.

### **Discusión**

La presente investigación pretendió Evaluar las relaciones entre salud general y autoestima en estudiantes de ingeniería aeronáutica de 18 y 25 años de edad que asisten a una institución de educación superior en la ciudad de Bogotá - Colombia, propósito que se logró puesto que los hallazgos encontrados soportados por la revisión teórica y empírica permiten establecer que hay una correlación inversa entre autoestima y salud en general.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, el 85.7% de la muestra según el autorreporte no presenta ninguna molestia física que afecte su salud general y el promedio en los niveles de autoestima es de 34/40.

Estos datos, muestran una correlación significativa entre autoestima alta y buena salud general. De esta forma, los estudiantes universitarios de un programa de Ingeniería Aeronáutica de la ciudad de Bogotá presentan un estado de salud general positivo en tanto que el grado de su autoestima es alto y los niveles de depresión, disfunción social, ansiedad y somatización son bajos.

Los datos encontrados en la presente investigación referencian también que: a) la depresión afecta negativamente los niveles de autoestima con un puntaje de  $-.584$ , b) La correlación entre disfunción social y autoestima obtenida fue de  $-.472$ , lo cual muestra que los sujetos con disfunción social baja tienden a poseer bajos niveles de autoestima y c) la depresión y la disfunción social obtuvieron una correlación de  $.604$ , luego estas variables son tendientes a disminuir los niveles de autoestima y afectar la salud general.

Adicionalmente, los resultados evidenciaron que la muestra obtuvo puntajes altos en autoestima y puntajes bajos en ansiedad, depresión disfunción social y somatización. Simultáneamente, se encontró una relación inversa entre autoestima y sintomatología de salud general, lo que corrobora lo señalado por Yagoesky (1998) quien afirma que las personas con mayores niveles de autoestima son sanas y productivas, por el contrario, los bajos niveles de autoestima refieren a personas poco productivas y con diversas dificultades a nivel de salud.

La relación inversa presentada entre autoestima y salud general es comprobada por Alonso et al. (2007) Quienes en su investigación sobre Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte sede Barranquilla encontraron que los sujetos con bajos niveles de autoestima no solo presentaban problemas a nivel de interacción social sino también relaciones conflictivas y tendencia hacia conductas de riesgo, lo cual les generaría afectaciones en su salud general.

Además de identificar la relación existente entre autoestima y salud general, esta investigación también pretendió describir los niveles de depresión, somatización y disfunción social con el fin de poder relacionarlos con la autoestima. Pero a pesar de no hallar niveles altos en ninguna de estas variables, se pudo encontrar que la ausencia de estos síntomas confirma, a través de una correlación significativa, los altos puntajes de autoestima que presentó la muestra estudiada.

Lo anterior es coherente con lo encontrado en la investigación realizada por Frank y De Raedt (2007) sobre la autoestima y la depresión de pacientes a nivel general de un hospital de Gante, Bélgica, la que encontró que existe una relación inversa entre el grado de autoestima y presencia de depresión, debido a que los niveles de autoestima pueden ser un factor de predicción sobre la ausencia o presencia de un cuadro depresivo en los pacientes. Demostrando que la autoestima inestable o baja está relacionada significativamente con la depresión o la tendencia a poseerla.

Esto también es comprobado por Ni et al (2010), cuya investigación tipo caso - control sobre los factores individuales, la salud mental y la autoestima en estudiantes de enfermería. Este estudio conto con una población de 515 sujetos, escogidos aleatoriamente en Colegios y Universidades en Xi'án - China. El total de los participantes fueron divididos en grupos de 100 según los puntajes altos y bajos obtenidos en el cuestionario Symton Checklist 90, de esta forma se desarrollaron estudios de caso – control. Los resultados de esta investigación, revelan que las implicaciones de poseer una mayor autoestima son una mejor recuperación en los problema físicos y adicionalmente la adquisición de factores de afrontamiento

adecuados. Estos resultados, permiten demostrar que la autoestima no solo es determinante para la ausencia de la somatización sino para su mejoramiento.

También, Kinnunen, L, Felt, Kinnunen, U & Pulkkinen (2008) en su estudio transversal sobre la relación entre el apoyo social, la autoestima y somatización en la adultez, realizado en Finlandia, encontraron que los adultos de 36 años con apoyo social a los 42 años eran personas con altos niveles de autoestima y los bajos niveles de somatización a los 36 años predecían niveles altos de autoestima a los 42 años. Esta investigación permite comprobar que los bajos niveles hallados en disfunción social son el resultado de los altos niveles de autoestima en la población y que de seguir en las mismas condiciones, las relaciones de la persona serán de naturaleza constructiva, fomentarán el crecimiento personal y disminuirán las conductas que puedan representar riesgo.

De acuerdo con los resultados de esta investigación el 85.7% de la muestra no tiene ningún problema en salud y el promedio de los niveles de autoestima es de 34/40 en el instrumento. Con estos datos se puede ver que la relación entre salud general y autoestima, además de ser moderada, es inversa, lo cual permite conformar que los estudiantes universitarios de un programa de ingeniería aeronáutica de la ciudad de Bogotá no poseen somatización en tanto sea alta su autoestima.

Los resultados hallados en esta muestra en particular son similares también a los encontrados en la investigación de Gruhan, Ozbas, Ugurlu, Dogan & Kabatas (2012) sobre la descripción de los niveles de autoestima y su correlación con trastornos psicológicos en estudiantes de ciencias de la salud en una Universidad de Ankara, Turquía. Las evidencias del estudio refieren lo siguiente:

Los resultados mostraron que los estudiantes tienen altas puntuaciones de autoestima y baja sintomatología de trastorno obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo. Se recomienda implementar programas orientados al desarrollo de la autoestima en la época de la educación superior (p. 2237).

Estos hallazgos describen que la autoestima no solo interactúa con la salud desde lo físico sino también desde lo psicológico. Se conoce que la autoestima es producto de la experiencia del sujeto, es decir, se adquiere durante su desarrollo, y sus bajos niveles se manifiestan a través de diferentes trastornos (Orduña, 2003). Además estos resultados concuerdan con los encontrados en la presente investigación.

Con referencia a la variable ansiedad, aunque no se obtuvo una relación inversa, es importante mencionar los estudios de Fickova,1999; Garaigordobil *et al.*, 2003; Newbegin y Owens,1996; Yang, 2002 Citados en Garaigordobil, Durá y Pérez (2005), quienes mencionan relaciones inversas entre autoestima y ansiedad, sugiriendo que los adolescentes con alta autoestima muestran bajos niveles de ansiedad estado-rasgo.

Es importante y relevante mencionar los aportes que la presente investigación le otorga a la Psicología. El encontrar que la autoestima presenta una relación inversa en la salud general permite establecer la importancia de poseer un concepto integral sobre las problemáticas de un consultante. Es decir, resulta fundamental concebir la salud (tanto física como mental) de la persona como una consecuencia derivada de la dinámica de las diferentes áreas de la vida, en este caso en particular, tener presente que al fomentar el aumento de los niveles de autoestima se predice una disminución en la sintomatología y por ende el mejoramiento de la salud general.

“Aparte de los problemas de origen biológico, no se conoce una sola dificultad psicológica –desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación de menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos, que no se atribuye a una estima deficiente (Steiner, 2005, p. 20).”

Los niveles altos de autoestima permiten que la persona tenga una buena salud y que sus esquemas cognitivos reflejen un aprendizaje óptimo, sincronizado con la realidad, afianzado por el reconocimiento del yo y reafirmado por la relación con el otro (Mruk, 1999). Tener presente estos principios es fundamental tanto para el trato que se

le da al consultante en psicoterapia como para prevenir posibles inconvenientes de salud.

Ahora bien, así como es importante resaltar los aportes es fundamental del mismo modo mencionar las limitaciones, de esta forma, un futuro ejercicio con este tema o uno similar, permitiría tratar de mejor forma algunas variables que pueden afectar los resultados.

Con relación al procedimiento y su ejecución se puede hacer mención a la presentación de algunas variables extrañas que dificultaron su cumplimiento, y el no haber encontrado una correlación entre ansiedad y autoestima. Como por ejemplo, la falta de un espacio que pudiera satisfacer los requerimientos necesarios para una óptima aplicación, las modificaciones de las fechas por las obligaciones académicas de los estudiantes.

Así mismo, el instrumento usado para dar cumplimiento del objetivo general no se encuentra estandarizado en Colombia, lo cual implica que su estructura podría no tener algunas consideraciones sociodemográficas propias del país, variables que son importantes para establecer un alto nivel en la validez y confiabilidad de los datos entregados por la prueba.

Por su parte, el tamaño de la muestra, se menciona esto como limitación debido a que se había planeado trabajar con una muestra de 100 sujetos. Sin embargo solo se pudo convocar un total de 42, debido a que hubo una mortalidad de la muestra de 58%, esta variable extraña no permitió hacer una generalización de los resultados.

Una vez terminadas las limitaciones se concluye que el estudio de esta correlación en estudiantes universitarios en Bogotá permite establecer una aproximación empírica sobre la relación que tiene la autoestima con la sintomatología de salud general. Los resultados llevan a señalar que los trabajos terapéuticos hechos con esta población deben ser encaminados al mantenimiento de una estima eficiente que no solo permita el goce de una buena salud sino de las competencias óptimas que debe tener un sujeto en este ciclo vital para relacionarse con los demás y reconocerse así mismo.

### Referencias

- Acevedo, G. Martínez, G. & Estario, J. (2007). *Manual de salud pública*. Argentina: Ed. Encuentro grupo editor.
- Aguilera, L. & Matud, M. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32(1), 53-58.
- Alberdi, J. Taboda, O. Castro, C. & Vásquez, C. (2006). Depresión: Médicos especialistas en Psiquiatría. Servicio de psiquiatría. “Juan Canalejo”. *Guías Clínicas*, 6(11).
- Alonso, L. Murcia, G. Murcia, J. Herrera, D. Gómez, D. Comas, M. & Ariza, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*, 23(1), 32-42.
- Amézquita, M. González, R. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida. *Revista colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Ancer, L. Meza, C. Pompa, E. Torres, F. & Hernández, R. (2011). Relación entre niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación Psicológica*, 16(1), 91-101. Recuperado el 23 de Abril de 2013 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963008>.
- Asociación Psicológica Americana. (2003). *Manual diagnostico estadístico (DSM – IV TR)*. México: Masson. S.A.
- Balanza, S. Morales, I. & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de la ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2) 177-187. Recuperado el 24 de abril de 2013 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879006>.
- Becerra, A. Madalena, A. Estasnilau, C. Rodríguez, J. Días, H. Bassi, A. Chagas-Bloes, D. & Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: Su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de psicología*, 39(1) 75-81.

- Bermúdez, M. (2004). *Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. España: Pirámide.
- Bragado, C. Carrasco, I. & Bernabé, R. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939 – 956.
- Brenden, N. (1992). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Caccuri, V. (2008). *La depresión en los estudiantes Universitarios*. Recuperado el 14 de Abril de la página web: <http://www.estudiante.org/la-depresion-en-los-estudiantes-universitarios-12/>.
- Chua, P. & Dolan, J. (2000). *The neurobiology of anxiety and anxiety-related disorders: A functional neuroimaging perspective*. San Diego, CA: AcademicPress.
- Camargo, A. Rodríguez, C. Ferrel, F. & Ceballos, C. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la facultad de ciencias de la salud de una Universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 24, 91-105. Recuperado el 24 de abril de 2013 de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123417X2009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123417X2009000200005&script=sci_arttext).
- Campo, G. & Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes de la Universidad del Valle de la facultad de salud – UNIVALLE. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30(4), 351-358.
- Canto, H. & Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Duque, A. (2003). Factores de riesgo psicosocial, asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos de una Institución de Educación Superior en Pereira. *Fundación Universitaria del área Andina*, 7(10), 64-68.



- Festorazzi, A. Rodríguez, A. & Lotero, J. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de posgrado de la VIa cátedra de medicina*, 7(4), 184.
- Franck, E. & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 1531-1541.
- Frias, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud. España: Ed. Elsevier*
- First, M. Frances, A. & Pincus, H. (2002). *Manual Diagnostico Estadístico (DSM – IV TR)*. México: Masson S.A.
- García, A. (2006). Terapia Dialectico Comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- García, J. Pascual, A. Alda, M. & Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: Eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 10(1), 15-23.
- Gil, G. & Gálvez, R. (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. España: Masson
- Garaigordobil, M. Durá, A. & Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconceptoautoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 1, 53-63.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph. London: Oxford University Press.
- Gómez, A. Sánchez, N. Valencia, A. & Franco, J. (2005). Prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín. *Red de revistas científicas Latinoamericana*, 27(1), 39-46.
- Gónogora, V. & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria* 26(2), 183-205. Recuperado el 23

de Abril de 2012 de página web:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v26n2/V26n2a02.pdf>.

Gurhan, N. Ozbas, A. Ugurlu, N. Dogan, H. & Kabatas, E. (2012). Self-esteem and Psychological Symptoms for the Students of Vocational High School of Health Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 47, 2237-2242.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Editorial Mc Graw Hill.

Kail, R. Cavanaugh, J. & Gonzalez, M. (2006). *Desarrollo Humano. una perspectiva del ciclo vital*. España: Thomson.

Katheleen, B. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Medica Panamericana.

Kinnunen, M. Feldt, T. Kinnunen, U &. Pulkkinen, L. (2008). Self-esteem: An antecedent or a consequence of social support and psychosomatic symptoms? Cross-lagged associations in adulthood. *Journal of Research in Personality*. 42, 333-347.

Lara, E. Martínez, C. Pandolfi, P. Penroz, K. Perfetti, R. & Pino, G. (2001). *Psicología del desarrollo. el adulto Joven*. Recuperado el 8 de Abril de 2012 en <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>.

Lema, L. Salazar, I. Varela, M. Tamayo, J. Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitario: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico* 5(12), 71-88.

López, J. (2005). *Pedro Lain Entralgo y la historiografía médica*. España: Real Academia de la historia.

López, J. & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93.

- Manso-Pinto, J. (2010) *Análisis psicométrico de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de universitarios*. Recuperado el 5 de junio de 2013 de <http://www.trabajosocialudec.cl/rets/2010/12/30/analisis-psicometrico/>
- Matud, M. (2004). Autoestima en la salud: un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- Matud, P. Carballeira, M. López, M. Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002) Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Maurus, J. (2002). *Cultive su autoimagen*. San Pablo: Sociedad de San Pablo.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio nacional de salud mental, Colombia 2003*. Colombia: Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Ley número 1090 de 2006. Código deontológico y bioético del psicólogo*. Bogotá D.C: El Congreso de Colombia
- Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Guía Clínica: tratamiento de personas con depresión*. Santiago de Chile: MINSAL Ministerio de la Protección Social.
- (2006). *Ley número 1090 de 2006. Código deontológico y bioético del psicólogo*. Bogotá D.C: El Congreso de Colombia.
- Moral, J. Valdez, J. González, N. González, S. Alvarado, B. & Gaona, L. (2010). Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria*, 12(47), 96-105.
- Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-90.
- Mruk, C. (1999). *Auto-Estima investigación, teoría y práctica*. España: Desclée de brouwer.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Revista Médica*, 17, 5-64.

- Ni, C. Liu, X. Hua, Q. LV, A. Wang, B. & Yan, Y. (2010). Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study. *Nurse Education Today*, 30, 338-343.
- Orduña. A. (2003). *Autoestima*. Recuperado el 15 de Abril de 2012 del sitio web: [http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS\\_SALUD\\_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF](http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS_SALUD_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado el 18 de Abril de 2012 del sitio web: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Riesgo para la salud de los jóvenes*. Recuperado el 03 de Mayo de 2013 del sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
- Ortiz, L. & Erazo, R. (2005). Trastorno de Somatización: una relectura del “Síndrome de Briquet”. *Revista Médica Clínica Condes*, 16(1), 25-29.
- Osasun, S. (2002). *Guía de educación sanitaria 2 – la ansiedad: como controlarla*. Servicio Sanitario, Gobierno Vasco. Recuperado el 18 de Abril de 2012 del sitio web: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu07/es/contenidos/informacion/salud\\_mental/es\\_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla\\_c.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu07/es/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf).
- Palacios, J. Martínez, Y. Ochoa, N, & Tirado, E. (2006). Relación del rendimiento académico con las aptitudes mentales, salud mental, autoestima y relaciones de amistad en jóvenes universitarios de atlántico y bolívar. *Revista psicogente*, 9(15), 11-31.
- Peña, G. Cañoto, R. y Santalla de Banderalli, Z. (2006). *Una introducción a la psicología*. Caracas: Publicaciones UCAB.
- Peñuela, M. Baquero, I. Amador, C. & Daza, J. (2004). Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 18, 20-29.

- Pérez, P., Lozano, O. y Rojas, A. (2010) Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Revista de sociodrogalcohol* 22(1) 65-72.
- Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud: una aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. España: Ed. Pirámide.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salas, C. y Álvarez, L. (2004). *Educación para la salud*. México: Ed Pearson Educación.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de santos.
- Seeman, J. (1989). *Hacia un modelo de salud positiva*. Estados Unidos: Ed American Psychologist.
- Steiner, D. (2005). *Teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. Recuperado el 13 de Marzo del 2013 de la página web: [http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis\\_Daniela\\_Steiner.pdf](http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.pdf).
- Sue, D. Wing, D. Sue, S. Delfín, S. & Santiago, Y. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. (9ª. Ed.) México: CengageLearnig S.A.
- Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad – guía práctica*. Recuperado de la página web el 11 de abril de 2012: <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/spanishdepression.pdf>.
- Torres, J. (2004). *Optimismo y pesimismo en jóvenes universitarios (Recursos para afrontar la vida)*. Recuperado el 10 de Abril de 2012 del sitio web: [www.polmeduc.iteso.mx/docprograma/Puebla11y12/TorresJ.doc](http://www.polmeduc.iteso.mx/docprograma/Puebla11y12/TorresJ.doc).
- Torres, Y. (2000). *Epidemiología de los trastornos psiquiátricos – estudio nacional colombia*. Congreso Virtual de Psiquiatría. Colombia. Revuperado el 13 de abril

de 2012 del sitio web:  
[http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa9/conferencias/9\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_c.htm).

Wolff, C. R. & Alvarado, R. (2009). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista ChilInfect*, 27(1), 65-74.

Yagoskesky, R. (1998). *Autoestima en Palabras Sencillas*. Venezuela: Impresiones San Pablo.

## Apéndice A

### GHQ-28

#### Por favor lea cuidadosamente

Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado de salud en las últimas semanas. Recuerde que queremos conocer los problemas recientes y actuales, no los que ha tenido en el pasado.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas.

Marque con un círculo la respuesta que a su juicio se acerca más a lo que siente o ha sentido Usted.

#### Ultimamente:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	<b>Si, mejor que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Peor que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No más que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
6. ¿Ha tenido sensación de presión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir sin interrupción toda la noche?	<b>No, absoluto</b>	<b>en No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>

## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

10. ¿Ha podido mantenerse ocupado/a y activo/a?	<b>Mas activo que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Algo menos que lo habitual</b>	<b>Mucho menos que lo habitual</b>
11. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	<b>Menos tiempo que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Mas tiempo que lo habitual</b>	<b>Mucho menos tiempo que lo habitual</b>
12. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que esta haciendo las cosas bien?	<b>Mejor que lo habitual</b>	<b>Aproximadamente lo mismo</b>	<b>Peor que lo habitual</b>	<b>Mucho peor que lo habitual</b>
13. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	<b>Si, satisfecho</b>	<b>Aproximadamente lo mismo</b>	<b>Menos satisfecho que lo habitual</b>	<b>Mucho menos satisfecho</b>
14. ¿Ha sentido que esta jugando un papel valioso en la vida?	<b>Mas útil que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Menos útil que lo habitual</b>	<b>Mucho menos útil que lo habitual</b>
15. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<b>Mas que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Menos que lo habitual</b>	<b>Mucho menos capaz que lo habitual</b>
16. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a o tenso/a?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
17. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	<b>Mas que lo habitual</b>	<b>Igual que lo habitual</b>	<b>Algo menos que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
18. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
19. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
20. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
21. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
22. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
23. ¿Se ha notado nervioso/a y a "punto de explotar"?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
24. ¿Ha tenido la sensación de que la vida no merece la pena vivirse?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	<b>No</b>	<b>Me parece que no</b>	<b>Se me ha cruzado por la mente</b>	<b>Claramente lo he pensado</b>
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>



## SALUD GENERAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES

27. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?	<b>No, en absoluto</b>	<b>No mas que lo habitual</b>	<b>Algo mas que lo habitual</b>	<b>Mucho mas que lo habitual</b>
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?	<b>No</b>	<b>Me parece que no</b>	<b>Se me ha cruzado por la mente</b>	<b>Si, lo he pensado</b>

## Apéndice B

### Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Versión chilena (Barahona, Zegers&Förster, 2009)

A continuación se indican varias formas de sentirse o de pensar que tiene la gente. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor se ajuste a la forma en que usted se ha sentido **últimamente** (aproximadamente durante las **últimas semanas**), para ello conteste donde dice **respuestas** de acuerdo con la graduación que allí se indica (“Muy en desacuerdo” hasta... ”Muy de acuerdo”):

	RESPUESTAS			
	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	De acuerdo 3	Muy de acuerdo 4
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.	1	2	3	4
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	1	2	3	4
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.	1	2	3	4
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	1	2	3	4

**Apéndice C****UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA - BOGOTÁ****FACULTAD DE PSICOLOGIA****CONSENTIMIENTO INFORMADO****FECHA:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Te estamos invitando a participar en trabajo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, que pretende identificar las relaciones entre salud general y autoestima en estudiantes entre 18 y 25 años de edad. Tú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la investigación es contestar unos cuestionarios dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios decides no continuar, puedes hacerlo. Debes decirlo a la persona encargada.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de grado y si después de que te contesten todas tus dudas decides si quieres participar, sólo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados el equipo de investigación y ninguna persona a parte de ellos podrán conocerlos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma y Documento de Identificación \_\_\_\_\_