

Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile)*

An approach from positive psychology to mental health of university freshmen in Concepcion (Chile)

CRISTHIAN PÉREZ VILLALOBOS,** CARMEN BONNEFOY DIBARRAT,
ADHERYS CABRERA FLORES, SHILA PEINE GRANDÓN, CLAUDETTE MUÑOZ RUIZ,
MARJORIE BAQUEDANO RODRÍGUEZ, JORGE JIMÉNEZ ESPINOZA

Universidad San Sebastián, Chile

Abstract

University is a demanding and changing environment for first year students, what could affect their mental health and their academic performance. Due these conditions, this research wanted to analyze mental health in freshmen of a private university in, Concepción, Chile, oriented by an approach from positive psychology. 554 were selected and surveyed to evaluate three variables: self-Esteem, satisfaction with life and optimism. Furthermore, socio-demographic characteristics and mental health problems were assessed. Outcomes show that students evaluate positively themselves, their life and future. In addition, these variables are related with age, type of former school, religion, depression and anxiety. Systematic relationship found between these three strengths of mental health and their inverse relationship with the most prevalent problems in this area highlight the relevance that these three variables could have to define preventive and remedial strategies to promote student welfare.

Key words: mental health, optimism, satisfaction with life, self-esteem.

Resumen

El contexto universitario es un ambiente exigente y cambiante para los alumnos que ingresan en él, lo que puede afectar su salud mental y su desempeño en el sistema. Debido a ello, el presente estudio buscó analizar la salud mental de los alumnos de primer año de una universidad privada de Chile, aproximándose al fenómeno desde la psicología positiva. Para esto, se encuestó a 554 alumnos matriculados en el 2009, evaluando tres variables (autoestima, satisfacción con la vida y optimismo), junto con características sociodemográficas y problemas de salud mental. Los resultados muestran una evaluación positiva de sí mismo, su vida y su futuro entre los encuestados, y relaciones entre estas evaluaciones y la edad, establecimiento de origen, religión, depresión y ansiedad en los alumnos. La sistemática relación encontrada entre estas fortalezas de la salud mental y su relación inversa con los problemas más prevalentes en el área subrayan la importancia que estas tres variables pueden tener en la definición de estrategias preventivas y remediales que promuevan el bienestar del alumnado.

Palabras clave: salud mental, optimismo, bienestar subjetivo, autoestima.

* Agradecimiento: Este artículo presenta los resultados iniciales del Proyecto DGIE 5068: “La salud mental como factor clave en el proceso educativo: estudio longitudinal”, financiado por la Dirección General de Investigación y Extensión de la Universidad San Sebastián.

** Correspondencia: Cristhian Pérez Villalobos. Dirección postal: Carlos Oliver 5409, Villa Perales, Talcahuano (Chile). Teléfono: 56-41-226 8773. Correo electrónico: cperezvillalobos@me.com.

Introducción

La vida universitaria enfrenta a sus jóvenes alumnos a múltiples estresores, como la sobrecarga académica que exige dedicar horas de estudio presenciales y en el hogar (Kember, 2004, en Figueiredo-Ferraz, Cardona & Gil-Monte, 2009), o el cambio que implica a nivel del sistema de vida de quienes se encuentran terminando su adolescencia. Ingresar a la universidad conlleva aproximarse a un mundo desconocido, vivir experiencias nuevas y poner a prueba las expectativas del entorno cercano y las propias. Adicionalmente, en algunos casos, esto requiere dejar el hogar, la familia, los amigos y el entorno cotidiano (Dyson & Renk, 2006), lo que produce una interrupción significativa de las redes de apoyo de los sujetos (Beck, Taylor & Robbins, 2003).

De esta manera, no es extraño que los estudiantes presenten dificultades de adaptación y se expongan a varios factores que amenazan su bienestar (Cova *et al.*, 2007), lo que hace deseable y necesario aproximarse a la realidad de estos alumnos, no solo desde sus características cognitivas, afectivas o sociales, como se ha hecho tradicionalmente, sino también desde su salud mental. Esto, sobre todo, si consideramos que la salud mental puede afectar la capacidad de los alumnos para insertarse en este nivel educativo marcado por exigencias académicas, personales y sociales; mantenerse en él y lograr los aprendizajes necesarios para su posterior desarrollo profesional.

Cambio de enfoque: la psicología positiva

Hasta ahora el enfoque predominante para estudiar la salud mental se ha centrado en investigar los trastornos y problemas que las personas pueden presentar en el área, algo de lo que Chile ha caracterizado la investigación en la población adulta (Vicente *et al.*, 2002; Kohn *et al.*, 2005; Vicente *et al.*, 2005) y también en población universitaria (Cova *et al.*, 2007).

Lo anterior es coherente con la medicina tradicional, de enfoque biomédico, cuyo eje ha estado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; modelo que gradualmente ha cedido el paso a un modelo biopsicosocial con mayor interés, en términos prácticos, en reducir el costo de la atención

directa, el número de vidas y años de vida perdidos, y el sufrimiento humano. Este modelo, en términos teóricos, se ocupa más del rol de los estilos de vida en la salud de las personas que en los mecanismos que producen la enfermedad, con una aproximación preventiva hacia la salud, donde se busca la participación y responsabilidad de la población (Perales, Sogi & Morales, 2003).

Coherente con este enfoque, el abordaje tradicional de la salud mental, centrado en los problemas, puede complementarse con una mirada desde la psicología positiva. Esta perspectiva de la psicología se inicia oficialmente en 1999 en el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la APA (Vásquez, Hervás & Ho, 2006), quien propone abordar científicamente las fortalezas y virtudes humanas, esto es, los rasgos individuales e institucionales que facilitan el desarrollo, favorecen una mayor calidad de vida, reducen la probabilidad de psicopatía y trascienden al individuo, beneficiando a la sociedad en que este se inserta (Contreras & Esguerra, 2006).

Si bien no representa una perspectiva totalmente nueva, sí enfatiza la necesidad de complementar la aproximación habitual de los fenómenos psicológicos (Vásquez *et al.*, 2006), llevando la atención de la psicología a los aspectos más positivos del ser humano (García, 2003). Esto, pues el énfasis en la patología lleva a formarse una imagen de seres humanos frágiles, víctimas del ambiente adverso o incluso de una genética débil, lo que etiqueta al hombre como sobreviviente, más que como un ser capaz de crecer (Martínez, 2006).

Si bien, de acuerdo con esta perspectiva, existen aspectos estables en el tiempo y posiblemente hereditarios, como el sentimiento de felicidad, que determinan el nivel de experiencias positivas que una persona puede experimentar en su vida; también sostiene que existen aspectos dinámicos del individuo: las fortalezas del carácter (Contreras & Esguerra, 2006).

Las fortalezas del carácter son características psicológicas que el sujeto expresa ante circunstancias determinadas y provocan emociones positivas auténticas, como el optimismo, la fe, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la capacidad de fluir (*flow* o experiencia óptima), la competencia

percibida, etcétera. Todas experiencias que actúan como barrera ante las enfermedades y favorecen el bienestar físico, emocional y social de los sujetos (Contreras & Esguerra, 2007).

Lykken (2000, citado en Contreras *et al.*, 2007) sostiene que estas fortalezas pueden ser puestas en práctica y reforzadas intencionalmente por los sujetos para aumentar sus niveles de bienestar. En este sentido, es clave el rol de la interpretación subjetiva que las personas hacen de su realidad objetiva para generar y mantener la felicidad.

En el presente estudio, y desde la óptica de la psicología positiva, se analizarán tres características psicológicas que representan una percepción subjetiva más positiva de sí mismo, del entorno presente y de las oportunidades futuras, y que se relacionan con emociones positivas y un mayor nivel de salud mental: autoestima, satisfacción vital y optimismo.

Primera fortaleza: autoestima

Cuando hablamos de autoestima apuntamos a dos componentes diferentes: la valía y el sentimiento de capacidad personal. En el primer caso, nos referimos a la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto; en el segundo, nos referimos a las expectativas que el sujeto tiene de su propio desempeño, esto es, su autoeficacia. En la adolescencia, la autoestima está aún en configuración –al igual que la personalidad– y podría verse afectada por los cambios corporales o del ambiente, incluso de la formación valórica que el sujeto está recibiendo, y que al ser contraria a la del hogar puede generar en el sujeto sentimientos de inseguridad (Tarazona, 2005).

En los estudiantes, la autoestima puede ser un factor relevante, pues aquellos que fortalecen su autoestima al cumplir con sus expectativas académicas y personales en ambientes universitarios presentan un estado de ánimo más saludable y menores problemas de salud mental (Amézquita *et al.*, 2003). Esto se corrobora en un estudio de Prieto, Gonçalves, Buena-Casal & Machado (2004), donde se encontró que el nivel de autoestima de los sujetos con depresión es significativamente menor al de aquellos que la presentan.

Dentro de las variables que influyen en la autoestima, destaca el peso que las familias tienen en su desarrollo, tal como lo demuestra un estudio realizado con adolescentes de la comuna de Concepción por González & Méndez (2006), donde se halló que el nivel de autoestima de los adolescentes se relaciona directamente con una mayor disponibilidad percibida en ambos padres e inversamente con la rabia que se siente hacia ellos. Así mismo, los que presentan un apego seguro tienen una mayor autoestima que los que manifiestan un apego alterado.

Según Tarazona (2005), el nivel socioeconómico influiría en el nivel de autoestima de las personas interactuando con el sexo de estos. Al respecto, este autor descubrió que los hombres de nivel socioeconómico alto tendrían una mayor autoestima que las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

Considerando las variables independientemente, Rojas-Barahona, Zegers & Foster (2009) encontraron en adultos chilenos que las personas de nivel ingresos altos tenían mayores niveles de autoestima que las de ingresos bajos. No obstante, a diferencia del estudio de Tarazona (2005), las mujeres presentaban un mayor nivel de autoestima. En este mismo análisis, se observó que en la adultez joven el nivel de autoestima, medido con la Escala de Autoestima de Rosenberg, promediaba en 32,37 puntos. Antecedente relevante dado que en el presente estudio se utilizará el mismo instrumento.

Satisfacción con la vida, una segunda fortaleza

Además de una percepción positiva de sí mismo, la salud mental pasa por una percepción positiva del entorno, esto es, estar satisfecho con las propias condiciones de vida. La satisfacción vital corresponde al componente cognitivo del bienestar subjetivo, e implica el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la vida. Es un aspecto subjetivo de este que lo diferencia de la aprobación o satisfacción con las condiciones objetivas de la vida (Undurraga & Avendaño, 1998, citado en Tarazona, 2005).

En este sentido, la dimensión objetiva se refiere a la disponibilidad de bienes y servicios, mientras que la dimensión subjetiva se refiere a la valora-

ción de la presencia de ello en la propia vida. Este componente subjetivo tendría a su vez una dimensión cognitiva: la satisfacción vital, ya sea como evaluación global o de dominios específicos, y el componente afectivo, que aludiría a los sentimientos positivos, que algunos autores denominan felicidad. Pese a esto, otros autores consideran que la felicidad es un concepto más inclusivo, al que el bienestar y la satisfacción se subsuman (Myers, 2000, citado en Cuadra y Florenzano, 2003).

La evidencia empírica muestra que las personas con una alta felicidad son menos autorreferentes, hostiles, abusadoras y vulnerables a las enfermedades, y, por el contrario, son más generosas, sociales y cooperativas, están más dispuestas a perdonar, son más tolerantes, confiables y decididas, y tienen más energía (Cuadra & Florenzano, 2003). Específicamente, las personas con una alta satisfacción vital poseerían una mayor salud mental, menor estrés, depresión, afectos negativos o ansiedad (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000, citado en Tarazona, 2005). Por último, Tarazona (2005) identificó que la satisfacción con la vida presenta una variación similar en torno al nivel socioeconómico de las personas al encontrado con la variable autoestima.

En Chile, aplicando el cuestionario de Satisfacción Vital de Diener, se encontró que los adultos mayores percibían en general su vida positivamente, obteniendo una media de 23,8 puntos en un estudio de Mella *et al.* (2004). Esto es coincidente con las investigaciones a nivel mundial que muestran que las personas tienden a reportarse al menos como moderadamente felices. Sin embargo, en este estudio no se hallaron diferencias por sexo, edad o ingresos familiares (Cuadra & Florenzano, 2003). Estos últimos resultados discrepan con los observados por un análisis de Moyano & Ramos (2007) en población chilena de la Región del Maule, donde se encontró que las mujeres poseen un nivel de satisfacción vital mayor al de los hombres. Estas diferencias parecen relevantes, pues, si bien las mujeres estaban más satisfechas que los hombres, en este estudio no se vieron diferencias de género en torno a la sensación de felicidad, lo que se explicaría porque, si bien las mujeres experimentan con mayor intensidad las emociones, lo hacen tanto

con las emociones positivas como negativas, lo que equilibraría ambos afectos, obteniendo puntajes similares a los hombres. En este mismo estudio, se encontró que las personas entre 17 y 25 años, el grupo etario del universitario típico, presenta un nivel de felicidad inferior al resto de la población, lo que es concordante con otros análisis que muestran que los adultos-jóvenes evalúan más negativamente su calidad de vida, aparentemente, debido a las altas expectativas respecto a sus metas de futuro y recursos.

Una percepción positiva del futuro: el optimismo

Como tercera característica, aparece la evaluación positiva hacia el futuro: el optimismo, que es un rasgo disposicional, con componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores, que media entre los eventos externos y la interpretación personal, de forma tal que al pensar en el futuro se espera que ocurran los resultados deseados y se actúa de manera que esos resultados sean más probables (Carver & Scheier, 2002). Scheier & Carver (1987, citados en Contreras & Esguerra, 2006) lo definen, en otras palabras, como una disposición o creencia estable y generalizada de que ocurrirán cosas positivas.

El optimismo se relaciona con las expectativas que las personas tienen, en función de su historia, de sus logros, necesidades y del conocimiento de sus fortalezas y debilidades (Martínez, 2006); se asocia con una forma más adaptativa de afrontar problemas (resolución de problemas, búsqueda de soporte emocional) y conduce a la obtención de resultados positivos (Scheier y Carver, 1985). Pese a lo anterior, Cuadra y Florenzano (2003) distinguen entre un optimismo absoluto e incondicional y un optimismo inteligente: el primero sería una forma de escape patológico, poco realista y que en algunas ocasiones puede hacer perder tiempo valioso para llevar a cabo otras estrategias más efectivas. El segundo implicaría una forma realista de ver la realidad.

Numerosos estudios empíricos han demostrado que los optimistas son psicológica y físicamente mejor adaptados que los pesimistas (Chang, 2002), e incluso se ha encontrado que el optimismo tiene efectos favorables sobre el curso de una enfermedad, al aumentar la sobrevida en pacientes

terminales e influir en la percepción de bienestar y salud en general, y también se asocia con resistencia a la enfermedad y resultados más favorables en la evaluación de su salud. Por el contrario, las personas pesimistas presentan un peor estado de salud y bienestar, y una vida más corta (Contreras & Esguerra, 2006).

Sumado a esto, las personas pesimistas poseen ocho veces más posibilidades de deprimirse ante la adversidad; tienen un peor desempeño deportivo, académico y laboral; rinden menos en los estudios, en los deportes y en la mayoría de los trabajos; y mantienen relaciones interpersonales más inestables (Contreras & Esguerra, 2006). Al respecto, en población universitaria española, un estudio de Remor, Amorós y Carrobbles (2006), utilizando el Test de Orientación Vital Revisado, LOT-R, observó que los alumnos que presentaban una menor intensidad de malestar físico en la semana tenían mayores niveles de optimismo ($M = 16,17$; $D.E. = 4,00$) que quienes lo presentaban en mayor intensidad ($M = 12,72$; $D.E. = 5,37$).

Un elemento esperanzador al respecto es el que exponen Avia y Vásquez (1999, Cuadra & Florenzano, 2003), que, pese a considerar que el optimismo es una dimensión de la personalidad relativamente estable que se configura en parte por la herencia y en parte por las experiencias tempranas, de todas formas se puede aprender en la edad madura. Esto es sobre todo positivo si se tienen en cuenta las investigaciones que muestran que enseñar optimismo a los niños puede ser efectivo para prevenir en ellos síntomas depresivos, utilizando el entrenamiento cognitivo y la terapia de resolución de problemas sociales (Contreras & Esguerra, 2006).

Objetivo del estudio

El presente trabajo se propone analizar la salud mental de los estudiantes universitarios de primer año de una universidad privada en Concepción, desde la perspectiva de la psicología positiva. Con este fin, en primer lugar, describirá el nivel de autoestima, satisfacción con la vida y optimismo disposicional de este grupo; posteriormente, evaluará la relación de estas tres variables con características sociodemográficas de los alumnos (sexo, edad,

tipo de establecimiento de egreso de la enseñanza media y religión) y, finalmente, identificará su relación con los tres problemas de salud mental más prevalentes en Chile en la población adulta (Vicente *et al.*, 2002; Kohn *et al.*, 2002; Vicente *et al.*, 2005) y universitaria (Cova *et al.*, 2007), a saber: sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y consumo del alcohol.

En línea con lo anterior, las hipótesis que fueron sometidas a prueba en el estudio pueden sintetizarse de la siguiente forma: 1) Existe relación directa entre las variables psicológicas que corresponden a fortalezas de la salud mental de las personas, esto es, autoestima, satisfacción con la vida y optimismo; 2) las características sociodemográficas como sexo, edad y tipo de establecimiento donde se cursó la enseñanza media están asociadas a diferencias en el nivel en que se presentan estas fortalezas; 3) debido a su rol como factor protector, el profesar una religión se vincula con una mayor autoestima, satisfacción con la vida y optimismo; y 4) en tanto fortalezas, estas variables correlacionan inversamente con los problemas de salud mental antes mencionados.

Método

Para cumplir con el objetivo anterior, se realizó una investigación cuantitativa, de alcance correlacional, empleando un diseño no experimental transversal.

Participantes

A través de un muestreo probabilístico estratificado por carreras, se seleccionó aleatoriamente a 554 estudiantes que en el 2009 se habían matriculado en primer año en los programas de pregrado de una universidad privada. Posteriormente, se eliminó a 10 sujetos que presentaban más de un 5% de valores perdidos, obteniendo una muestra final de 544 alumnos, de los cuales 58,7% eran mujeres ($n = 325$) y un 41,3% ($n = 229$), hombres, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 34 años con una media de 19,96 años ($D.E. = 2,31$).

La muestra obtenida representaba 33 programas de pregrado diferentes, que correspondían a 30 carreras distintas, ya que tres ellas se impartían en

dos campus de la universidad. El grupo con mayor número de participantes fue pedagogía en matemáticas, con 28 sujetos (5,1%), y el que tuvo una menor representación fue odontología, con 4 alumnos (0,7%). Se obtuvo un promedio de 18,47 participantes por programa.

Del total de la muestra, 436 alumnos (78,7%) reportaron estar estudiando su primera carrera, 104 (18,8%) respondieron haber estudiado al menos una carrera antes sin haberla terminado y 7 (1,3%) dijeron haber estudiado y terminado una carrera previa. Siete sujetos no respondieron esta pregunta. Adicionalmente, un 41,6% ($n = 226$) de la muestra había egresado de enseñanza media desde establecimientos municipalizados; un 40,4% ($n = 220$), de establecimientos particulares subvencionados; y un 18,0% ($n = 98$), de establecimientos particulares pagados.

Por último, también fue consultada la religión de los sujetos, que es descrita como un factor protector del desarrollo y la salud mental de los alumnos (Florenzano, 2007). Así, 318 estudiantes (57,4%) reconocieron profesar una religión; 232 (41,9%) respondieron explícitamente que no lo hacían; y 4 (0,7%) no contestaron la pregunta. Entre quienes profesaban una religión, el grupo mayoritario lo constituían los católicos ($n = 197$; 35,6%), seguido de los evangélicos ($n = 63$; 11,2%).

Instrumentos

Como parte del estudio, los alumnos respondieron una batería de cuestionarios pertenecientes a un proyecto de investigación mayor, luego de firmar un consentimiento informado en el que se les explicaban los objetivos del estudio, el tipo de participación solicitada y la confidencialidad y voluntariedad de este.

En este artículo, se muestran los resultados de aquellos referidos a la salud mental, desde una perspectiva positiva: autoestima, satisfacción con la vida y optimismo, que constituyen el centro del trabajo. Adicionalmente, se incluirán tres instrumentos para medir problemas de salud mental (depresión, ansiedad y consumo de alcohol) y un último cuestionario sociodemográfico, ya que se busca evaluar su relación con los tres primeros.

Escala de Autoestima de Rosenberg. Es una escala de 10 ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuestas (1: muy en desacuerdo a 5: muy de acuerdo). Fue desarrollada por Rosenberg para evaluar la autoestima en adolescentes, a partir de la medición de los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo (Rojas-Barahona, Zegers & Foster, 2009). En un estudio realizado por Salvo & Melipillán (2008) en alumnos de enseñanza media, este instrumento presentó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,84 y sus ítems tuvieron adecuada capacidad discriminativa. En el presente estudio, arrojó una confiabilidad de 0,836 según el coeficiente Alfa de Cronbach.

Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Creada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985, citados en Cabañero *et al.*, 2004), corresponde a una escala unidimensional (Tarazona, 2005) tipo Likert constituida por cinco ítems con cinco alternativas de respuesta cada uno (1 = muy en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = indiferente; 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo), donde un mayor puntaje indica una mayor satisfacción con la propia vida. Este instrumento ha demostrado tener correlaciones significativas con las escalas de apoyo social percibido, depresión y autorreporte de salud (Mella *et al.*, 2004). En la aplicación de esta investigación mostró una confiabilidad de Alfa = 0,852.

Test de Orientación Vital Revisado. LOT-R. El LOT-R fue creado por Scheier, Carver y Bridges (1994, citado en Ferrando *et al.*, 2002), consta de 6 ítems de contenido, 3 de los cuales están redactados en sentido positivo y 3 en sentido negativo. Además, existen 4 ítems distractores, que proporcionan una puntuación de optimismo disposicional. Presenta cinco alternativas de respuesta para cada ítem (1 = muy en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = indiferente; 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo). La confiabilidad mostrada en este estudio fue de Alfa = 0,515.

Inventario de Depresión de Beck-II, BDI-II. Versión actualizada del BDI elaborada por Beck, Steer y Brown (1996), y adaptado al español por Sanz, Navarro y Vázquez (2003, citados en Sanz, Perdígón & Vázquez, 2003). Es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes y adultos con 13 años

o más, de forma más consistente con los criterios diagnósticos del DSM-IV (Beck, Steer & Brown, 1996). Presenta 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta, a las que se asignan puntajes de 0 a 3 según la intensidad de la sintomatología depresiva (Beck *et al.*, 1996). En estudios chilenos, este instrumento ha mostrado una estructura factorial y consistencia interna semejantes a las obtenidas en estudios de otros países (Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia, 2008). En el presente análisis, mostró una confiabilidad de Alfa = 0,876.

Inventario de Ansiedad de Beck. Es un inventario de autoinforme de 21 ítems que busca medir ansiedad, diferenciándola de la sintomatología depresiva (Steer, Rissmiller & Ranieri, 1993). En una aplicación de Sanz y Navarro (2003) en España, mostró una adecuada consistencia interna y capacidad discriminativa para identificar ansiedad patológica en la población no clínica. En la presente investigación, arrojó un coeficiente de confiabilidad de Alfa = 0,899.

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Audit). La Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó este instrumento como una herramienta de *screening* para detectar consumo excesivo de alcohol, y especialmente para identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse con un menor consumo. Tiene 10 preguntas que evalúan nivel de consumo, dependencia y presencia de problemas asociados a la ingesta de alcohol, ante las cuales se debe elegir entre alternativas que representan niveles crecientes de consumo problemático (Babor, Higgins, Saunders & Monteiro, 2001). En este estudio, mostró una confiabilidad de Alfa = 0,845.

Cuestionario sociodemográfico. Instrumento de preguntas cerradas sobre el sexo, edad de los participantes y situación familiar del estudiante, además de antecedentes académicos y religión.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó en tres momentos.

En el primero, se efectuó un análisis descriptivo de los niveles de autoestima, satisfacción con la vida y optimismo en los estudiantes, para lo cual se

evaluó tendencia central, dispersión y distribución de las variables.

En el segundo, se llevó a cabo un análisis de la relación entre estas variables y con las características sociodemográficas de los estudiantes y su religión, para lo cual se utilizaron técnicas paramétricas: prueba *t* de Student para muestras independientes, Anova de un factor y coeficiente de correlación producto momento de Pearson.

Y finalmente, se evaluó la relación de las variables estudiadas con tres problemas de salud mental: depresión, ansiedad y consumo problemático de alcohol. Dada la distribución asimétrica de estas últimas, para este análisis se usó el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman.

Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales, SPSS, versión 15.0, para apoyar el análisis.

Resultados

En relación con el análisis descriptivo, se identificó que las tres variables presentaban una asimetría negativa, evidenciando una tendencia de los sujetos a obtener puntajes altos en estas variables (tabla 1). Esta asimetría era leve en el caso del nivel de optimismo, medido con la escala LOT-R, lo que posteriormente permitiría realizar análisis paramétricos con la variable. Sin embargo, en el caso de autoestima y satisfacción vital, se observaron niveles moderados de asimetría, lo que hacía inadecuado el uso de técnicas paramétricas.

Debido a lo anterior, se optó por transformar las últimas dos variables, calculando el cuadrado de las puntuaciones originales. A partir de este procedimiento, se obtuvieron distribuciones con mejor ajuste a la curva normal, presentando estadísticos de asimetría de -0,368 para la variable de autoestima modificada y de -0,111 para la variable de satisfacción con la vida modificada.

En la segunda etapa del análisis, empleando estas últimas dos puntuaciones modificadas más la puntuación original de optimismo, se evaluó la relación entre las tres variables, mediante el coeficiente de correlación producto momento *r* de Pearson, con base en un contraste unilateral (tabla 2). De esta forma, se encontró una relación positiva,

Tabla 1. Descriptivos de las mediciones de optimismo, satisfacción vital y autoestima

| | Mín. | Máx. | M | Md | D.E. | RI | Asimetría |
|---------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|-----------|
| Escala LOT-R (optimismo) | 8,00 | 30,00 | 22,40 | 23,00 | 3,58 | 5,00 | -0,44 |
| Escala de Diener (satisfacción con la vida) | 5,00 | 35,00 | 25,05 | 26,00 | 6,79 | 9,00 | -0,76 |
| Escala de Rosenberg (autoestima) | 14,00 | 50,00 | 39,89 | 41,00 | 6,57 | 9,00 | -0,86 |

Fuente: elaboración propia.

estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto grande entre optimismo y autoestima, $r(542) = 0,459$; $p < 0,001$, lo que muestra que los sujetos que realizan una mejor evaluación de sí mismos también tienen expectativas generales más positivas sobre el futuro.

Entre autoestima y satisfacción con la vida también se halló una relación positiva estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto moderado, $r(542) = 0,416$; $p < 0,001$, mostrando que los alumnos que se evalúan más positivamente a sí mismos también lo hacen con su vida actual.

De la misma manera, se observó una relación positiva, estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto grande, entre el nivel de optimismo y la satisfacción con la vida de los encuestados, $r(542) = 0,250$; $p < 0,001$, evidenciando que aquellas personas que esperan mejores resultados a futuro son aquellas que mejor evalúan sus condiciones de vida actuales.

Como siguiente paso, se analizó la relación de estas variables con otras características sociodemográficas del alumno: sexo, edad y religión.

En primer lugar, para evaluar las diferencias asociadas al sexo, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes con base en un contraste bilateral, asumiendo varianzas iguales. Al realizar estos análisis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, a nivel de su optimismo, $t(542) = -1,243$; $p = 0,214$, satisfacción vital, $t(542) = -0,284$; $p = 0,777$ y autoestima, $t(542) = 1,584$; $p = 0,114$.

Al evaluar la relación con la edad de los estudiantes, usando el coeficiente de correlación r de Pearson, no se halló una relación estadísticamente significativa con los niveles de optimismo, $r(533) = 0,008$; $p = 0,860$ ni con los niveles de autoestima, $r(533) = -0,012$; $p = 0,780$. Pero sí se observó una relación inversa estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto pequeño, entre edad y nivel de satisfacción vital, $r(533) = -0,115$; $p < 0,01$, mos-

Tabla 2. Correlaciones entre optimismo, autoestima y satisfacción con la vida

| | 1 | 2 | 3 | |
|---------------------------------------------------------------|-----|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. LOT-R (optimismo) | r | 0,515 ^a | | |
| | p | | | |
| | N | 544 | | |
| 2. Escala de Rosenberg (autoestima) - transformada | r | 0,459** | 0,836 ^a | |
| | p | 0,000 | | |
| | N | 544 | 544 | |
| 3. Escala de Diener (satisfacción con la vida) - transformada | r | 0,250** | 0,416** | 0,852 ^a |
| | p | 0,000 | 0,000 | |
| | N | 544 | 544 | 544 |

Se indica la confiabilidad obtenida por el instrumento según el coeficiente Alfa de Cronbach.

Fuente: elaboración propia.

trando que los alumnos más jóvenes estaban más satisfechos con sus vidas que los de mayor edad.

Considerando como referente el estudio de Tarazona (2005), que indicaba diferencias asociadas a los niveles socioeconómicos, se buscó aproximarse a esta comparación evaluando las diferencias de las fortalezas de la salud mental asociadas al tipo de establecimiento del que habían egresado los alumnos. Se eligió esta variable, pues en Chile los establecimientos municipalizados concentran a alumnos de menor nivel socioeconómico (Contreras y Elacqua, 2005). Para esto, se utilizó la prueba Anova de un factor, encontrando que no había diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción vital y optimismo de los egresados de centros municipalizados, particulares subvencionados y particulares pagados, obteniéndose resultados de $F(2, 541) = 2,780; p = 0,063$ y $F(2, 541) = 1,440; p = 0,238$, respectivamente. Sí se vieron diferencias en sus niveles de autoestima, $F(2, 541) = 3,576; p < 0,05$.

Para determinar qué grupos diferían entre sí, se efectuó un análisis post hoc de diferencia de medias con base en el estadístico HSD de Tukey, el que permitió concluir que, si bien los egresados de establecimientos particulares subvencionados ($M = 40,45; D.E. = 6,13$) no diferían de ninguno de los otros dos grupos, los alumnos que provenían de establecimientos municipalizados ($M = 39,00; D.E. = 7,14$) presentaban menores niveles de autoestima que los egresados de colegios particulares pagados ($M = 40,66; D.E. = 5,95$).

En cuanto a la religión, se comparó a los sujetos que se definían a sí mismos como profesantes y no profesantes utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, con base en un contraste unilateral. De esta forma, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en sus niveles de optimismo $t(540) = 1,228; p = 0,110$, o en su autoestima $t(540) = 0,835; p = 0,404$. Sí se identificaron diferencias significativas en la satisfacción con la vida que estos grupos reportaban, $t(540) = 1,861; p < 0,05$ (con un tamaño del efecto pequeño, $g = 0,16$), ya que los estudiantes que informaron profesar una religión exhibían una evaluación más positiva de sus propias vidas que quienes se reconocieron como no profesantes.

Finalmente, se evaluó la relación entre la autoestima, la satisfacción con la vida y el optimismo, con los problemas de salud mental más prevalentes en la población: depresión, ansiedad y consumo problemático de alcohol. Para esto, se utilizó una prueba no paramétrica, el coeficiente de correlación Rho de Spearman, con base en un contraste unilateral, pues las últimas tres variables presentaban una marcada asimetría positiva, con estadísticos de asimetría de 1,32; 1,38 y 1,51, respectivamente.

De este modo, se observó que el nivel de autoestima de la muestra indicaba relaciones estadísticamente significativas e inversas con la sintomatología ansiosa, $rho(542) = -0,380; p < 0,001$, y depresiva, $rho(542) = -0,488; p < 0,001$. Así, ambos problemas de salud mental demostraron presentarse en menor medida en aquellos estudiantes que reportaron una autoevaluación más positiva. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre autoestima y consumo del alcohol, $rho(542) = -0,058; p = 0,087$.

En el caso de la satisfacción con la vida, se hallaron relaciones inversas y estadísticamente significativas con depresión, $rho(542) = -0,375; p < 0,001$; ansiedad, $rho(542) = -0,269; p < 0,001$, y consumo problemático de alcohol, $rho(542) = -0,122; p < 0,001$. Esto indica que los alumnos evalúan de manera más positiva su vida, muestran menores niveles de ansiedad y depresión, y, así mismo, enfrentan menos problemas asociados al consumo de alcohol. La intensidad de estas relaciones, no obstante, difería, pues mostraban relaciones moderadas en los dos primeros casos y débiles en el último.

Finalmente, en relación con los niveles de optimismo, estos mostraron una relación inversa, estadísticamente significativa, aunque débil, con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, con estadísticos de $rho(542) = -0,121; p < 0,001$ y $rho(542) = -0,195; p < 0,001$, respectivamente. Esto demuestra que el alumnado con una visión general más positiva del futuro posee menores niveles de ansiedad y depresión. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre estas variables y el consumo problemático de alcohol, $rho(542) = -0,021; p = 0,310$.

Discusión

Al evaluar la salud mental de alumnos en su primer año de universidad, se observa una distribución asimétrica negativa, lo que indica una tendencia del estudiantado a ubicarse en los puntajes altos de cada variable. Lo anterior puede mostrarnos una tendencia de la población a evaluarse positivamente a ellos mismos, sus situaciones actuales y sus oportunidades futuras, toda vez que no se cuenta con baremos chilenos de los instrumentos utilizados que permitan clasificar a los participantes de forma más precisa. Sin embargo, pese a esto, si comparamos los resultados obtenidos con los de otros estudios (Mella *et al.*, 2004; Remor *et al.*, 2006; Rojas-Barahona *et al.*, 2009), se observa que la muestra de la presente investigación obtuvo medias superiores en las tres variables, lo que apoya la inferencia inicial.

En segundo lugar, al evaluar la relación entre estas variables, estas aparecen como un conjunto altamente interrelacionado de aspectos positivos de la salud mental, donde el nivel de autoestima es el que reporta la relación más intensa con los otros constructos. En este sentido, la valoración positiva de las características que los estudiantes se atribuyen a sí mismos y una mayor aceptación de estas en un momento determinado hace posible una mejor evaluación de la vida que le ha tocado a aquel sí mismo en aquel momento. Así, quienes no son capaces de ver positivamente su entorno y aceptarlo genuinamente, difícilmente podrán hacerlo con ellos mismos como individuos insertos en él.

Por otro lado, quien es capaz de aceptarse y valorarse también muestra una visión más benévola de las alternativas que le depara el futuro. Ello parece ir más allá de apreciar el contexto en que se vive y proyectarlo al mañana, sino que implicaría tener autoconfianza en las propias capacidades como agente de cambio para producir o aprovechar las oportunidades que vienen. De esta forma, si bien la relación entre optimismo y satisfacción vital es de moderada intensidad, demostrando que el estado actual se asocia pero no necesariamente garantiza al alumno (o lo sentencia a) un estado futuro de similares características, sí lo hace el grado de confianza y amor propio que este tenga. De este

modo, el futuro podría ser una puerta tan abierta como las capacidades que el sujeto se atribuya o se conceda a sí mismo.

En el estudio, igualmente, fueron evaluadas las relaciones de estas variables con el sexo y la edad de los sujetos. En el primer caso, no se encontraron diferencias, lo que refuta hallazgos realizados en otras investigaciones. Sin embargo, vale hacer notar que los resultados de Rojas-Barahona *et al.* (2009) y Tarazona (2005) al estudiar autoestima eran contradictorios en este punto, y, en este sentido, parece que este último estudio devela las razones al indicar que, más que una relación unívoca entre sexo y autoestima, lo que ocurre es una interacción del género con otras variables. Dado que esta investigación abordó un grupo relativamente homogéneo en edad que cursaba el mismo nivel educativo, pudo haber controlado –por diseño– el efecto de aquellas otras variables, anulando las diferencias que suelen aparecer en torno al sexo.

Esto se vería apoyado por el mayor nivel de autoestima que presentaron los egresados de colegios particulares pagados, lo que mostraría que efectivamente el estatus social puede influir en el grado en que los alumnos se aceptan a sí mismos. Al comparar la imagen real de sí mismo con un ideal marcado en nuestra cultura por énfasis economicistas, quienes lo hacen desde niveles más acomodados encuentran una mayor similitud con la imagen deseada, o perciben mayores posibilidades de alcanzarlo, que quienes tienen menores ingresos y menor acceso a las oportunidades sociales.

En el caso de la edad, sí se identificó una relación significativa aunque débil entre edad y satisfacción vital, lo que puede vincularse al significado que la edad tiene para el grupo estudiado: aquellos sujetos más jóvenes, con 18 años, se encuentran cursando primer año de la universidad en la edad en que socialmente se espera que esto ocurra. Dada la relevancia que la universidad tiene en Chile para la futura inserción laboral y económica de los sujetos, el hallarse realizando a tiempo su ingreso a la educación superior es objetivamente un indicador de que –al menos en este aspecto– el sujeto está cumpliendo con las expectativas de la sociedad. Aquellos sujetos de mayor edad, que reportaron menores niveles de satisfacción, por el contrario, estarían

atrasados de acuerdo con el parámetro social, lo que puede medrar su bienestar subjetivo. Sumado a lo anterior, este tipo de retrasos frecuentemente se relaciona con retardo en la enseñanza media, retiros tempranos de otras carreras universitarias o retrasos en el ingreso a la educación superior que pueden estar condicionados tanto por problemas económicos como por malos resultados previos en los procesos de selección, todo lo cual puede influir negativamente en la visión que el sujeto tiene de su situación. Pero ¿por qué no afectaría la evaluación de sí mismo y del futuro? En primer caso, y asumiendo que es necesario hacer investigaciones posteriores al respecto para verificarlo, es posible hipotetizar que evidenciaría una tendencia a realizar atribuciones externas para justificar el retraso, lo que generaría un contexto menos valorado pero dejaría intacta la autoimagen. En el segundo caso, independiente del retardo en el ingreso, se encuestó a todos ya estando dentro de la universidad, momento en el que las oportunidades de desarrollo profesional futuro se encontrarían constantes y todavía no estarían influidas por el desempeño académico, ya que todos recién inician sus estudios.

En cuanto a la religión, esta mostró ser un factor asociado a la satisfacción con la vida actual, pero no a las otras dos variables. La primera razón que podría estar a la base de este fenómeno deriva de las redes de apoyo social que suelen estar asociadas a los grupos religiosos, las que pueden de forma objetiva mejorar la calidad de vida de las personas. Por otro lado, eventualmente las características que la vida actual presenta para los profesantes, sean cuales sean, tienen un sentido a partir de su doctrina

y una trascendencia que las hacen más llevaderas y valorables. Esto no se aplica en el caso del optimismo, puesto que dentro del esquema religioso católico o evangélico –las religiones mayoritarias en la muestra– el valor del futuro no está determinado por si es mejor o peor, sino por la probabilidad del comportamiento que el sujeto puede tener en él.

Finalmente, la relación de las variables estudiadas con la sintomatología ansiosa y depresiva –aunque no con consumo de alcohol– evidencia el importante rol que pueden llegar a tener como factores protectores de la salud mental de los sujetos. En este sentido, sin menoscabar el peso que pueden tener en estos dos trastornos la genética, las creencias irracionales, la falta de recursos afectivos y cognitivos, y los problemas objetivos que los sujetos enfrentan, sí es posible afirmar que –desde la psicología positiva– se pueden realizar intervenciones centradas en las potencialidades humanas: en la aceptación y amor por la persona y sus circunstancias, complementado con intervenciones clínicas dirigidas al problema.

Es más, considerando lo anterior, parece más plausible aun para una universidad iniciar actividades preventivas promoviendo la aceptación de lo que soy, la valoración de lo que tengo y la confianza en lo que viene, en lugar de apoyar la realización o derivación de grupos terapéuticos o tratamientos individuales. De esta forma, se podría promover la salud mental, sobre todo en un contexto –el ingreso a la educación superior– que por novedoso y complejo es potencialmente nocivo para el estudiante, un escenario donde la universidad no puede eludir su responsabilidad.

Referencias

- Amézquita, M. E., González, M. E. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *Audit: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*. Ginebra: OMS.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory* (2nd edition). San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, R., Taylor, C. & Robbins, M. (2002). Missing home: sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16(2), 155-166.
- Cabañero, M., Richard, M., Cabrero, J., Orts, I., Reig, A. & Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Carver, C. & Scheier, M. (2002). Control processes and self-organization as complementary principles underlying behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 6(4), 304-315.
- Chang, E. (2002). Optimism-Pessimism and Stress Appraisal: Testing a Cognitive Interactive Model of Psychological Adjustment in Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 675-690.
- Contreras, D. & Elacqua, G. (2005). El desafío de la calidad y equidad en la educación chilena. *En Foco*, 43, 1-48.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.
- Dyson, R. & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1231-1244.
- Figueiredo-Ferraz, H., Cardona, S. & Gil-Monte, P. (2009). Desgaste psíquico y problemas de salud en estudiantes de psicología. *Psicología em Estudo*, 14(2), 349-353.
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- García, L. (2003). La psicología positiva: del modelo de la reparación al modelo del fortalecimiento. *Revista Hojas Informativas de los Psicólogos de las Palmas*, 56, 1-5.
- González, L. & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5-14.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240.
- Martínez, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-99.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, 22(2), 1127-1136.

- Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 64(4), 239-246.
- Prieto, M. F., Gonçalves, O. F., Buela-Casal, G. & Machado, P. (2004). Análisis comparativa del estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes depresivos y sujetos normales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 532-542.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobles, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira con relación al malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Rojas-Barahona, C., Zegerz, B. & Foster, C. (2009). Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2002). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Sanz, J. & Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Sanz, J., Perdigón, A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Scheier, M. & Carver, S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Steer, R., Rissmiller, D. & Ranieri, W. (1993). Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 60(3), 532-542.
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI*, 8(2), 57-65.
- Vásquez, C., Hervás, G. & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 263-270.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536.

Fecha de recepción: 10 de mayo de 2010
Fecha de aceptación: 20 de enero de 2011