

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**UNIDAD DE POST-GRADO**

**Relación de: Autoeficacia ante el estrés, personalidad,  
percepción del bienestar psicológico y de salud con el  
rendimiento académico en universitarios**

**TESIS**

Para Optar el Grado Académico de Doctor en Psicología

**AUTOR**

Luis Julio Condori Ingaroca

**Lima – Perú**

**2013**

A mis hermanos, sobrinos  
y familiares.  
Muy especialmente a mi madre  
Rebeca Ingaroca

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Luis Alberto Vicuña Peri, por su paciencia, colaboración y asesoría constante a lo largo de este estudio.

También deseo expresar mi sincero agradecimiento a quienes conformaron el Jurado Informante: Dr. Juan José Morocho Seminario y Dr. Carlos Ponce Díaz, por la atención prestada a este estudio, así como por sus acertadas observaciones y sugerencias las cuales contribuyeron a mejorar el mismo.

Haciendo extensivo mis agradecimientos, a la Dra. María Luisa Matalinares Calvet, miembro del jurado y al Dr. Carlos Arenas Iparraguirre, Presidente del Jurado Examinador por su eficiente y eficaz labor.

Deseo mostrar también mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible esta tesis doctoral.

Asimismo, agradecer a la Facultad de Psicología y a la UNMSM, por todo lo brindado y compartido, a lo largo de todos mis estudios y durante mi formación profesional.

A los amigos y colegas, a aquellos con los que emprendimos y a todos aquellos con los que nos capacitamos permanentemente, en esta noble misión de ser cada vez mejores y excelentes psicólogos.

## INDICE

RESUMEN	xi
INTRODUCCION	xiv
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación teórica	5
1.4 Justificación práctica	6
1.5 Objetivos	7
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1 Marco epistemológico de la investigación	9
2.2 Antecedentes de investigación	13
2.2.1 Investigaciones en el Extranjero	13
2.2.2 Investigaciones Nacionales	16
2.3 Bases teóricas	20
2.3.1 Salud - Salud Mental	20
2.3.2 Bienestar psicológico	25
2.3.3 Estrés	32
2.3.4 Autoeficacia - Autoeficacia ante el estrés	39
2.3.5 Tipos de personalidad - Reacciones interpersonales	50
2.3.6 Rendimiento académico	55
2.3.7 Estructura teórica que sustenta el estudio	58
2.4 Identificación de variables	61
2.5 Hipótesis	64
2.6 Definición de términos	64
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1 Tipo y diseño de investigación	66
3.2 Población y muestra de estudio	67
3.3 Instrumentos de estudio	69
3.4 Procedimiento de recolección de datos	77

3.5 Tratamiento estadístico de los datos	77
CAPITULO IV. PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1 Análisis descriptivos de resultados	79
4.2 Perfiles de la muestra	97
4.3 Pruebas de hipótesis	107
4.4 Análisis complementarios	113
CAPITULO V. DISCUSION DE RESULTADOS	
119	
CONCLUSIONES	127
RECOMENDACIONES	131
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	133
ANEXOS	144

## LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01	
Categorización del Nivel de Rendimiento Académico (según la DIGEBARE del Ministerio de Educación)	57
Tabla N° 02	
Categorización del Nivel de Rendimiento Académico (según Edith Reyes Murillo)	57
Tabla N° 03	
Población de estudio	67
Tabla N° 04	
Composición de la muestra	68
Tabla N° 05	
Dimensiones de la escala BIEPS-A	73
Tabla N° 06	
Interpretación de las puntuaciones altas y bajas de las escalas BIEPS	74
Tabla N° 07	
Análisis de la Bondad de Ajuste a la curva normal de los puntajes de las Escalas con la prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	80
Tabla N° 08	
Análisis de Fiabilidad de las escalas de los instrumentos	81
Tabla N° 09	
Análisis de fiabilidad de la escala Expectativas de Eficacia	82
Tabla N° 10	
Análisis de fiabilidad de la escala Expectativas de Resultado	83
Tabla N° 11	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 1	84
Tabla N° 12	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 2	85
Tabla N° 13	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 3	86

Tabla N° 14	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 4A	87
Tabla N° 15	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 4B	88
Tabla N° 16	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 5	89
Tabla N° 17	
Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 6	90
Tabla N° 18	
Análisis de fiabilidad de la escala Control/Aceptación	91
Tabla N° 19	
Análisis de fiabilidad de la escala Vínculos Psicosociales	91
Tabla N° 20	
Análisis de fiabilidad de la escala Autonomía	92
Tabla N° 21	
Análisis de fiabilidad de la escala Proyectos	93
Tabla N° 22	
Análisis de fiabilidad de la escala Salud General	94
Tabla N° 23	
Análisis de fiabilidad de la escala Funcionamiento Social Adecuado	95
Tabla N° 24	
Análisis de fiabilidad de la escala Ansiedad	95
Tabla N° 25	
Análisis de fiabilidad de la escala Depresión	96
Tabla N° 26	
Autoeficacia ante el estrés	97
Tabla N° 27	
Tipos de Personalidad	99
Tabla N° 28	
Nivel General de Bienestar Psicológico	101
Tabla N° 29	
Percepción del estado de Salud: Salud general y funcionamiento social adecuado	103

Tabla N° 30	
Percepción del estado de Salud: Ansiedad y depresión	103
Tabla N° 31	
Nivel de Rendimiento Académico (Categorizados según Edith Reyes Murillo)	105
Tabla N° 32	
Nivel de Rendimiento Académico de los estudiantes	105
Tabla N° 33	
Coefficientes de correlación entre las subescalas de Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés con el Rendimiento Académico	107
Tabla N° 34	
Coefficientes de correlación entre Estilos de Personalidad con el Rendimiento Académico	108
Tabla N° 35	
Coefficientes de correlación entre las dimensiones de Bienestar Psicológico con el Rendimiento Académico	109
Tabla N° 36	
Coefficientes de correlación entre los factores de Percepción de la Salud con el Rendimiento Académico	110
Tabla N° 37	
Coefficientes de correlación Rho de Spearman entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, tipos de Personalidad, bienestar psicológico, salud autopercebida con el Rendimiento Académico	111
Tabla N° 38	
Coefficientes de correlación entre Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés con los estilos de Personalidad	113
Tabla N° 39	
Coefficientes de correlación entre las subescalas de la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés con el Bienestar Psicológico	114
Tabla N° 40	
Coefficientes de correlación entre las subescalas de la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés con los factores de la Salud autopercebida-Percepción de la Salud	115



Tabla N° 41	
Coeficientes de correlación entre los Estilos de Personalidad con el Bienestar Psicológico	116
Tabla N° 42	
Coeficientes de correlación entre Estilos de Personalidad y los factores de la Salud autopercebida-Percepción de la Salud	117
Tabla N° 43	
Coeficientes de correlación entre las dimensiones de Bienestar Psicológico y los factores de salud autopercebida-Percepción de la Salud	118
Tabla N° 44	
Rangos de confiabilidad DeVellis	150

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N° 01	
Perfil diagnóstico de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios	98
Gráfico N° 02	
Perfil diagnóstico de los Tipos de Personalidad en estudiantes universitarios	100
Gráfico N° 03	
Perfil diagnóstico del Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios	102
Gráfico N° 04	
Perfil diagnóstico de la Percepción de Salud (Salud autopercebida) en estudiantes universitarios	104
Gráfico N° 05	
Perfil diagnóstico de Rendimiento académico de los estudiantes universitarios	106

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, las Reacciones interpersonales, el Bienestar psicológico y la Percepción de salud en estudiantes universitarios, y como estas están correlacionados con el Rendimiento académico, en un grupo de 521 universitarios de la ciudad de Trujillo. Se emplearon las escalas: Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE), Inventario Abreviado de Reacciones Interpersonales (Short Interpersonal Reactions Inventory, SIRI), Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A) y El Cuestionario General de Salud (GHQ-12). Tanto las escalas totales, como las diversas subescalas, presentaron niveles de confiabilidad que van de 0.66 a 0.85. Se hallaron correlaciones significativas entre: el Rendimiento académico con la Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés, el Bienestar psicológico (subescalas Control/aceptación y Proyectos) y las Reacciones interpersonales (directo en Tipo 4A, e inversos en Tipo 3 y 6). Asimismo correlaciones significativas entre las escalas: Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés, el Bienestar psicológico y la Percepción de la salud (correlación inversa con las otras). También se encontró mayormente relación significativa inversa entre las Reacciones interpersonales con las otras escalas, salvo en el Tipo 5 que sólo tiene relación con el Bienestar psicológico (subescala Vínculos psicosociales).

*Palabras Clave:* Autoeficacia, Afrontamiento, Estrés, Bienestar psicológico, Percepción de Salud, Tipos de personalidad, rendimiento académico.

## ABSTRACT

This research had as main objective to establish the relationship between self-efficacy for coping with stress, interpersonal reactions, psychological well-being and health perception among university students, and how are you are correlated with academic performance in a group of 521 college students of the city of Trujillo. We used the scales: Self-Efficacy for Coping with Stress (EAEAE), Interpersonal Reactions Inventory Abbreviated (Short Interpersonal Reactions Inventory, SIRI), Psychological Well-Being Scale (BIEPS-A) and General Health Questionnaire (GHQ-12). Both the total scale, as the various subscales, showed levels of reliability ranging from 0.66 to 0.85. We found significant correlations between: academic achievement with self-efficacy for coping with stress, psychological well-being (subscale Control/acceptance and Projects) and interpersonal reactions (direct type 4A, and reverse in Type 3 and 6). Also significant correlations between the scales: Self-efficacy for coping with stress, psychological well-being and health perception (inverse correlation with the other). We also found significant inverse relationship between mostly personality types of interpersonal reactions with the other scales, except Type 5 only relates to the psychological well-being (subscale Links psychosocial).

*Keywords:* Self-efficacy, coping, stress, psychological well-being, perceived health, personality types, academic performance

## RÉSUMÉ

Cette recherche avait pour objectif principal d'établir la relation entre l'auto-efficacité pour faire face au stress, les réactions interpersonnelles, bien-être psychologique et la perception de la santé chez les étudiants universitaires, et comment êtes-vous sont en corrélation avec le rendement scolaire dans un groupe de 521 étudiants de la ville de Trujillo. Échelles ont été utilisées: Efficacy Scale auto pour faire face au stress (EAEAE), interpersonnelle réactions d'inventaire abrégé (court Inventaire Interpersonnelles Réactions, SIRI), bien-être psychologique Scale (BIEPS-A) et General Health Questionnaire (GHQ-12). Tant l'échelle totale, comme les sous-échelles différentes, ont montré des niveaux de fiabilité allant de 0,66 à 0,85. Nous avons trouvé des corrélations significatives entre le rendement scolaire avec l'auto-efficacité pour faire face au stress, bien-être psychologique (sous-échelle Contrôle/Acceptation et projets) et les réactions interpersonnelles (type 4A directe et inverse en type 3 et 6). Aussi des corrélations significatives entre les échelles: L'auto-efficacité pour faire face au stress, bien-être psychologique et la perception de la santé (corrélation inverse avec l'autre). Nous avons également constaté significative relation inverse entre les types de personnalité essentiellement des réactions interpersonnelles avec les autres échelles, à l'exception de type 5 ne concerne que le bien-être psychologique (liens sous-échelle psychosociaux).

*Mots clefs:* auto-efficacité, d'adaptation, le stress, bien-être psychologique, perception de la santé, les types de personnalité, le rendement scolaire

## INTRODUCCION

La investigación que se presenta surge de la necesidad de encontrar y aplicar formas de tamizaje rápida y detectar en la población perturbaciones mentales, que afectarían el desempeño óptimo, actuando a un nivel preventivo. Tratamos de unificar variables de grandes impactos en los seres humanos como el afrontamiento del estrés, los tipos de personalidad como reacción al estrés psicosocial, el efecto del bienestar psicológico de las personas, su salud autopercebida y su efecto en el rendimiento académico.

Elegimos estas variables, en estudiantes, en razón de evaluar tanto cuanta autoeficacia presentan al afrontar las situaciones de estrés, cómo son sus tipos de personalidad, el nivel de bienestar psicológico, la percepción de salud que presentan ellos, y como todo ello influye y afecta su rendimiento académico.

Nuestra investigación está orientada a los planteamientos que se presentan en torno a la personalidad, la autoeficacia para afrontar el estrés, el bienestar psicológico que presentan las personas, la salud, y el desempeño de estudiantes en ambientes universitarios.

Esto nos lleva a formular la presente investigación teniendo como problema principal la relación que se puede presentar entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, las reacciones interpersonales, el bienestar psicológico y la percepción de salud en estudiantes universitarios, y como estas variables influyen en su rendimiento académico.

En el Capítulo I, vemos el Planteamiento del Problema, en donde situaremos y formularemos el problema de la presente investigación. Presentaremos la justificación teórica, práctica, y los objetivos planteados.

En el Capítulo II, que es el Marco Teórico, en donde se desarrolla el marco epistemológico en el que nos apoyamos, así como los diversos antecedentes de la investigación y cuestiones teóricas que respaldan el estudio.

En el Capítulo III, se presenta la Metodología empleada en la presente investigación. Veremos el tipo y diseño planteado, la población y la muestra de estudio, los instrumentos empleados, el procedimiento de recolección y el procesamiento de los datos obtenidos.

En el Capítulo IV, realizamos la Presentación de Resultados obtenidos, en donde haremos los análisis descriptivos de los resultados, mostraremos los perfiles de la muestra y mostraremos la prueba de hipótesis que confirman o rechazan nuestros presupuestos de estudio.

En el Capítulo V, pasamos a realizar la Discusión de los Resultados, en base a los datos encontrados y con las investigaciones respectivas.

Finalmente, presentaremos las conclusiones a las que llegamos, y se darán recomendaciones al respecto.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA**

El trabajar con la salud, la cual más que un estado de ausencia de enfermedad, es todo un proceso amplio que se da más allá del continuum salud-enfermedad, nos permite darnos cuenta y asumir el compromiso inherente a él de mejorarla.

Se tiene un estado de salud cuando se alcanza un equilibrio armónico entre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y también con el medio.

Nosotros, no enfatizamos solo en dar solución a la enfermedad, ya que esta vista sería parcializada y perderíamos los aspectos emocionales y las potencialidades de las personas. Como la prevención que implica promover la salud, se da en tres niveles: preventivo primario, secundario y terciario, nosotros enfatizamos, tomar en cuenta, los aspectos de tipo preventivo primario a fin de cubrir el amplio espectro del mismo en la población.

La prevención de las enfermedades mentales, es un problema de salud que se refleja a nivel mundial y en el gran nivel de lo preventivo primario.



El hombre vive y se hace en sociedad, interactúa con sus semejantes y estas relaciones crecen conforme este avanza en su desarrollo e interactúa en la sociedad.

Teniendo en cuenta el vertiginoso crecimiento de las ciudades que, en muchas ocasiones en gran cantidad de países, presentan un crecimiento no planificado, a la vez de acudir a la tecnología para satisfacer las necesidades que tal desarrollo ha generado; su mismo crecimiento y la tecnología, tienen efectos secundarios que resultan perniciosos, tales como mayor contaminación por residuos, por ruidos, por tugurización y variados aspectos emocionales, que se han convertido en lo que los especialistas han llamado estresores negativos para las personas.

Conocer cómo atenuar y superar estos efectos adversos, ayudará a mejorar las condiciones de vida y al hombre; a ello, el psicólogo contribuiría como profesional de la salud y debería, contar con herramientas y recursos de diagnóstico e intervención con énfasis en la prevención y tratamiento de la salud.

Este estado, de efectos perniciosos en la salud, también llega a los ámbitos universitarios; que al priorizar el conocimiento y la tecnología, dejan de lado, en muchas ocasiones sin intención, los aspectos psicológicos y emocionales de los estudiantes y de los ingresantes, que esperan mejorar su desarrollo y contribuir a la ciencia y sociedad. Existe pues el riesgo de que las personas que lleguen a la universidad estén con secuelas o acciones nocivas del estrés, no trabajadas oportunamente, así como de su bienestar y salud, que detectándose oportunamente se reduciría el desarrollo de problemas que tendrían secuelas psicosociales perniciosas en su desempeño como universitarios, haciéndose extensivo a su familia y comunidad. Estudiar y detectar esas variables que intervendrían en generar esos estados de enfermedad, que controlados y minimizados nos permitirían potenciar su estado de salud y poder conocer como estos influyen en el rendimiento académico, nos proporcionará indicadores sobre las cuales podríamos planificar estrategias preventivas oportunas.

Teniendo en cuenta que en las universidades se fomenta la producción académica y la enseñanza de calidad, para lo cual, se enfatiza mucho en el

personal docente, quienes deben reunir una serie de requisitos cada vez más exigentes para mantener su plaza de docente; entonces, dada la calidad de los docentes, deberíamos encontrar un producto de excelencia en los alumnos, en su aprendizaje, en su desempeño.

Conocer el desempeño académico de los estudiantes, es importante, como lo señala Fernández, E. (2010) mencionando al respecto que el: rendimiento académico puede decirse que es hoy una variable que genera gran atención en los educadores e incluso mediática.

El desempeño de los estudiantes tiene que ver con una serie de variables, y una de ellas es su reacción o respuesta ante situaciones diversas, producto de su personalidad. El tipo de personalidad, apoyándose en los aspectos positivos del mismo, lo hará enfrentar con mejores herramientas sus diferentes quehaceres tanto dentro de la esfera académica como en las otras en que se desenvuelva.

Ya algunos estudios han visto, la existencia de una relación entre el rendimiento académico de jóvenes universitarios y los rasgos de personalidad e inteligencia, entre otras (Aliaga, J. 1998a), ello nos permite tomar en cuenta estas variables, muy importantes en el quehacer universitario.

Aunándose a ello y avalando estos aspectos tenemos a otros investigadores como Chávez, A. (2006) quien menciona que: los factores exclusivamente intelectuales y aptitudinales son pobres predictores del rendimiento académico a largo plazo. En la actualidad, las investigaciones en este campo están volcadas a la búsqueda de factores no cognitivos que puedan explicar de forma más acabada su relación con el rendimiento académico. Dichos factores se refieren fundamentalmente a variables de orden afectivo, *las cuales hacen referencia a factores como la personalidad, la autoestima/autoconcepto, la motivación, la autoeficacia o la influencia paterna, entre otras* (Chávez, A. 2006).

Otro de los aspectos que tomamos en cuenta, tal vez novedoso es el de la autoeficacia, que es un predictor de numerosas conductas. Recientemente, Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. & Márquez, B. (2010), mencionan que: la

percepción de las personas acerca de su propia eficacia se utiliza como un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones conducentes al logro de los objetivos personales. Dicha percepción se denomina autoeficacia, término introducido a la Teoría Social Cognitiva por Bandura. De acuerdo con esta teoría, la autoeficacia ejerce una profunda influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos y en las reacciones emocionales que experimentan ante situaciones difíciles.

Las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción, y determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones (Olivari, C. & Urra, E. 2007). Asimismo, es de vital importancia dotar a cada individuo de elementos que le permitan incorporar nuevos conocimientos, desarrollar nuevas competencias y modificar sus conductas, considerando que el cambio y la adaptación se convertirán en agentes indispensables en sus procesos de desarrollo a lo largo de las etapas de la vida (Pérez, M. et al. 2010).

Es indudable, que si se tomara en cuenta lo ya mencionado, podríamos intervenir y mejorar los procesos en el ámbito universitario y sobre todo, en los aspectos preventivos.

También es muy importante, considerar aspectos como el bienestar psicológico, que es “un concepto ligado a la percepción subjetiva que tiene un individuo respecto a los logros conseguidos por él, y su grado de satisfacción personal con sus acciones pasadas, presentes y futuras” (Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. 1999). Este bienestar psicológico se produce en relación con un juicio cognitivo que la persona hace acerca de sus logros, lo que a su vez influye en la conducta dirigida al logro de metas y propósitos, siendo por ello un factor de motivación intrínseca para el estudiante.

A este respecto, también como impulso a nuestro estudio, tomaremos en cuenta, la expresiones de Velásquez, C. et. al (2008) quienes mencionan que: los repertorios conductuales de asertividad y los sentimientos de bienestar subjetivo

son importantes para los individuos. Las competencias asertivas permiten un adecuado manejo interpersonal de situaciones sociales, y los sentimientos de bienestar aportan la dosis de tranquilidad y optimismo suficientes como para desarrollar estrategias de afronte a los problemas cotidianos, en especial los referentes a la franja ocupacional del estudiante común y corriente: la dedicación lectiva. La calidad y cantidad del rendimiento académico vienen a ser buenos referentes del éxito que el joven alumno universitario consigue, partiendo de sus capacidades para evaluar en general positivamente las situaciones (autorreportar “sentirse bien”) y manejar de manera adecuada las relaciones interpersonales.

Por todo lo descrito, y siendo la correlación la base de toda ciencia, es preciso tomar en cuenta y estudiar como variables, el cómo se manifiesta la autoeficacia frente al estrés, qué tipo de personalidad están presentes e interactúan en este proceso, cómo se da el bienestar y la salud de nuestros estudiantes, y cómo todo ello influye en el rendimiento académico. A ello apunta la presente investigación.

## 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Nos proponemos despejar la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre la Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés, la personalidad, la percepción del Bienestar psicológico y la percepción de la salud, con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo?

## 1.3 JUSTIFICACION TEORICA

El ser humano posee diferentes potencialidades y cualidades que pueden ser la base para mejorar su estado actual de conducta y desempeño.

Con el presente estudio, conoceremos algunas de ellas, relacionadas al estado de salud mental y de variables relacionadas al ámbito académico de los estudiantes, y luego haremos una descripción diagnóstica y tipológica, para actuar a un nivel preventivo.

Esta investigación aportará información acerca de las variables relacionados a los aspectos de salud mental y desempeño académico universitario, que contribuirán a mejorar los niveles de prevención, profundizando en su estudio y así poder innovar en este campo de acción.

El estudio por si solo está limitado en cuanto a las características de la muestra y su generalización al universo total, por cuanto es un estudio sobre variables influyentes en el estado de salud, bienestar psicológico y rendimiento académico de estudiantes universitarios, más requiere la ejecución de estudios similares en otras regiones, tomando en cuenta sus peculiaridades. Aun así, los resultados pueden extrapolarse para la realización de las acciones preventivas respectivas.

Esperamos por ello contribuir, con éste estudio y con los instrumentos empleados, a conocer más profundamente la realidad del estado de salud mental y variables del quehacer académico en la población universitaria e influir con ello en la población en general, y con ello, se logrará aportar a la disciplina psicológica y a las ciencias afines, como también se generarán más alternativas de acción profesional inter y multidisciplinarias al respecto.

#### 1.4 JUSTIFICACION PRÁCTICA

La presente investigación brindará información tanto a nivel teórico como práctico, contribuyendo a incrementar la información del nivel preventivo, que nos permitirá conocer las formas de autoeficacia de afrontamiento al estrés, así como detectar casos de tendencias inadecuadas al enfrentarlo, que indicarían premorbididad como reacción interpersonal o tipo de personalidad, que presentan los estudiantes universitarios, que pueden afectar su desarrollo tanto académico como profesional.

También permitirá contribuir con pruebas para filtrado o tamizado, diseñados para identificar “casos” potenciales de trastornos mentales (ansiedad y depresión) y de predisposición a enfermedades (cáncer, enfermedad coronaria) en la población en general, haciendo detección precoz explícitamente en ambientes universitarios.

Al conocer el nivel de Bienestar Psicológico, sabremos cómo enfrentar las dificultades psicológicas, mejorando su desempeño en ambientes universitarios, con una actitud positiva y de perseverancia, en lo académico.

Los resultados obtenidos servirán para organizar nuevas estrategias, dirigidas a mejorar tanto las variables estudiadas, el rendimiento académico, desarrollo psicológico y profesional de los estudiantes universitarios.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación existente entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, la Personalidad, la percepción del Bienestar psicológico y de Salud con el Rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

### 1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación que existe entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y el rendimiento académico.
- Averiguar la relación que existe entre los estilos de personalidad y el rendimiento académico.
- Establecer la relación que existe entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico.
- Identificar la relación que existe entre la percepción de la salud y el rendimiento académico.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 MARCO EPISTEMOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Las concepciones acerca de la relación mente-cuerpo, han cambiado con el tiempo y con las diversas culturas. Los antiguos griegos entendían que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente. Ya Platón lo mencionaba, más Hipócrates (400-300 a. c.) creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respeto a leyes naturales, y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. Habló acerca del equilibrio de los cuatro humores, cuya teoría lo desarrolló Galeno (139-200 d. c.) Ya por ello, los griegos afirmaron que las emociones o pasiones no sólo podían afectar el funcionamiento del cuerpo, sino que también podían provocar enfermedades.

Los chinos también concebían la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías influido por las emociones y comportamientos.

En la Edad Media se adoptó un enfoque espiritualista. La enfermedad se percibía

como la consecuencia del pecado, de la violación de la ley divina; la curación, como obra de la fe y el arrepentimiento del pecado.

Durante el Renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas. Fue en esta época cuando surgió la base filosófica del **modelo biomédico**, el cual se impondría, durante trescientos años, hasta nuestros días. René Descartes (1596-1650) esbozó el modelo dualista (mente-cuerpo), que concebía el cuerpo como una máquina gobernada por principios biomecánicos.

El modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero era insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano.

Freud (1856-1939) revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad y también elabora la primera formulación teórica sobre la alteración psicósomática.

El modelo biomédico desestima la influencia de determinadas situaciones vitales en el estado de salud de los individuos.

Ante ello, surge un modelo, de gran aceptación en la actualidad, que es el **modelo biopsicosocial**, para quien la salud y la enfermedad están multideterminadas, porque las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diverso origen y naturaleza, ya que intervienen elementos de macroprocesos (como el contexto social, el ambiente físico, las circunstancias socioeconómicas, los factores climáticos, etc.) como elementos de microprocesos (los cambios bioquímicos, los pensamientos, las emociones, etc).

Actualmente, se hace énfasis en la salud más que en la enfermedad. La salud es entendida como un proceso-estado al que se alcanza cuando hay armonía tanto biológica y psicológica, como con el entorno socio-ambiental.

La teoría de los sistemas sirve de marco explicativo de este modelo. Los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal,



social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual.

Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados.

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Además estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

La psicología de la salud, que surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, reafirma la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien para generar la enfermedad.

La psicología, tradicionalmente orientada al estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales, descuido los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que estos presentan para las personas. Ante ello, surgió la Psicología Positiva, para investigar sobre las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven.

En sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

El concepto de bienestar encuentra sus bases en dos enfoques filosóficos: el hedonismo, que considera que consiste en el placer o la felicidad. Y el eudaimonismo, que trasciende el estado de felicidad y se sustenta en la actualización de las potencialidades humanas.

Bajo el enfoque eudaimónico, Ryff, C. (1989), citado en Pardo, F. (2010), elabora el concepto de bienestar psicológico y propone el Modelo Multidimensional del

Bienestar Subjetivo. Este modelo ha sido utilizado, en las investigaciones en Iberoamérica por M. M. Casullo publicada el 2002.

Cuando nos referimos al término estrés, la definición que puede darse, varía en función del modelo teórico en que se enmarca tal definición. Actualmente podemos diferenciar básicamente tres enfoques en el estudio del estrés:

En primer lugar, puede hablarse de estrés desde un punto de vista ambientalista, como algo externo (estímulos o acontecimientos que se denominan estresores) que provoca una respuesta de tensión.

En segundo lugar, se hace hincapié no en estímulo sino en la respuesta. Tal es el enfoque de H. Selye (citado en Oblitas, L., 2010, p. 26), que consideraba el estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental.

Finalmente, desde un enfoque más interaccionista, ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés entendido como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo. Lazarus & Folkman (1986) presentaron una teoría que define el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, en los términos de un paradigma que se puede denominar “modelo transaccional”. De acuerdo con este modelo, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. La concepción de Lazarus sugiere, una visión subjetiva de estrés, esto es, nada es estresante a menos que el individuo lo defina como tal. En este sentido, no hay acontecimientos universalmente estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales.

La Teoría Social Cognitiva establece una imagen del ser humano como un individuo en búsqueda del desarrollo personal. También, plantea como punto clave que los individuos tienen creencias personales que les permiten ejercer una medida de control sobre sus sentimientos, acciones y pensamientos. Es decir, el comportamiento de las personas se ve influido por lo que estas piensan, creen y

sienten. Bandura sostuvo que lo que las personas piensan sobre ellas mismas es clave en el ejercicio del control humano. Aquí surge el concepto de autoeficacia, puesto que lo que las personas piensan sobre sus propias capacidades, es un mejor elemento que predice el comportamiento de las mismas. Las personas son, pues, entendidas como productores y productos de sus ambientes y de sus sistemas sociales.

El constructo autoeficacia, surge pues dentro de la teoría cognitivo social.

La autoeficacia percibida se relaciona, no con el número de habilidades que uno tiene, sino con la percepción de control personal que el individuo posee sobre sus acciones. Actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina, en gran medida, la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas ante las dificultades, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas.

Los individuos con un alto sentido de autoeficacia aumentarán su funcionamiento socio cognitivo en muchos aspectos y afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como cambiables, más que como amenazantes. Además, se implicarán en actividades con un alto interés y compromiso invirtiendo un gran esfuerzo en lo que hacen y aumentando su esfuerzo ante las dificultades y contratiempos. Una alta autoeficacia percibida aumenta la consecución de metas, reduce el estrés y disminuye la vulnerabilidad a la depresión. Por tanto, las creencias sobre la autoeficacia contribuyen a la consecución de los logros humanos y a un incremento de la motivación, que influye positivamente en lo que las personas piensan, sienten y hacen.

La autoeficacia es el producto de diversas fuentes como: la persuasión social, la experiencia propia, la experiencia vicaria, el estado fisiológico y afectivo entre otras. Estas fuentes generan distintas percepciones que actúan a través de procesos cognitivos (ej. imaginando metas, prediciendo dificultades), motivacionales, (ej. anticipando resultados posibles, planificando metas valoradas), afectivos (ej. afrontamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y de selección de procesos (ej. aproximación y evitación

de determinadas situaciones) (Bandura, 1997), citado en Terry, L. (2008).

La personalidad puede jugar un papel importante en la caracterización de las respuestas psicológicas ante las diversas situaciones a las que se enfrentan. Como todas las personas presentan diferentes reacciones a los eventos, el estudiar las Reacciones Interpersonales enfocándose en el estrés que juega un papel importante en la personalidad, pues existe evidencias de que la personalidad y el estrés están relacionados causalmente con varios tipos de enfermedades incluyendo el cáncer y enfermedades al corazón, llevó a Eysenck y Grossarth-Maticek (citado por Aparicio, A. 1999, y por Vicuña, L., Hernández, H., Pérez, L. y Arauco, R. 2001), a desarrollar el Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI). Dicho instrumento en su versión corta (1990), evalúa los tipos de reacción al estrés psicosocial, proporcionándonos seis tipos de personalidad.

El Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI), utiliza la perspectiva teórica de corte psicosomático debido a que es imposible atribuir exclusivamente a factores orgánicos el desencadenamiento de problemas específicos de salud, encontrándose que los individuos con personalidad considerada como sana son menos propensos a contraer los males que se intenta predecir.

## 2.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

### 2.2.1 Investigaciones en el Extranjero

#### **Investigaciones acerca de la Salud**

Campo-Arias, A. (2007), al aplicar a la población de Bucaramanga, Colombia, el Cuestionario General de Salud-12, encontró que la forma de puntuación ordinal presenta un mejor comportamiento psicométrico que las puntuaciones binarias. También encuentra que todas las formas de puntuación muestran alta consistencia interna y aceptable solución factorial, excepto la forma 0-0-0-1.

Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. & Weil, K. (2003), en Chile realizan una investigación para determinar la Psicopatología en pacientes hospitalizados en un Hospital General utilizando el GHQ-12, no encontrando

correlación entre el mayor puntaje en el GHQ-12, con datos sociodemográficos básicos o el tipo de servicio de hospitalización, concluyendo que la alta prevalencia de comorbilidad encontrada confirmaría la importancia de la detección y adecuado manejo de los trastornos emocionales en pacientes con patologías físicas.

### **Investigaciones acerca del Bienestar Psicológico**

Vela, K. (2007), en Guatemala, aplicando la Escala de Bienestar de Sánchez-Canovas, a un grupo de mujeres víctimas de la violencia conyugal, encuentra que estas presentan un nivel de relaciones de pareja insatisfactorio y por el contrario presentan un nivel de bienestar laboral bueno.

Chávez, A. (2006), en México, al aplicar la Escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J), encuentra una fuerte correlación positiva entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico, así como correlaciones variadas con las subdimensiones de la escala BIEPS-J.

Contini, N., Coronel, P., Levín, M. & Estevez, A. (2003), en Tucumán-Argentina, en un estudio en donde emplearon la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS), identificaron las estrategias de afrontamiento de los adolescentes, en donde los adolescentes que presentaron un elevado nivel de bienestar psicológico emplearon estrategias de afrontamiento de tipo activo, al contrario de los que presentaron bajo nivel de bienestar psicológico, que emplearon estrategias pasivas y falta de afrontamiento.

### **Investigaciones acerca del Estrés**

Martín, I. (2007), de la Universidad de Sevilla, al realizar una investigación sobre la relación entre el nivel de estrés y los exámenes en estudiantes universitarios, encuentra una relación significativa entre ambos, así como sus efectos sobre la salud y el autoconcepto académico.

Barraza, A. (2004) en México, realiza un estudio acerca de estresores, síntomas, estrategias de afrontamiento que caracterizan el estrés académico que viven los

alumnos de postgrado, no encontrando correlación entre el género, el tipo de maestría o el semestre que cursan con el nivel de estrés autopercebido.

### **Investigaciones acerca de la Autoeficacia ante el Estrés**

Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M. & Vásquez, N. (2010), realizan para la ciudad de Buenos Aires, una adaptación de la Escala de Autoeficacia General de Jerusalem y Schwarzer, informando de las características psicométricas y datos normativos de la misma, encontrando evidencias de consistencia interna y de validez en los resultados.

Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J., en el año 2000, al realizar una investigación con la finalidad de adaptar la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, a la población española, encuentra como características psicométricas, que la escala presenta confiabilidad adecuada y una considerable capacidad predictiva.

### **Investigaciones acerca de los Tipos de Personalidad**

Martínez-Correa, A. & Reyes, G. en el año 2007, siguiendo con el modelo postulado por Eysenck y Grossarth-Maticek, acerca de los tipos de personalidad que están predispuestos a enfermedades específicas, encuentra datos muy similares a otros estudios previos y aporta a la fiabilidad, validez factorial y baremación de la muestra española del instrumento.

Orejudo, S., Froján, M. y Malo, C. (2004) al realizar un estudio acerca de la Tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck en relación con otros constructos psicológicos, profundizan los componentes de los tipos de personalidad y encuentra coincidencias entre su estudio y el realizado por Grossarth-Maticek y Eysenck.

### **Investigaciones acerca del Rendimiento académico**

Feldman, L. et al. (2008), al estudiar la relación entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos, encontraron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En las

mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas, y un menor apoyo en general. Ambos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado.

Palacio, J. & Martínez, Y. (2007), al realizar un estudio acerca de la relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios, encuentran que el Rendimiento Académico correlaciona negativamente con el estado de ansiedad. Además, encontraron promedios académicos significativamente más altos en los estudiantes que no han perdido semestre alguno y que cursan todas las asignaturas proyectadas para el mismo semestre.

## 2.2.2 Investigaciones Nacionales

### **Investigaciones acerca de la Salud**

Chávez Sánchez, A. & Santos, B. (2009), realizan una investigación para encontrar la relación entre la Salud Mental y las características sociodemográficas en ingresantes a la Universidad, empleando el Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 28 ítems (GHQ - 28), encontrando relación significativa sólo de las escalas síntomas somáticos y ansiedad/insomnio de salud mental con el sexo.

Tirado, P. et al. (2008) al investigar en alumnos ingresantes a la Universidad, la relación entre satisfacción familiar y salud mental, empleando el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg GHQ-28, como resultados, no encuentran correlación entre las variables investigadas.

Vásquez, E. & cols. (2008) realizan una investigación para determinar los niveles de salud mental de alumnos universitarios que ingresaron a la universidad, con el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg, encontrando que presentan dificultades en lo que respecta a su desempeño social, aunque este resultado puede variar con el tiempo, siendo situacional.

### **Investigaciones acerca del Bienestar Psicológico**

Chotón, N. & Díaz, K. (2010), al investigar los efectos de la aplicación de un programa de caricias físicas en el bienestar psicológico (empleando la Escala de BIEPS-A de María Martina Casullo, 2002) de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Belén-Trujillo, concluyen que mejora significativamente el bienestar psicológico de los pacientes, así como las dimensiones de Proyectos, Control de Situaciones y Aceptación de sí, no mejorando las dimensiones de Vínculos Psicosociales y Autonomía.

Salas, J. (2010), quien investiga acerca del Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N° 7, utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Canovas, encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas en el Bienestar Psicológico; en todos los casos que las puntuaciones de aquellos que tienen pareja, superan a los que no la tienen.

Peralta, M. (2008), empleó la escala BIEPS-J de M. M. Casullo y el Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial (INDACPS) de Sánchez et al., en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad César Vallejo de Chimbote, encontrando que existe correlación significativa entre el Bienestar Psicológico y las escalas de Desajuste del Comportamiento Psicosocial: ansiedad, depresión, resentimiento, baja autoestima, dependencia, desajuste familiar, desajuste social, conducta antisocial, desarraigo nacional, agresividad, desesperanza y aprobación social.

Armas, R. & Lalangui, A. (2008), aplicando la escala BIEPS-J y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydemberg y Lewis, a alumnos de tercero y cuarto año de la Institución Educativa ADEU de Chiclayo, encuentran que existe relación estadística altamente significativa entre el Bienestar Psicológico y los subcomponentes de Estrategias de Afrontamiento como son: resolución de problemas y relación con los demás.

Vergara, S. & Zamora, Y. (2008), empleando la escala BIEPS-J de M. M. Casullo en madres adolescentes solteras y casadas de La Libertad del pueblo Nuevo Chepén, encuentran que existen diferencias significativas en cuanto al Nivel de



bienestar psicológico en la muestra estudiada.

Núñez, S. & Silva, M. (2008), investigan aplicando la Escala de Bienestar Psicológico de RIFF, a operarios de producción de la empresa AJEPER S.A. encontrando que entre el nivel de Bienestar psicológico y el nivel de adaptación al trabajo por turnos existe una relación altamente significativa.

Vallejo, L. (2007), empleando la Escala de Bienestar de Sánchez-Canovas, a estudiantes del colegio Perpetuo Socorro del distrito de Trujillo, halló relación altamente significativa entre el Bienestar psicológico y cada una de las 18 estrategias de afrontamiento de la escala de Afrontamiento para adolescentes (Adolescent Coping Scale-ACS).

Torres, W. (2003), quien investiga empleando la escala de Bienestar de Sánchez-Canovas, no encuentra variaciones significativas de acuerdo al tiempo de utilización de los recursos de internet y sus herramientas, con el bienestar psicológico.

### **Investigaciones acerca de la Autoeficacia ante el Estrés**

Fernández, M. (2008), realiza estudios, en donde encuentra niveles elevados de burnout, así como relación significativa entre la autoeficacia y el estrés en maestros peruanos.

Terry, L. (2008), al investigar la relación entre los Hábitos de estudio y autoeficacia percibida en estudiantes universitarios, según la condición académica, encuentra una relación significativa entre las variables, encontrando diferencias también según el género.

Moreano, L. (2006), en una investigación acerca del afrontamiento, encontró que los jóvenes universitarios utilizaban estilos saludables y funcionales al momento de lidiar con los estresores, siendo la estrategia más utilizada “esforzarse y tener éxito”.

Alcalde, M. (1998), al realizar una investigación, halló que universitarios limeños

usaban con mayor frecuencia la reinterpretación positiva, la planificación, el afrontamiento activo, apoyo social instrumental y postergación (en ese orden), demostrando que prefieren un manejo directo y activo del problema pero con un manejo emocional del mismo.

### **Investigaciones acerca de los Tipos de Personalidad**

Sobre la relación personalidad-estrés, existen dos investigaciones con el Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck (SIRI): Vicuña, L. et al. (2001), quienes investigaron acerca de la existencia o no de diferencias significativas en estudiantes universitarios de la UNMSM en los seis tipos de personalidad evaluados con el Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck, encontró diferencias significativas en la muestra estudiada.

Aparicio, A. (1999), realizó un estudio con estudiantes ingresantes a la UNALM y, encuentra en su análisis que el SIRI presenta apropiada validez, confiabilidad y diferenciabilidad en las personas evaluadas con dicho instrumento.

### **Investigaciones acerca del Rendimiento académico**

Velásquez, C. et al. (2008), al realizar un estudio encontraron una correlación significativa entre el bienestar psicológico, medido por la Escala de Bienestar Psicológico de Riff con la asertividad y el rendimiento académico de estudiantes universitarios.

Reyes, Y. (2003), realizó un estudio sobre la relación existente entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de Psicología de la UNMSM, encontrando una correlación positiva muy significativa entre el rendimiento del alumno y variables como el autoconcepto académico, el autoconcepto familiar y el rasgo sumisión-dominancia, siendo esta última correlación negativa.

## 2.3 BASES TEÓRICAS

### 2.3.1 SALUD - SALUD MENTAL

Acerca de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2001, p. 1).

Según Labiano, M. (Oblitas, L., 2010, p. 03): la salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esferas subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Oblitas, L. 2010, p. 04).

Según Oblitas, L. (2010): las formas de ver a la enfermedad, cambiaron, desde modelos como el biomédico, que ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, a las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano; al modelo biopsicosocial, de gran aceptación en la actualidad, que admite que la salud y enfermedad están multideterminadas, es decir que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.)

como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera).

En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad. La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental (Oblitas, L., 2010, p. 12).

Esto se extiende a la psicología actual que: ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas (Oblitas, L., 2010, p. 4).

También, aquí tomaremos en cuenta otro concepto importante que es el de Salud Mental. La OMS propuso el siguiente significado al decir que es: un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001a, p.1).

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas (OMS, 2004, p. 14).

Sin embargo, tradicionalmente al proceso de la salud mental se accede por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico psicopatológico (Oramas, A., Santana, S. & Vergara, A., 2006).

Lo que viene a continuación fue transcrito de Páez, D. (2008): la salud mental se puede concebir como la ausencia de síntomas (evaluados por el BDI o similares) y como una balanza de afectos positiva. La salud mental se puede concebir además en base a seis dimensiones o aspectos que conforman el bienestar:

- a) La auto-aceptación o valoración positiva del yo, cuyos indicadores son la autoestima e ítems (invertido) como “Muchas de mis cualidades personales me causan los suficientes problemas como para desear cambiarlas”;
- b) Las relaciones interpersonales positivas o relaciones cálidas y estrechas con otros, cuyos indicadores son la sub-escala de Ryff (Páez, D. 2008) de relaciones con otros y la escala de apoyo social subjetivo de Vaux (Páez, D. 2008), e ítems (invertido) como “Me siento aislado y frustrado en mis relaciones interpersonales”;
- c) El dominio ambiental o capacidad de manejar y controlar los desafíos y el entorno, cuyo indicador es la escala de Rotter (Páez, D. 2008) de locus interno de control o percepción de alta capacidad de manejo del medio e ítems (invertido) como “Con frecuencia soy incapaz de cambiar o mejorar mis circunstancias”;
- d) La autonomía o auto-determinación, cuyos indicadores son los valores de Autodirección de Schwartz e ítems (invertido) como “Cuando tomo decisiones importantes me baso en los juicios de otros”;
- e) Propósito en la vida o creencia que la vida tiene sentido, cuyos indicadores son las creencias en un mundo justo, controlable, predecible y benevolente, de Janoff-Bulman (Páez, D. 2008) y la ilusión de invulnerabilidad y optimismo ilusorio o tener más expectativas de que nos ocurran cosas buenas y menos de que nos sucedan cosas malas (Chang) (en Páez, D. 2008). También ítems (invertido) como “Mi vida carece de sentido o propósito”.
- f) Crecimiento personal o percepción de una trayectoria de desarrollo progresiva, cuyos indicadores son el factor de apertura a la experiencia de los 5 Grandes Factores de Personalidad -Big Five- e ítems (invertido) como “Tengo una sensación de estancamiento personal que con frecuencia me deja apático”.

Tener salud mental desde esta perspectiva no consiste solo en no tener síntomas de ansiedad, depresión, o en que las emociones positivas sobrepasen a las negativa, es decir, que haya una balanza de afectos positivo, sino que también implica que la persona se respeta y valora a sí mismo (auto-estima), que tiene relaciones positivas con otros o percibe apoyo social satisfactorio, que cree que domina y controla su ambiente, que se siente autónomo del entorno (aunque conectado con él, como hemos visto antes), que atribuye sentido y propósito positivo a su vida, así como que cree que se está desarrollando como persona (Ryff, 1995, citado por Páez, D., 2008).

### 2.3.1.1 Salud Mental y síntomas de malestar

También transcribimos el siguiente texto de Páez, D. (2008), que sintetiza apropiadamente el tema cuando habla de que: Clásicamente, la salud mental ha sido estudiada desde la sintomatología que genera malestar. Se entiende por malestar psicológico al nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite obtener información sobre autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental (Páez, D. 1986). Las situaciones críticas se expresan en los sujetos en la vulnerabilidad psíquica, que se manifiesta a través de diversas sintomatologías: alteraciones del sueño, afecciones psicósomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación, adicciones.

Uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para la detección de morbilidad psíquica es el General Health Questionnaire (GHQ).

### 2.3.1.2 El Cuestionario de Salud General de Goldberg

El intento de los médicos y profesionales de la salud en general de evaluar objetivamente los niveles de salud, fue lo que motivó a David Goldberg a elaborar un cuestionario de autorreporte de salud general (o cuestionario de salud autopercebida), así como posteriormente, a decenas de autores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo (García, C., 1999).

El *General Health Questionnaire* es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados (García, C., 1999).

Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física (García, C., 1999).

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg (García, C., 1999).

El GHQ no clasifica a las personas como sanas o enfermas, puesto que el contenido de los ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas "sanas". El modo en el que se distribuyan sus puntuaciones indicará mayor (con puntuaciones más altas) o menor probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico, y por tanto una mayor o menor salud mental y bienestar psicológico (Cifre, E. & Salanova, M., 2000).

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales (García, C., 1999).

El GHQ es una escala tipo Likert que explora síntomas durante el último mes, con un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones de nunca a siempre. Se han probado y validado varias formas de puntuar las respuestas en este cuestionario en diferentes poblaciones. La forma de puntuación más conocida, la ordinal, da puntuaciones de cero a tres (0-1-2-3) y las formas binarias de cero o un punto a cada respuesta (0-1-1-1, 0-0-1-1 y 0-0-0-1). Para todas las formas de puntuación, más puntos indican mayor número o severidad de síntomas (Campos-Arias, A., 2007).

Coincidimos y asumimos la postura señalada por García, C. (1999) cuando menciona que: Este cuestionario ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, pero nosotros preferimos retomar la intención original del autor al llamarlo Cuestionario de Salud General o de Salud Mental, como ha sido universalmente aceptado. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella (por eso aceptamos su inclusión en un cuestionario de salud general), pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada hemos encontrado autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como "dimensión

psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud". Pudiéramos decir que coinciden con Goldberg al considerarlo como la expresión mental de la salud, o Cuestionario de Salud Mental.

### 2.3.2 BIENESTAR PSICOLOGICO

Antes de hablar del Bienestar, trataremos acerca de unos preámbulos necesarios, por eso transcribiremos unos párrafos que describen ello con precisión. Según Cuadra, H. & Florenzano R. (2003): Tradicionalmente la psicología se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales, logrando un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental, lográndose importantes avances en materia de recuperación de las personas. Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postulan que este gran énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que estos presentan para las personas. En este contexto surge la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven. En el nivel individual, indaga en rasgo tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. En el nivel social explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético.

Así pues: la búsqueda de qué es la psicología positiva llevó a explorar los rasgos personales tales como el bienestar subjetivo, el optimismo, la felicidad y la libre determinación (Cuadra, H. & Florenzano R., 2003).

Según Pardo, F. (2010), del que se toma referencia para transcribir los siguientes párrafos, el concepto de bienestar se ha desarrollado desde diversas perspectivas y paradigmas que suelen encontrar sus bases en dos enfoques filosóficos



relativamente distintos aunque no necesariamente opuestos. El primero de estos enfoques es llamado hedonismo, el cual considera que el bienestar consiste en el placer o la felicidad. El segundo enfoque ha sido llamado eudaimonismo, y a diferencia del hedonismo, presenta un concepto de bienestar que trasciende el estado de felicidad y se sustenta en vez, en la actualización de las potencialidades humanas (Deci, E. & Ryan, R., 2006).

El enfoque hedonista suele identificar el bienestar con el placer. De manera más precisa, el bienestar desde esta perspectiva consistiría en un balance subjetivo entre experiencias placenteras y displacenteras (Haybron, 2008). En esta línea se desarrolla el concepto de bienestar subjetivo el cual busca evaluar la felicidad, la satisfacción con la vida, la presencia de estados afectivos positivos y la ausencia de negativos (Diener, 1984, citado en Pardo, F. 2010).

Bajo el enfoque eudaimónico, Ryff, C. (1989) elabora el concepto de bienestar psicológico y pretende hacer una clara distinción entre el estado hedonista de sentirse bien, frente al proceso eudaimónico de crecimiento y desarrollo por el cual, tanto la felicidad como el placer pueden ser experimentados.

#### 2.3.2.1 Definiciones:

Veenhoven (1991), citado por Casullo, M. M. (Comp.) (2002), define al bienestar psicológico como, el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables.

Casullo, M. M. (2002), considera que el bienestar psicológico es, el resultado de la integración de las informaciones que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el trascurso de su vida.

El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa, ya que se relaciona con la valoración del resultado de una determinada forma de haber vivido (en Casullo, M. M. 2002).

Cuadra, H. & Florenzano R. (2003), consideran que; a partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos: 1.- El bienestar tendría una

dimensión básica y general que es subjetiva. 2.- El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida). Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva. Algunos autores, como en Casullo, M. M. (2002), agregan una tercera dimensión, la vincular.

Considerando lo anterior, el Bienestar Subjetivo es “un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida” (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999, citado por Cuadra, H. & Florenzano R., 2003).

#### 2.3.2.2 Tipos de Bienestar:

El bienestar entendido como una apreciación subjetiva de “estar bien” es susceptible de ser estudiado empíricamente. Es importante abrirse a una perspectiva más positiva de la naturaleza humana, lo que incide en una comprensión más amplia y holística de los procesos y comportamientos del hombre y su desarrollo tanto en lo personal como en lo social (Cuadra, H. & Florenzano R., 2003).

##### 2.3.2.2.1 Bienestar Subjetivo-Psicológico

Oramas, A. et al. (2006), consideran que: el término *bienestar* lleva implícita la vivencia personal, subjetiva, por lo que para algunos autores el término *bienestar subjetivo* puede considerarse una redundancia. El bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como, por ejemplo la satisfacción de necesidades de diversa naturaleza y no de tipo psicológico. El bienestar psicológico trasciende, además, el estado de ánimo; si bien es cierto que tiene elementos reactivos, transitorios, su estabilidad tiene mayor influencia.

Cuando hablamos acerca del bienestar subjetivo, surgen diferentes planteamientos. Ha fin de describirlos apropiadamente, transcribiremos lo que dice García, M. (2002) al respecto: las definiciones de bienestar subjetivo a menudo no aparecen explícitas en la literatura. Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar. Según Diener, E. & Diener, M. (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida". Una segunda categoría, incide en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn, N. (1969) con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo. Para este autor la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. La definición de bienestar desde esta perspectiva está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término, según éste, una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa. Frente a esto, la última de estas tres concepciones, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia.

Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan, 1977). En este sentido, cuando Aristóteles y los filósofos clásicos hablan de la eudaemonia, la consideran como un estado deseable al que sólo se puede aspirar llevando una vida virtuosa o deseable, calificada como tal desde un particular sistema de valores.

Así también Veenhoven (1984), citado por García, M. (2002): define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o

frustración. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Así mismo, los sujetos que tienen un mayor bienestar subjetivo son aquellos en los que predominan esta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que los "infelices" serían los que valoran la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales. En este sentido, la satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden también a correlacionar porque ambos elementos se hallan influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en general en las que se desarrolla su vida. No obstante, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida representa un resumen o valoración global de la vida como un todo, el balance afectivo depende más de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el curso de la vida.

#### 2.3.2.2.2 Bienestar Existencial

Torres, W. (2003), menciona que: el bienestar espiritual, puede ser conceptualizado como un componente del bienestar general o de satisfacción con la vida.

Moberg (1984) citado por Torres, W. (2003), se refiere al bienestar espiritual como aquello que concierne a los recursos internos de las personas, los valores básicos, las consideraciones últimas sean estas religiosas o no.

El bienestar existencial, es pues conceptualizado como el propósito de vida y satisfacción pero sin ninguna referencia religiosa. Miller & Thoresen (2003), citados por Torres, W. (2003), destacan que el bienestar espiritual está claramente asociado a la salud y el comportamiento humano.

#### 2.3.2.3 Modelos Teóricos del Bienestar:

Cuadra, H. & Florenzano R. (2003), al hablar del Bienestar subjetivo dicen que: se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las

conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia.

Cuadra, H. & Florenzano R. (2003), también mencionan que el Bienestar subjetivo: no cuenta con una única teoría explicativa, sino que existen varias teorías en las que se enfatizan diferentes aspectos:

a) **La Teoría de la Autodeterminación** (SDT, Self-Determination Theory) propuesta por Ryan & Deci (2000) parten del supuesto que las personas pueden ser proactivas y comprometidas o bien, inactivas o alienadas y que ello dependería – en gran parte – como una función de la condición social en la que ellos se desarrollan y funcionan. La investigación se enfoca en las condiciones que facilitan el contexto social versus las que dificultan los procesos naturales de la auto-motivación y el desarrollo psicológico sano. Los seres humanos tendrían ciertas necesidades psicológicas innatas que serían la base de una personalidad automotivada e integrada y que además, los ambientes sociales en que se desarrollen fomentarían o dificultarían estos procesos positivos. Estos contextos sociales son claves en el desarrollo y funcionamiento exitoso. Los contextos que no proporcionan apoyos para estas necesidades psicológicas contribuyen a la alienación y enfermedad del sujeto. Usando metodologías empíricas, identificaron tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: ser competente, autonomía y relaciones interpersonales. La gratificación de estas necesidades son una clave predictiva del bienestar subjetivo y el desarrollo social. Cuando las personas se motivan intrínsecamente son capaces de cumplir sus potencialidades y desarrollar progresivamente desafíos cada vez más grandes. Este modelo implica la importancia del contenido de las metas ya que muestra los tipos de actividades en las cuales los individuos se comprometen, las razones para el compromiso, y el progreso hacia las metas, lo que tendría un profundo impacto en el bienestar subjetivo del individuo.

b) **El Modelo Multidimensional del Bienestar Subjetivo**: está basado en el desarrollo humano. Ryff propone que el funcionamiento psicológico estaría conformado por una estructura de seis factores: autoaceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones positivas con otros, dominio medio

ambiental y autonomía. En sus investigaciones, los autores encontraron que el crecimiento personal y los propósitos de vida disminuyen con el tiempo (ambas características propias de la adultez) y que el dominio medio ambiental y la autonomía crecen con el tiempo (adultez tardía y vejez). Estos hallazgos sugieren que el significado o la experiencia subjetiva de bienestar cambia a lo largo de la vida. También encontró, entrevistando a adultos medios y más viejos, que hombres y mujeres mencionaban las buenas relaciones con otros, como uno de los más importantes aspectos de su bienestar psicológico.

Este modelo ha sido utilizado en las investigaciones en Iberoamérica de Casullo, M. M., 2002.

c) **El Modelo de Acercamiento a la Meta:** considera las diferencias individuales y los cambios de desarrollo en los marcadores de bienestar. Las metas (estados internalizados deseados por los individuos) y los valores son guías principales de la vida, mientras que las luchas personales (lo que los individuos hacen característicamente en la vida diaria) son metas de un orden inferior. Este modelo plantea que los marcadores del bienestar varían en los individuos dependiendo de sus metas y sus valores. La premisa de la meta como un modelo moderador es que la gente gana y mantiene su bienestar principalmente en el área en que ellos le conceden especial importancia y esto en la medida en que los individuos difieren en sus metas y valores, ellos diferirán en sus fuentes de satisfacción. Diener y Fujita (1995) investigaron una covariación de recursos (dinero, apoyo familiar, habilidades sociales e inteligencia) obteniendo un índice de recursos que asociaron con el bienestar, concluyendo que las personas escogen luchas personales en las que tienen recursos pertinentes, con un grado de congruencia en sus metas y sus recursos, eran predictivos de bienestar. Es probable que las personas con recursos insuficientes para lograr ciertas metas las cambien. Incluso, es probable que las personas con metas en un mismo dominio difieran en cómo esas metas son fijadas dependiendo del logro de la meta en el pasado. Con el tiempo, es probable que los recursos particulares tengan sólo una relación modesta con el bienestar. Sólo en el caso que los recursos son escasos pero esenciales para lograr ciertas metas (ej. las necesidades biológicas) continúa una fuerte relación recursos–bienestar. Pareciera ser que las personas pueden lograr

a menudo su bienestar psicológico emparejando sus metas con los recursos que ellos poseen. El modelo postula que los predictores difieren por culturas, dependiendo de las necesidades y valores imperantes.

d) **La Teoría del Flujo de Csikszentmihalyi (1999)**: indica que el bienestar estaría en la actividad humana en sí y no en la satisfacción o logro de la meta final. La actividad o el comportamiento, es decir, lo que el individuo hace, produce un sentimiento especial de flujo. La actividad que produce dicho sentimiento, es lo que se refiere al descubrimiento permanente y constante que está haciendo el individuo de lo que significa “vivir”, donde va expresando su propia singularidad y al mismo tiempo va reconociendo y experimentando - en diferentes grados de conciencia - la complejidad del mundo en que vive.

### 2.3.3 ESTRES

Cuando nos referimos al término estrés, pensamos en que ello implica una sobrecarga que afecta al organismo en varios planos como el biológico, psicológico y social. Como estos sistemas están íntimamente relacionados entre sí, la sobrecarga de uno impactará sobre los otros.

Las reacciones biológicas a los agentes estresantes consistirán en la excitación de los sistemas nervioso, cardiovascular, músculo-esquelético y endocrino, y prepararán al organismo para defenderse mediante la lucha o la huida.

Las reacciones psicológicas conllevarán un aumento en la intensidad de los procesos cognoscitivos y emocionales. Se generará un estado de ansiedad o miedo, ante la percepción de la amenaza, que estimulará la puesta en marcha de reacciones para hacerle frente.

La reacción social implicará un conflicto entre las personas a propósito de las actividades y planes a adoptarse, lo que pone en juego valores y prioridades a veces contrapuestos.

Muchas otras ideas podemos tener, más para hablar con certeza, desde el punto de vista científico, acerca del estrés, en que consiste y como se define,

transcribiremos lo que dice al respecto Oblitas, L. (2010, p. 26): la definición que puede darse del estrés varía en función del modelo teórico en que se enmarca tal definición. Actualmente podemos diferenciar básicamente tres enfoques en el estudio del estrés:

En primer lugar puede hablarse de estrés desde un punto de vista ambientalista, como algo externo que provoca una respuesta de tensión. Esto es, nos referimos a tal tipo de estímulos o acontecimientos que se denominan estresores debido a que desencadenan el estrés, que son fuente de éste. Este enfoque engloba a todas aquellas investigaciones que otorgan especial importancia a situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina de una persona debido a que son considerados, generalmente, como acontecimientos indeseables (Holmes & Rahe, 1967).

En segundo lugar, encontramos una masa también considerable de investigación que ha hecho hincapié no en estímulo sino en la respuesta. Tal es el enfoque del que se ha considerado el padre de las investigaciones sobre el estrés, H. Selye (1956), que consideraba el estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Dicha reacción la dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta.

Finalmente, desde un enfoque más interaccionista, ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés entendido como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo. Dicho enfoque es el defendido por Lazarus y sus colaboradores quienes han subrayado fuertemente la interacción entre los agentes estresores y el sistema humano de valoración y evaluación. Lazarus & Folkman (1986) presentaron una teoría que define el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, en los términos de un paradigma que se puede denominar “modelo transaccional”, porque su punto de vista lo constituye la



naturaleza de los intercambios, o transacciones entre la persona y su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona-entorno. Así pues, desde este enfoque se entiende el estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986, p. 46).

De acuerdo con este modelo, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. En esta relación, las demandas de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que una afecta a las otras. El modelo representa una separación de la perspectiva tradicional de estímulo-respuesta que subrayaba un orden singular de los acontecimientos. La concepción de Lazarus sugiere, pues, una visión subjetiva de estrés, esto es, nada es estresante a menos que el individuo lo defina como tal. En este sentido, no hay acontecimientos universalmente estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales.

### **Activación Fisiológica en el Estrés**

A continuación refiriéndonos a ello transcribiremos lo señalado por Oblitas, L. (2010) de que: las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo. Aunque inicialmente se consideró la activación fisiológica de estrés era genérica e indiferenciada para cualquier estresor, tal como postulaba Selye, actualmente es evidente la especificidad de las respuestas psicofisiológicas. A nivel fisiológico, se pueden distinguir tres ejes de actuación en la respuesta del estrés (Labrador, Crespo, Cruzado & Vallejo, 1995):

1) El eje neural: parece activarse de manera inmediata en todos los casos, lo cual provoca una activación simpática así como un incremento en la activación del sistema nervioso somático. Su actuación no suele provocar trastornos psicofisiológicos. Los únicos problemas pueden deberse a un mantenimiento excesivo de la tensión muscular por activación de este sistema.

2) Eje neuroendocrino: es más lento para activarse y necesita condiciones de

estrés sostenidos. Su arranque implica la activación de la médula y de las glándulas suprarrenales, con la consiguiente secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), lo que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, lo cual produce resultados similares a los generados por la activación simpática aunque con un efecto más lento y duradero.

La activación de este eje se ha asociado a lo que Canon denominó respuesta de lucha o huida. Esto es, un eje que se dispara especialmente cuando la persona percibe que puede hacer algo para controlar la situación estresora, sea hacer frente al estresor, escapar o evitarlo. Por tanto, se considera el eje más relacionado con la puesta en marcha de las conductas motoras de afrontamiento, siempre que estas impliquen algún tipo de actividad.

La activación sostenida de este eje facilita la aparición de problemas cardiovasculares. De ahí la supuesta relación entre el patrón de personalidad tipo A y los trastornos coronarios.

3) Eje endocrino. Es el eje que implica mayor actividad hormonal. Por una parte, las conexiones adrenales-hipofisarias responden mediante la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona), así como de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), lo cual facilita la retención de sodio por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado. Una excesiva liberación de los mineralocorticoides parece facilitar el desarrollo de problemas de hipertensión, síndrome de Cushing o necrosis de miocardio.

Por otra parte, este eje implica también la secreción de hormona del crecimiento y de hormonas tiroideas, en especial la tiroxina, cuyo efecto implica un aumento de la tiroxina y, en consecuencia, desgaste general. Finalmente, la secreción de vasopresina altera el funcionamiento de los riñones y su consiguiente incremento en la retención de los líquidos, lo cual puede colaborar al desarrollo de la hipertensión. Por último, la hipófisis anterior también segrega  $\beta$ -lipotropina y  $\beta$ -endorfina conjuntamente con la estimulación de adenocorticotropa (ACTH) por parte del factor liberador de corticotropina.

El disparo de este tercer eje, más lento que los anteriores y de efectos más duraderos, necesita una situación de estrés más sostenida. A diferencia del segundo eje, este tercer eje parece dispararse selectivamente cuando la persona

no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando sólo le queda resistir o soportar el estrés. Sus efectos más importantes tienen que ver con la depresión, la indefensión, la pasividad, la no percepción de control, la inmunosupresión y la sintomatología gastrointestinal.

### **Ajuste al estrés**

Sobre el ajuste del estrés, resumiremos lo presentado por Oblitas, L. (2010) que menciona que: existen diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresantes, ya que mientras algunas personas son capaces de lograr un ajuste fácilmente, otras tienen grandes dificultades para adecuar su comportamiento y experiencias emocionales a la misma situación. Se habla de un ajuste eficaz y bien logrado. Implicando este concepto que el sujeto es entendido en relación activa con el mundo o el entorno. No está en contraposición ni en dependencia con el medio, sino en un intercambio dinámico, interactivo, que configura una praxis de transformación propia y de lo real en el trasvasamiento constante de acciones y reacciones.

Hay recursos o condiciones personales para el ajuste como los expresados en:

El Modelo de salutogénesis, propuesto por el sociólogo israelí Antonovsky (1988), que desarrolló un modelo de génesis de la salud o salutogénesis, que se ocupa de los factores que contribuyen a que las personas permanezcan sanas a pesar de condiciones desfavorables o muy negativas. Aquí está la vivencia de coherencia, que es una orientación global que expresa en qué medida alguien posee una sensación de confianza generalizada, duradera y dinámica.

El Desamparo aprendido, de Martin Seligman (citado por Oblitas, L. 2010), que se refería a la expectativa negativa de incontrolabilidad. Esta teoría de la indefensión, fue reformulada (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), y mencionaba que hay acontecimientos negativos que son realmente incontrolables y las personas lo explican con base a los hechos. Pero hay muchas otras instancias, cuando la realidad es ambigua o susceptible de varias explicaciones.

La Teoría de la atribución, sostiene que cada individuo tiene un estilo propio de

explicar los eventos malos cuando la realidad es ambigua. Quien tiende a explicar los acontecimientos negativos de la vida en forma estable, global e interna, esto es, siempre igual y afectando todo lo que hace y atribuyéndose la culpa de todo, corre alto riesgo de deprimirse ante el infortunio e incrementar sus posibilidades de enfermar y morir.

En la Teoría de la esperanza-desesperanza, se pone de manifiesto la importancia etiopsicopatogénica de la desesperanza y los valores sanitarios de la esperanza en el afrontamiento a situaciones de alto nivel de estrés y en el proceso salud-enfermedad (Oblitas, L. 2010).

### **Afrontamiento del estrés**

Para explicar este punto, transcribiremos lo escrito por Torrejón, C. (2011) cuando menciona que: el afrontamiento se define como los esfuerzos realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como potencialmente amenazantes o estresantes (Kleinke, 2007). En ese sentido, es contemplado también, como un regulador de emociones (Lazarus & Lazarus, 2000) o factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos de estrés (Lazarus & Folkman, 1984, citado en Endler 1996; Moos & Schaefer, 1993).

Este requiere de esfuerzos cognitivos y conductuales para eliminar o reducir las condiciones estresantes y asociadas al distrés emocional (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaefer, 1993), por ello, es considerado un constructo multifacético, pues el análisis del mismo incluye tres componentes: conductuales, motivacionales y actitudinales (Frydenberg, 1997).

Las conceptualizaciones del afrontamiento pueden ser categorizadas de acuerdo a los determinantes primarios de las respuestas de afrontamiento. La aproximación disposicional asume relativa estabilidad en la selección de las conductas de afrontamiento que hacen las personas ante las situaciones estresantes, mientras que la aproximación conductual asume que son las situaciones las que moldean a las personas al momento de elegir las respuestas de afrontamiento (Endler, 1996).

A pesar de estas conceptualizaciones aparentemente opuestas y excluyentes entre sí, este mismo autor considera que el cambio y la estabilidad no se excluyen el uno al otro sino que se complementan: la estabilidad del cambio implicaría que el proceso puede ser replicable. Sin embargo, la replicación del proceso estaría limitado por el hecho de que ninguna persona puede ser confrontada más de una vez con dos situaciones idénticas y sería necesario que previamente se hayan identificado los mecanismos a la base (Endler, 1996).

Por su parte, Carver & Scheier (1994) agregaron que la estabilidad aludiría a los estilos de afrontamiento, los cuales son predisposiciones personales que facilitarían el acceso al uso de ciertas estrategias de afrontamiento, desplegadas de acuerdo al contexto y la situación y, en ese sentido, potencialmente cambiantes.

Desde otra perspectiva, el afrontamiento pueda dividirse en dos tipos. Según el modelo transaccional de Lazarus & Folkman (1984), (citado en Endler, 1996), puede estar orientado tanto al problema así como orientado hacia la emoción; no obstante, Carver, Kumani & Scheier (1989), agregan un tercer estilo al cual llaman afrontamiento evitativo. A partir de lo que expone este mismo autor, se asume que a mayor experiencia enfrentando estresores, el individuo amplía e incorpora nuevos recursos de afrontamiento.

### **Estrategias de Afrontamiento y Estrés**

Mikkelsen, F. (2009) menciona este aspecto al afirmar que: un evento percibido con carga de estrés, exige la puesta en marcha de diversos recursos de la persona para afrontar la situación y restablecer el equilibrio. En ese sentido, el afrontamiento tiene como principal función reducir el malestar vivenciado y el impacto sobre la persona. De ahí que se explique el afrontamiento como el proceso por el cual un individuo realiza esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar una demanda que excede sus propios recursos (Lazarus & Folkman, 1986).

En este proceso de afrontamiento se plantean dos funciones: la primera se centra en la regulación de las emociones causadas por el estrés. En este tipo de

afrontamiento se percibe que no se podrá modificar la situación estresante y por lo tanto se trata de disminuir el impacto sobre la persona. La segunda función se focaliza en el manejo directo del problema, al considerarse que el evento estresor puede ser modificado y se buscan soluciones para recomponer el equilibrio (Fierro, 1996; Lazarus & Folkman, 1986; Sandín, 1995). El que una persona emplee un tipo de afrontamiento estará determinado por características de la situación, del individuo, de la evaluación que se realice de los eventos y de los recursos disponibles (Fierro, 1996).

Es debido a la relevancia del afrontamiento en el bienestar personal, que en la actualidad se resalta además de las consecuencias negativas del estrés sobre la salud el estudio de las capacidades de las personas para afrontar sus vidas (Frydenberg, 1997).

#### 2.3.4 AUTOEFICACIA – AUTOEFICACIA ANTE EL ESTRES

En la Psicología, la autoeficacia es un constructo muy estudiado, por haber demostrado ser un excelente predictor de numerosas conductas, porque una cosa es poseer las habilidades necesarias para hacer algo y otra muy diferente estar lo suficientemente seguro de nuestros recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes.

Torres, W. (2003), menciona que, al decir de Bandura (1997), la manera como las personas perciben el manejo de lo que están haciendo afecta el nivel de desempeño. Esta observación, aparentemente simple y con mucho sentido común sirve para que Alberto Bandura desarrolle desde la teoría social cognitiva, el componente de la autoeficacia, planteando que opera en concierto con otras determinantes sobre el pensamiento, el afecto, la motivación y la acción.

El concepto de autoeficacia ha sido definida en Godoy-Izquierdo, D. et al. (2008), como el conjunto de *creencias sobre la eficacia personal* para manejar las demandas y desafíos con los que nos encontramos sobre la base de dos tipos de expectativas: *Expectativas de Eficacia*, o juicios sobre la capacidad personal para organizar y ejecutar las acciones requeridas para afrontar una determinada

situación, y *Expectativas de Resultado*, o creencias sobre que tales acciones llevaran a conseguir un resultado deseado o esperado.

Para Torres, W. (2003), en general, la autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus capacidades para el logro de determinados resultados, y como no se puede hacer todo bien, señala Bandura (2001), entonces las personas difieren en la realización de actividades de acuerdo a su sentido de eficacia. Por tanto, añade este autor, el conjunto de creencias de eficacia no constituyen un rasgo global sino un conjunto de autocreencias referidas a situaciones de funcionamiento diferenciado.

Schwarzer y Fuchs (1999), (citado por Oblitas, L. 2010, p. 61-62), sostienen que son numerosas las evidencias acerca de que las expectativas de autoeficacia percibida están estrechamente relacionadas con las intenciones conductuales y con el cambio de conductas relacionadas con la salud, describen el siguiente enfoque del proceso de acción a favor de ésta.

De acuerdo con este modelo, cuando una persona establece como meta un cambio en su conducta de salud, se basa en tres tipos de cogniciones:

1) Las *percepciones de riesgo* incluyen la sensación de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En ocasiones, los sesgos optimistas de ciertas personas las conducen a subestimar los riesgos objetivos, y por tanto, a no poner en práctica ciertas conductas precautorias con el fin de evitar consecuencias nocivas para su salud.

2) Las *expectativas de resultados* se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de autorregulación. En general, las personas aprenden a considerar sus acciones como causa de los sucesos que le acontecen y confían en la posibilidad de cambiar sus conductas riesgosas para su salud. Resulta de máximo interés que, en primer lugar, los individuos logren percibirse como agentes concretos de cambio (expectativas de autoeficacia), es decir, que se consideren capaces de producir los cambios conductuales necesarios para optimizar su nivel de salud.

En la fase de motivación (intenciones), el sujeto decide qué acciones realizará y en la de volición cuánto esfuerzo invertirá y durante cuánto tiempo persistirá en ellas. Esta última etapa se divide en dos subprocesos: planes de acción y control de acción. Es decir, una vez modelada la conducta saludable, la intención debe ser transformada en planes de acción, en instrucciones precisas acerca de cómo llevarla a cabo. Si, por ejemplo, alguien decide bajar de peso, primero debe estar fuertemente motivado y convencido de que es saludable hacerlo, percibir los riesgos que para su salud conlleva el exceso de peso y posteriormente evaluar las distintas estrategias a seguir para lograr el objetivo planteado (tipo de dieta, compra de alimentos de bajas calorías, cuándo y cómo comer, realización de actividades físicas, etc.). Finalmente, una vez iniciada la acción debe ser controlada, es decir, realizar las correcciones necesarias y evitar las posibles interrupciones debido a la aparición de tendencias conductuales incompatibles (por ejemplo, sucumbir ante las tentaciones, tendencia al sedentarismo, etc.) para así mantener los cambios en el tiempo.

3) La *autoeficacia percibida* determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, perciben alternativas de solución a los mismos y se recuperan fácilmente de las frustraciones. Por ejemplo, si a pesar de seguir una dieta comprueban que no han bajado de peso, analizarán las posibles causas, realizarán las modificaciones necesarias, mantendrán un estado de ánimo positivo, se propondrán objetivos y medios más razonables, modificarán el entorno físico y social para favorecer la concreción de la conducta deseada y adoptarán un diálogo interno de automanejo de situaciones críticas. Por último, se deben considerar las barreras y las oportunidades situacionales. Si las claves situacionales son excesivas (por ejemplo, disponibilidad de alimentos apetitosos y de altas calorías) las destrezas metacognitivas aprendidas no serán eficaces (el sujeto sucumbirá ante las tentaciones). También una red social de apoyo sirve para mantener y consolidar los cambios efectuados (una familia que adopte una dieta saludable, de bajas calorías, incitará a la persona a persistir en sus nuevos hábitos).



Ya hace unos años atrás (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2004), formularon el concepto de *autoeficacia específica* para el afrontamiento de los eventos estresantes, y ello aun cuando la autoeficacia, el estrés y el afrontamiento son tres constructos importantes y ampliamente estudiados en psicología.

Según Bandura, A. (2001): la autoeficacia percibida debe también ser diferenciada de otros constructos tales como autoestima, locus de control y expectativas de resultados. La eficacia percibida es un juicio de capacidad; la autoestima es un juicio de autovaloración. Estos son dos fenómenos totalmente diferentes. El locus de control no se relaciona con la capacidad percibida, sino con creencias acerca de las contingencias de resultados- ya sea que los resultados estén determinados por nuestras propias acciones o por fuerzas que operan fuera de nuestro control. Un alto locus de control no necesariamente significa un sentido de poderío y bienestar. Por ejemplo, los estudiantes pueden creer que las calificaciones académicas altas dependen totalmente de su rendimiento (alto locus de control), pero se sienten incapaces porque creen que carecen de la eficacia para producir estos rendimientos académicos superiores.

Otra importante distinción se relaciona con expectativas de resultados. La autoeficacia percibida es un juicio de capacidad para ejecutar determinados tipos de rendimientos mientras que la expectativa de resultados es un juicio acerca de las consecuencias probables que tales rendimientos producirán.

Así pues, el conocer las creencias de eficacia personal para el afrontamiento del estrés es muy importante por sus implicaciones en las distintas esferas del funcionamiento humano, así como por sus posibles relaciones con la salud y el bienestar (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2008).

## TEORÍA SOCIAL COGNITIVA

Para explicar este punto, transcribiremos lo que señala Ruiz, F. (2005): El concepto de autoeficacia se inserta dentro de la Teoría Social Cognitiva de Bandura, como un tipo de creencia personal (autocreencia).

Con el libro “Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory” (1986), Bandura plantea una visión del funcionamiento humano que le otorga un papel clave a los procesos autorreguladores, autorreflexivos, y vicarios en el cambio y adaptación de las personas. Los individuos son vistos como proactivos, autorganizados, autorreflexivos y autorregulados, en lugar de ser organismos conducidos por instintos internos escondidos o modulados por fuerzas ambientales. Bandura establece, en su determinismo recíproco, una interacción dinámica entre factores. Es así que a) factores personales en la forma de afectos, cogniciones y eventos biológicos, b) el comportamiento y c) fuerzas ambientales crean interacciones que producen una reciprocidad triádica (Pajares & Schunk, 2001).

Bandura sostiene que, al analizar la influencia de los estímulos externos en el comportamiento humano, se debe entender la forma en la que el individuo, cognitivamente, procesa e interpreta esos estímulos.

La Teoría Social Cognitiva plantea una influencia en dos direcciones. Las presiones evolutivas alteran el comportamiento humano, de manera que el hombre es capaz de crear innovaciones ambientales cada vez más complejas. A su vez, este ambiente modificado produce nuevas presiones selectivas para la evolución de sistemas biológicos especializados en la conciencia funcional, el pensamiento, la comunicación simbólica y el lenguaje.

La Teoría Social Cognitiva establece una imagen del ser humano como un individuo en búsqueda del desarrollo personal. También, plantea como punto clave que los individuos tienen creencias personales que les permiten ejercer una medida de control sobre sus sentimientos, acciones y pensamientos. Es decir, el comportamiento de las personas se ve influido por lo que estas piensan, creen y sienten. Bandura sostuvo que lo que las personas piensan sobre ellas mismas es clave en el ejercicio del control humano. Aquí surge el concepto de autoeficacia, puesto que lo que las personas piensan sobre sus propias capacidades, denominada autoeficacia por Bandura, es un mejor elemento que predice el comportamiento de las mismas. Las personas son, pues, entendidas como productores y productos de sus ambientes y de sus sistemas sociales. Además,

debido a que los individuos comparten creencias sobre sus aspiraciones y capacidades, Bandura expande el concepto de agencia humana para incluir la agencia colectiva.

Respecto de la influencia del ambiente y de los sistemas sociales sobre el comportamiento humano, esta se da a través de mecanismos psicológicos del sistema del Self. Por ejemplo, en el caso de las condiciones económicas, estas no afectarían el comportamiento humano directamente sino por intermedio del Self, debido a que influyen en las creencias de autoeficacia, los estados emocionales, las aspiraciones, los estándares de las personas y otras influencias regulatorias (Pajares, 2002).

#### INFLUENCIA DE LA AUTOEFICACIA EN EL COMPORTAMIENTO HUMANO

Prosiguiendo con Ruiz, F. (2005), que menciona: cómo el funcionamiento humano, en general, es regulado por las creencias de eficacia. Esta regulación se produce mediante cuatro procesos: cognitivo, motivacional, afectivo y selectivo. Dichos procesos, normalmente, actúan juntos regulando el funcionamiento humano y las creencias de autoeficacia tienen efectos importantes sobre ellos.

#### **Procesos cognitivos**

Los efectos de las creencias de eficacia sobre los procesos cognitivos se pueden explicar de la manera siguiente: mucho del comportamiento intencional del ser humano está regulado por metas significativas para la persona; el planteamiento de metas está afectado por la evaluación de las capacidades personales. Por lo tanto, cuanto más alta sea percibida la autoeficacia personal, más alto será el nivel de las metas que las personas se impongan.

Más específicamente, las personas piensan en los escenarios posibles que resultarán de sus acciones antes de actuar y plantean sus metas de acuerdo con ellos. Las creencias de autoeficacia dan forma a esos escenarios mentales anticipados. Por ello, las personas con un alto sentido de eficacia anticipan situaciones exitosas con pautas para un desenvolvimiento correcto. Por el contrario, las personas con un bajo sentido de eficacia prevén todo lo que puede ir mal y anticipan escenarios de fracaso (Bandura, 1995).

### **Procesos motivacionales**

Las creencias de autoeficacia son importantes en la autorregulación de la motivación. Existen tres diferentes formas de motivadores cognitivos: atribuciones causales, expectativas de resultados y metas cognitivas.

Las creencias de autoeficacia influyen sobre las atribuciones causales, las cuales afectan la motivación, las reacciones afectivas y el desempeño. Las personas que se consideran ineficaces atribuyen sus fracasos a la baja habilidad. Contrariamente, las personas con alto sentido de autoeficacia atribuyen sus fracasos a situaciones adversas o al esfuerzo insuficiente.

Respecto de las expectativas de resultados, la motivación se ve regulada por la expectativa de que determinado comportamiento produzca determinado resultado y por el valor que tiene ese resultado. Sin embargo, a la vez que las personas actúan de acuerdo con las creencias en los probables resultados de sus actos, también actúan de acuerdo con sus creencias en lo que pueden hacer o no. En consecuencia, las creencias de autoeficacia afectan a la motivación influida por expectativas de resultados (Bandura, 1995).

La motivación basada en la autoimposición de metas implica la comparación del desempeño con un estándar personal. La satisfacción está supeditada a alcanzar el estándar, el cual le da dirección al comportamiento de la persona, mientras que esta crea incentivos para mantener su esfuerzo constante hasta alcanzar su objetivo (Bandura, 1995). Las creencias de autoeficacia influyen en este tipo de motivación, ya que, de acuerdo con lo que la persona se cree capaz de hacer, establece sus metas, determina el esfuerzo que emplea, el tiempo de persistencia ante las adversidades y su resistencia a los fracasos. En ese sentido, dado que los fracasos son atribuidos al esfuerzo insuficiente o a la falta de habilidad y conocimiento que pueden ser adquiridos, individuos que creen en sus capacidades personales persisten ante las dificultades y se esfuerzan más cuando fallan en conseguir los resultados. Por el contrario, aquellos que dudan de sí mismos tienden a rendirse rápidamente ante las dificultades (Pajares, 2002).

## **Procesos afectivos**

Respecto de los procesos afectivos, como la depresión, ansiedad y el nivel de activación del arousal, podemos decir que estos son influidos por las creencias de autoeficacia.

En primer lugar, las creencias de autoeficacia afectan el procesamiento cognitivo de los posibles peligros del ambiente y su vigilancia. Por consiguiente, personas que consideran que potenciales amenazas ambientales escapan de su control ven el ambiente plagado de estas, aunque las consecuencias lógicas de este ambiente amenazador exagerado casi nunca se cumplan. No obstante, debido a la angustia, estas personas sufren alta ansiedad y su nivel de funcionamiento se ve afectado. Por su lado, las personas que se consideran poseedoras de control sobre las probables amenazas ambientales no viven pendientes de estas y no experimentan pensamientos perturbadores relacionados con ellas.

Una segunda manera en que las creencias de autoeficacia regulan la ansiedad, el arousal (nivel de activación) y la depresión es mediante el control sobre los pensamientos perturbadores reiterativos. Se debe tener en cuenta que la mayor fuente de estrés no es la frecuencia de los pensamientos perturbadores sino la falta de habilidad para anularlos. Un ejemplo de la influencia de las creencias de autoeficacia en la ansiedad y el estrés son los estudios de aumento de creencias fóbicas a diferentes niveles. Ante amenazas sobre las que cree que se tiene control, se evidencia un nivel bajo de ansiedad y arousal. Sin embargo, conforme se enfrenta amenazas que se cree están fuera del control de la persona, los niveles de ansiedad y arousal aumentan. No obstante, después de aumentar el nivel de percepción de control (de autoeficacia) al máximo, las personas enfrentan las mismas amenazas sin sufrir ansiedad, aumento del arousal o estrés.

En tercer lugar, mediante el favorecimiento de formas de comportamiento eficaces que transforman situaciones amenazantes en seguras, las creencias de autoeficacia reducen o eliminan la ansiedad. De esta manera, las creencias de autoeficacia actúan sobre el comportamiento de afrontamiento. Conforme el sentido de autoeficacia aumente, las personas tenderán a enfrentar más

situaciones difíciles que generan estrés, teniendo un mayor éxito en amoldar estas situaciones a su gusto.

Si, por el contrario, el sentido de eficacia para ejercer control es bajo, se producirán ansiedad y depresión. Un sentido de control bajo guía hacia la depresión por tres caminos. En primer lugar, están las aspiraciones insatisfechas: autoimponerse estándares de los que depende la valía personal y no poder satisfacerlos produce depresión. En segundo lugar, también lleva a la depresión un bajo sentido de eficacia social para desarrollar relaciones satisfactorias, que aminoren los efectos de estresores crónicos. El soporte social reduce la vulnerabilidad a las enfermedades físicas, el estrés y la depresión. Dado que el soporte social no es una entidad que espera ser usada, las personas deben buscar crear relaciones de apoyo por ellas mismas. Esto último requiere un alto sentido de eficacia social. Por lo tanto, un bajo sentido de eficacia para crear relaciones satisfactorias, que den apoyo a la persona, favorece la depresión directa e indirectamente constriñendo la evolución de soportes sociales. El tercer camino a la depresión se da a través de la eficacia en el control del pensamiento, especialmente del pensamiento perjudicial reiterativo. Según Kavanagh & Wilson, (citados en Ruiz, F. (2005), la ocurrencia, duración y recurrencia de episodios depresivos pueden ser fomentadas por un pensamiento perjudicial reiterativo. El humor y la eficacia percibidos se influyen mutuamente y pueden constituirse en un círculo vicioso. En tanto, la depresión aparece si se tiene un bajo sentido de eficacia para conseguir los objetivos que traen autosatisfacción y autovalía; y un humor depresivo disminuye la confianza en la eficacia personal (Bandura, 1995).

### **Procesos selectivos**

Las personas desarrollan su vida cotidiana en relación con los ambientes y actividades que eligen. Estas elecciones son hechas de acuerdo con la percepción de la eficacia para manejar o no determinados ambientes y actividades. Así, las personas evitan los ambientes y actividades, en los cuales no se sienten hábiles ni listos para seleccionar los que creen capaces de manejar. Por ejemplo, un estudiante que se siente incompetente en geometría no elegirá la arquitectura como carrera, pese a que pueda mostrar un interés inicial por ella (Pajares, 2002). Se desarrollan, así, ciertas potencialidades y estilos de vida, por

lo que las creencias de autoeficacia son importantes en la influencia del desarrollo personal (Bandura, 1995).

Cabe mencionar que hay factores que afectan el rol mediacional que los juicios de autoeficacia tienen en el comportamiento. Nos referimos a la falta de incentivos y a otras limitaciones. Es decir, una persona con una alta autoeficacia y habilidad puede decidir no comportarse de acuerdo con sus creencias y habilidades. Esto se explica porque puede carecer de los recursos necesarios para hacerlo, de incentivos o puede encontrar restricciones sociales en sus deseos. En estos casos, la autoeficacia fallará en la predicción del comportamiento. Así mismo, en situaciones donde las metas y el desempeño necesario para lograrlas no son claros, la autoeficacia percibida es de poca utilidad para predecir el comportamiento. Las personas no saben cuánto esfuerzo emplear, cuánto tiempo sostenerlo, cómo corregir errores, etc. En estas situaciones, los sujetos no pueden evaluar eficazmente su autoeficacia y deben confiar en experiencias previas. Esto ofrece una pobre predicción del desempeño (Pajares, 2002).

#### LA AUTOEFICACIA ESPECÍFICA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (AEAE)

Es definida como el conjunto de creencias en los recursos personales para manejar las situaciones demandantes y estresantes de una forma eficaz y competente, esto es, para reducir, eliminar o incluso prevenir el estrés experimentado en esta clase de situaciones, para disminuir su impacto y para controlar, de esta forma, sus consecuencias no deseadas (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2004).

También como en la autoeficacia, en el caso de la AEAE se podría hablar de dos tipos de expectativas: las *Expectativas de Eficacia* en el afrontamiento del estrés se referirían a los juicios subjetivos sobre las capacidades personales para organizar y ejecutar eficazmente cursos de acción tanto para manejar la situación como para regular la emoción. Las *Expectativas de Resultado* se referirían a las creencias personales de que tales acciones permitirían a la persona obtener los resultados deseados en el manejo de una determinada situación y sus consecuencias en diferentes esferas vitales relevantes (relaciones

interpersonales, éxito laboral, clima familiar, bienestar personal, seguridad personal o satisfacción subjetiva...) (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2004).

En la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984), citado en Godoy-Izquierdo, D. et al., 2008, se define el proceso de estrés como el resultado de un desequilibrio entre las demandas y los recursos personales en la relación persona-ambiente. Una persona experimentará estrés solamente si juzga una situación como personalmente significativa (relevante, novedosa, desafiante, negativa, aversiva...) y que requiere una determinada acción o cadena de acciones para dar respuesta a la misma, y simultáneamente considera que sus recursos personales para dar dicha respuesta y solucionarla son inadecuados, insuficientes o ineficaces.

En esta teoría se establecen tres procesos básicos en el manejo del estrés: la valoración primaria (*primary appraisal*), que se refiere a la evaluación que la persona hace de la situación, sus características y sus demandas, la valoración secundaria (*secondary appraisal*), referida a la evaluación que la persona hace de sus capacidades personales para responder eficazmente a las demandas de la situación y resolver el problema, y el afrontamiento en sí mismo (*coping*), que es el conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona pone en marcha para manejar los eventos que son percibidos como estresantes. Las estrategias de afrontamiento específicas que la persona elegirá y utilizará se basan en estos procesos de evaluación. El afrontamiento incluye tanto las acciones dirigidas a cambiar o resolver la situación, o afrontamiento centrado en el problema, como las acciones encaminadas a manejar las respuestas emocionales asociadas al estrés, o afrontamiento centrado en la emoción (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2008).

De esta forma, la autoeficacia para el afrontamiento del estrés tendría una influencia decisiva en los esfuerzos de afrontamiento que la persona pone en marcha para manejar las situaciones novedosas, relevantes o amenazantes que son interpretadas como demandantes, influyendo especialmente en algunos de los procesos implicados, especialmente en la evaluación secundaria y la selección y ejecución de las estrategias de afrontamiento (Godoy-Izquierdo, D. et al., 2008).



### 2.3.5 TIPOS DE PERSONALIDAD – REACCIONES INTERPERSONALES ESTRÉS Y ENFERMEDAD.

Cuando analizamos el estrés, pudimos apreciar dentro de varias definiciones que, cualquier evento o situación, generalmente proveniente del exterior, que se podría percibir como amenaza para la integridad física del organismo es causa de estrés. Un agente estresante puede ser un acontecimiento vital adverso (pérdida de un ser querido, separación, pérdida de “status” económico, entre otros) o un acontecimiento traumático que se encuentra más allá de los límites normales de la experiencia humana (desastres naturales, violencia armada, torturas, etc.), o también situaciones extremadamente propicias.

En última instancia, no es siempre el acontecimiento en sí mismo lo que provoca el estrés, sino la percepción que el individuo tiene de la magnitud de cambio que le demanda el hecho y la evaluación, en parte inconsciente, de la propia capacidad para encarar dicho cambio.

La palabra estrés puede usarse para designar a los agentes que producen la sobrecarga, pero también alude al estado del individuo durante los eventos que suscitan la tensión y después de los mismos. Desde esta óptica, el estrés es una reacción defensiva del organismo frente a diversos agentes, sean éstos infecciosos, tóxicos o psicosociales. La reacción fisiológica del organismo frente al estrés se denomina síndrome general de adaptación y comprende tres fases: la reacción de alarma, la de adaptación o resistencia y la de agotamiento.

Existe una relación entre los acontecimientos graves de la vida, la respuesta del organismo al estrés y diversas enfermedades psíquicas y somáticas. Así el riesgo a enfermar aumenta en relación a circunstancias tales como la muerte de un ser querido o la pérdida del trabajo, por ejemplo.

La tensión que acompaña a las situaciones estresantes no es necesariamente generadora de enfermedad. El riesgo es mayor cuando la tensión es intensa y persistente. Las grandes realizaciones personales suelen llevarse a cabo en un estado de excitación y un cierto monto de estrés es esencial para la vida.

## MODELOS DE RELACION ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD

Según Oblitas, L. (2010): Existen varios modelos explicativos que intentan dar cuenta de las relaciones entre la conducta y la salud de los individuos. Un primer grupo de modelos explicativos podríamos caracterizarlos como **cognitivos** por la importancia que le otorgan a estos aspectos para fundamentar su enfoque. Dichos modelos son el de *creencias sobre la salud* (Janz & Becker, 1984), el de *la teoría de la utilidad subjetiva esperada* (Edwards, 1961), el de *la teoría de la motivación por la protección* (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) y el de la teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980).

Sin embargo, problemas genéricos de estos modelos son la escasa capacidad predictiva, los resultados incongruentes que han generado y el excesivo peso que se deposita en las variables cognitivas. Con el ánimo de aumentar su potencial explicativo se han generado nuevos paradigmas que incorporan nuevas variables y distinguen entre componentes cognitivos y afectivos. Los primeros están más relacionados con las conductas promotoras de salud y los segundos con las de detección de enfermedades.

Una alternativa a estas propuestas son los modelos **centrados en los rasgos de personalidad** propuestos por Suls & Rittenhouse (1990), que intentan explicar la relación entre comportamiento y salud a partir de rasgos temperamentales y de carácter que determinan la forma de actuar de los individuos. Básicamente, son tres los modelos que proponen una explicación causal entre personalidad y salud: 1) la personalidad induce hiperactividad; 2) predisposición conductual; y 3) la personalidad como determinante de conductas agresivas.

## RELACION ENTRE PERSONALIDAD, ESTRÉS, APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD CANCERIGENA Y SISTEMA INMUNE

Según Oblitas, L. (2010): la personalidad puede jugar un papel importante en la caracterización de las respuestas psicológicas ante las diversas situaciones a las que se enfrentan. Así, desde el punto de vista de los modelos biológicos de la personalidad, la respuesta ante una determinada situación amenazante estará determinada por el grado de labilidad emocional del sujeto (nivel de neuroticismo para Eysenck) el cual, responde a una predisposición biológica a reaccionar con

una hiperactivación del sistema nervioso vegetativo. Pero también, como defiende Eysenck (1973), el nivel de ansiedad que pueda experimentar un individuo estará en función del nivel de preocupación que sienta, componente cognitivo de la ansiedad y mucho más ligado a la dimensión de extraversión que a la de neuroticismo. Asimismo, la respuesta a una amenaza también estará determinada por el grado de susceptibilidad del sujeto a determinado tipo de estímulos (nivel de ansiedad para Gray, 1987), el será condicionado por el nivel de activación del Sistema de Inhibición Conductual (SIC). De igual forma, desde el punto de vista de los modelos biológico-cognitivos, tal respuesta estará determinada por la predominancia hemisférica y la forma de procesar los estímulos amenazantes: Esto es, uso de una atención selectiva, un procesamiento en paralelo y una inhibición neural en los procesos de ejecución, como consecuencia de un predominio de activación fásica de carácter emocional propia del límbico.

Eysenck (1985) citado en Oblitas, L. (2010), establece la hipótesis del “efecto inoculación”, según el cual, el individuo con riesgo de cáncer presenta puntuaciones bajas de neuroticismo, psicoticismo y puntuaciones altas en extraversión (Eysenck, 1985). Además, sostiene que determinadas hormonas como la ACTH y los péptidos opiáceos endógenos tienen un efecto tanto en la personalidad como en el sistema inmunológico. Asimismo, el sistema endocrino se ve influido por el estrés, que Eysenck (1973) diferencia en agudo y crónico, debido a que producen efectos diferenciales sobre el sistema neuroendocrino. Así, el estrés agudo provoca un aumento de los niveles de cortisol que redundan en un efecto de inmunosupresión. Por el contrario, el estrés crónico, que genera patrones adaptativos de conducta, provoca una reducción de cortisol y una tolerancia a los opiáceos endógenos lo cual puede tener un efecto protector contra el cáncer (efecto inoculación).

Así Eysenck concluye que las personas con bajas puntuaciones en neuroticismo, altas puntuaciones en extraversión y bajas en psicoticismo están genéticamente predispuestas a presentar patrones de depresión e indefensión ante situaciones estresantes, lo cual les provoca aumentos del nivel de cortisol en sangre, lo que tiene un efecto inmunosupresor que incrementa el riesgo a desarrollar neoplásicas cancerígenas.

Oblitas, L. (2010): La investigación científica llevada a cabo en las tres últimas décadas presenta una serie de variables psicosociales relacionadas con el cáncer caracterizadas por una constelación de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la “personalidad predispuesta al cáncer”, la cual ha sido etiquetada como personalidad “tipo C” y constituye un patrón de conducta contrapuesto al “tipo A” (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente del “tipo B” (tipo saludable).

Los elementos que definen más especialmente al tipo C son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira; por otra parte, también lo caracterizan la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Se describe esta personalidad como la “típica buena persona” que siempre desea complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto (Oblitas, L., 2010).

#### REACCIONES INTERPERSONALES AL ESTRÉS (TIPOS DE PERSONALIDAD)

Todas las personas presentan diferentes reacciones a los eventos. El estudiar las Reacciones Interpersonales enfocándose en el estrés que juega un papel importante en la personalidad, pues existe evidencias de que la personalidad y el estrés están relacionados causalmente con varios tipos de enfermedades incluyendo el cáncer y enfermedades al corazón, llevó a Grossarth-Maticek & Eysenck (1990) a desarrollar el Inventario de Reacciones Interpersonales, que en su versión larga está compuesto de 182 ítems, en una forma abreviada (Short Interpersonal Reactions Inventory-SIRI), que consta de 70 ítems. Dicho instrumento en esta versión corta, evalúa los tipos de reacción al estrés psicosocial, proporcionándonos seis tipos de personalidad.

Vicuña, L. et al. (2001), al describir cuestiones teóricas acerca del Inventario de Reacciones Interpersonales de Eysenck & Grossarth-Maticek (la versión como

Short Interpersonal Reactions Inventory-SIRI Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990; inventario de reacciones interpersonales: Sandín, Chorot, Navas & Santed, 1992), mencionan que la perspectiva teórica utilizada es de corte psicosomático debido a que es imposible atribuir exclusivamente a factores orgánicos el desencadenamiento de problemas específicos de salud, encontrándose que los individuos con personalidad considerada como sana son menos propensos a contraer los males que se intenta predecir.

A continuación se describen los tipos de conducta o de personalidad, tomando como referente a Vicuña, L. et al. (2001), y Aparicio, A. (1999).

**TIPO 1:** Predisposición al Cáncer. Definido mediante una dependencia conformista frente a la renuncia al objeto. Son personas que persiguen intensamente metas altamente valoradas (persona, objeto, situación) las cuales desafortunadamente se encuentran inaccesibles para él o ella. Son altamente dependientes de otros, rígidos con tendencias depresivas, se inhiben de mostrar o comunicar sus sentimientos. Ante sucesos vitales como pérdida de un “objeto” querido o frustración por no - reforzamiento, los individuos tipo 1 tienden a reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión, depresión, tendencia a idealizar tales objetos y represión de las reacciones emocionales abiertas.

**TIPO 2:** Predisposición a la Enfermedad Coronaria. Es definido mediante la dependencia conformista a un objeto de molestia. Una persona de este tipo trata inútilmente de escapar y de emanciparse de una persona o un objeto que le es emocionalmente muy importante, su conducta es también muy rígida y a menudo depresiva. Al igual que el tipo 1, le es difícil demostrar sentimientos de ira y de fastidio. Exhiben tendencia a reaccionar al estrés y frustración por no - refuerzo mediante excitación general, ira e irritación crónicas, a evaluar de forma extrema los objetos perturbadores y a fracasar en los intentos de establecer relaciones emocionales estables.

**TIPO 3:** Tipo Histérico. Es descrito mediante una dependencia no conformista a un objeto que es tanto de renuncia y molestia. Sus características suelen alternar entre las dos formas generales de reacción de los tipos 1 y 2. Resulta improbable

que mueran de cáncer o de enfermedad coronaria, está protegido hasta cierto grado.

**TIPO 4:** Tipo Saludable. Aquellos individuos en los que predomina este tipo poseen marcada autonomía en su comportamiento.

**TIPO 5:** Tipo Racional-Antiemocional. Presenta tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Se predice como propenso a la depresión endógena, males oncológicos y cardiovasculares.

**TIPO 6:** Tipo Psicopático. Se caracteriza por conductas claramente antisociales y posiblemente criminales. Son personas propensas a la adicción a drogas.

### 2.3.6 RENDIMIENTO ACADÉMICO

#### DEFINICIONES SOBRE EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

El rendimiento académico se puede entender desde diferentes perspectivas.

Para Pizarro, R. (1985), (citado en Reyes, Y., 2003), el rendimiento académico es una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. Y, desde la perspectiva del alumno, es la capacidad respondiente de éste frente a estímulos educativos, la cual es susceptible de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos preestablecidos.

De otra parte, para Pérez, M., Martín, A., Borda, M. & Del Río, C. (2003), el rendimiento académico apropiado de los alumnos universitarios, puede hacer referencia a aspectos muy diversos. Entre estos aspectos menciona, por ejemplo, terminar un semestre con todas las asignaturas aprobadas, no repetir semestres o asignaturas, no abandonar la carrera, realizar todos los exámenes y aprobarlos.

En tanto, Chadwick, C. & Vásquez, J. (1979), definen el rendimiento académico como la expresión de capacidades y de características psicológicas del estudiante desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje, que

le posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros académicos a lo largo de un período o semestre, que se sintetiza en un calificativo final (cuantitativo en la mayoría de los casos) evaluador del nivel alcanzado.

Reyes, Y. (2003), resume que, el rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el alumno, por ello, el sistema educativo brinda tanta importancia a dicho indicador. En tal sentido, el rendimiento académico se convierte en una “tabla imaginaria de medida” para el aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación. Sin embargo, en el rendimiento académico, intervienen muchas otras variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc., y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el autoconcepto del alumno, la motivación, etc.

#### RENDIMIENTO ACADÉMICO Y SU CATEGORIZACIÓN

Transcribimos lo siguiente, ya que coincidimos con Reyes, Y. (2003), cuando menciona que, para conceptualizar el rendimiento académico, se requiere previamente considerar dos aspectos básicos del rendimiento: el proceso de aprendizaje y la evaluación de dicho aprendizaje. El proceso de aprendizaje no será abordado en este estudio. Sobre la evaluación académica hay una variedad de postulados que pueden agruparse en dos categorías: aquellos dirigidos a la consecución de un valor numérico (u otro) y aquellos encaminados a propiciar la comprensión (insight) en términos de utilizar también la evaluación como parte del aprendizaje. En el presente trabajo interesa la primera categoría, que se expresa en los calificativos escolares. Las calificaciones son las notas o expresiones cuantitativas o cualitativas con las que se valora o mide el nivel del rendimiento académico en los alumnos. Las calificaciones escolares son el resultado de los exámenes o de la evaluación continua a que se ven sometidos los estudiantes. Medir o evaluar los rendimientos escolares es una tarea compleja que exige del docente obrar con la máxima objetividad y precisión (Fernández Huerta, J. 1983; citado en Aliaga, J. 1998b).

Asimismo, menciona Reyes, Y. (2003) que en el sistema educativo peruano, en

especial en las universidades, la mayor parte de las calificaciones se basan en el sistema vigesimal, es decir de 0 a 20 (Miljanovich, M. 2000). Sistema en el cual el puntaje obtenido se traduce a la categorización del logro de aprendizaje, el cual puede variar desde aprendizaje bien logrado hasta aprendizaje deficiente, basándonos en el siguiente cuadro (DIGEBARE, 1980; citado por Reyes Murillo, E. 1988):

Tabla N° 01  
Categorización del Nivel de Rendimiento Académico  
(según la DIGEBARE del Ministerio de Educación)

Notas	Valoración
15 – 20	Aprendizaje bien logrado
11 – 14	Aprendizaje regularmente logrado
10 – 0	Aprendizaje deficiente

Fuente: Ministerio de Educación. Dirección General de Educación Básica y Regular (DIGEBARE): Guía de Evaluación del Educando. Lima, 1980.

Reyes Murillo, E. (1988), elaboró una tabla diferente para la valoración del aprendizaje en base a las calificaciones obtenidas que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla N° 02  
Categorización del Nivel de Rendimiento Académico  
(según Edith Reyes Murillo)

Notas	Valoración del Aprendizaje
20 – 15	Alto
14.99 – 13	Medio
12.99 – 11	Bajo
10.99 – menos	Deficiente

Fuente: Reyes Murillo, Edith T. Influencia del programa curricular y del trabajo docente en el aprovechamiento escolar en Historia del Perú de alumnos del 3er Grado de Educación Secundaria. Lima, 1988.



Aquí se observa un mayor nivel de exigencia para la valoración del aprendizaje logrado, al catalogar un aprendizaje bien logrado en un intervalo más breve dentro de las calificaciones obtenidas, lo cual permite una mayor seguridad de que el objetivo central de la educación, el aprendizaje del alumno, se haya alcanzado.

Chávez, A. (2006) dice que el rendimiento académico, es un fenómeno multidimensional al que se le pueden atribuir numerosas causas y, en función del contexto en el que se dé, no son siempre las mismas.

Finalizamos, comentando que como el rendimiento académico en general, se podrá unir a muchas variables psicológicas, en el presente estudio, el rendimiento académico lo relacionaremos sólo con algunas variables, a fin de obtener respuestas precisas al respecto.

### 2.3.7 ESTRUCTURA TEÓRICA QUE SUSTENTA EL ESTUDIO

El encontrar una teoría en la que todo lo descrito anteriormente se articule armoniosamente en un todo único, nos llevó a plantear, a modo de aporte, en un modelo que represente lo que buscábamos, y lo titulamos como:

Modelo de Tendencia al Equilibrio y Estado Óptimo Adecuado.

Planteamos, a través de él, que todas las personas tienen una estructura orgánica y de personalidad, cuya característica es que, tiende a buscar el equilibrio constantemente, y que el logro del mismo, lo hará estar bien (“sano”), y se sentirá saludable, en condiciones de desarrollar sus potencialidades. Por lo mismo, las personas, tendrían también la predisposición a buscar y lograr un estado óptimo afectivo (sentirse bien = salud y con satisfacción por su vida = bienestar psicológico). Todos aquellos que presenten estas características, también presentarán niveles de desempeño elevados (en sus diferentes esferas vitales: trabajo, estudios, relaciones interpersonales, entre otras).

Ello no sucedería en el caso contrario, en el cual, todos aquellos que tengan una personalidad “no equilibrada” permanentemente (“no sano”), no se sentirán saludables ni buscarán el logro y desarrollo de sus potencialidades. Asimismo, se mostrarán con predisposición a estados no óptimos y por ello tendrán niveles de

desempeño muy por debajo de su potencial, en todas o casi todas sus esferas vitales significativas. Asimismo, serán por ello más vulnerables a enfermedades y enfermarse, presentando estilos de vida inadecuados.

Cada persona, inherentemente, tiende a orientar/controlar su salud (Autoeficacia), según sea favorable su condición biopsicosocial y sus objetivos, encaminándola hacia uno de los dos estados, según esté “sano” o no, o pueda estar atravesando una situación vital importante, que no le permita apreciar con claridad el resultado de sus actos, y esté por ello dificultando su afrontamiento y perspectiva de desarrollo, más sobrepuesto a ello, podrá luego de tomar decisión, el optar por el camino más apropiado: o su mejoría y desarrollo, o su estancamiento y posterior empeoramiento de su estado actual.

Las diferentes fuerzas internas que sustentan el organismo, determinados por la herencia y el medio ambiente, generan personalidades únicas, capaces de afrontar y adaptarse a las necesidades cambiantes del mundo. En este interactuar, se ven factores de tipo homeostático que buscan llegar a un estado de equilibrio frente a la variedad de estímulos que permanentemente fluyen día a día y a los que al afrontar nos van brindando experiencias y mejores directrices a asumir.

Nuestra constitución personal, biológica, lleva como herencia a la social, el cual al interactuar nos da nuevos patrones a tomar en cuenta, al tener muchos estímulos con los cuales interactuar, a los que les damos significancia particular conforme los afrontemos. Esta constitución personal podríamos caracterizarla en algunos tipos comunes buscando la simplicidad ante lo complicado, aleatorio y multidimensional que constituye el ser humano.

El presentar una particular constitución orgánica, unido a lo social, y con ello la significancia que le damos a nivel personal con nuestras experiencias y expectativas, va a determinar desarrollos personales con mayor o menor tendencia saludable, que repercutirá sobre el organismo, ya que es innegable la unidad de lo fisiológico con lo psicológico, determinando una unidad psicosomática.

Los procesos cognitivos, entre ellos la autoeficacia, nos hará afrontar en formas variadas, creativas o pasivas las diversas situaciones, reales o en la fantasía, a las que afrontemos, presentándonos una serie de creencias sobre nuestro valor y capacidad para salir delante de los problemas o dificultades.

Como parte de las creencias, que poseemos, está también el tener satisfacción con uno mismo, los demás, el medio ambiente, y sobre todo con el sentido del significado de su vida. En lo último mencionado, nos referimos a su estar bien y feliz, esto es, la satisfacción con su vida y el grado de compenetración que tenga consigo mismo.

Ahora bien, todas las personas presentan un estado de salud, que es la física, pero el componente más importante de ese estado de salud es el de salud mental, representado como el bienestar y su calidad de vida. Las tendencias presentes en las personas, harán que tienda a buscar ese estado de bienestar y de lograr mejorar su calidad de vida, conllevando a mejorar su salud y su salud mental. Aquellos, que no logren el equilibrio o no estén en armonía consigo mismos, no tendrán una buena salud, ni salud mental y por consiguiente, tampoco tenderán a tener un adecuado desarrollo personal y de sus capacidades y potencialidades.

El presentar, las características de una personalidad sana, frente a una personalidad no sana, también conlleva a mejoras de las diversas áreas de su vida y a mejorar su desempeño en todas ellas. Se sentirá pleno y actuará en forma acorde y armónica con un mayor o un elevado desempeño a fin de lograr las metas que se proponga. El alcanzar o no sus metas, lo motivará a seguir avanzando en la búsqueda de su plenitud.

Las personas con tendencia al equilibrio y que presenten aspectos sanos, tendrán la tendencia a mejores desarrollos en sus diversas esferas vitales. Muy por el contrario, las personas que no tengan una tendencia al equilibrio sano o actúen pasivamente, no presentarán mayor performance ni desempeño a desarrollarse en las múltiples esferas de su vida ni en los aspectos que le sean relevantes. Esta disminución o merma de la tendencia a buscar el equilibrio y desarrollo, podría

llevarle también a generar un estado no saludable y por ende una menor calidad de vida.

Ahora bien, lo presentado, responde a una situación que puede darse en los diferentes ciclos vitales de la persona, el cual tendrá mejores experiencias y herramientas, conforme avance es su estadio vital y tenga momentos que contribuyan y él los procese así, como importantes y saludables.

Los aspectos de significancia personal a nivel psicológico, cognitivo, adquieren mayor significado según las experiencias contribuyan a un estado de satisfacción y plenitud. Si la persona no presentará esos estados, e internamente no podría elaborarlos, se encontrará en desventaja y tenderá a no encontrar la forma más apropiada de buscar la tendencia a la mejora y a elevar su calidad de vida.

Por lo demás, los aspectos saludables y no saludables, no se dan en un continuo, sino que ambas forman parte del ser humano, el cual cuenta con la capacidad de tomar decisiones que contribuyan al logro de un bienestar mejor y a un desarrollo en las diferentes esferas de su vida con mayor significado y significancia.

El ser humano, aún con esas tendencias al desarrollo, constantemente se está autoconstruyendo e introyectando experiencias, a las cuales les da un significado, que será más relevante o no, según lo procese, a la luz de sus experiencias. Actuará en base a ellos y le permitirá optar por la que considere como la más apropiada e importante desde su particular punto de vista, que podría ser lo que mejor elija en ese momento particular.

## 2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable X1: Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés. Grado de confianza en la habilidad personal percibida para afrontar eficazmente el estrés.

Expresado en dos tipos de expectativas:

Expectativas de Eficacia, o juicios sobre la capacidad personal para organizar y ejecutar las acciones requeridas para afrontar una determinada situación, y

Expectativas de Resultado, o creencias sobre que tales acciones llevarán a conseguir un resultado deseado o esperado.

Variable X2: Reacciones interpersonales/Estilos de personalidad. Son los tipos de reacción interpersonal al estrés, que proporcionan seis tipos de personalidad:

Tipo 1: Predisposición al cáncer. Dependencia conformista frente a la renuncia al objeto.

Tipo 2: Predisposición a la enfermedad coronaria. Dependencia conformista a un objeto de molestia.

Tipo 3: Tipo histérico. Dependencia no conformista a un objeto que es tanto de renuncia y molestia.

Tipo 4: Tipo saludable. Caracterizado por su autonomía.

Tipo 5: Tipo racional-antiemocional. Propenso a la depresión endógena, con predisposición a males oncológicos y cardiovasculares.

Tipo 6: Tipo psicopático. Se caracteriza por conductas antisociales y posiblemente criminales. Son propensas a la adicción a drogas.

Variable X3: Bienestar Psicológico. Es una dimensión fundamentalmente evaluativa, que se relaciona con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido.

Contiene las siguientes 4 sub escalas:

a) Control de situaciones: Sensación de control y de autocompetencia. Darse cuenta de las oportunidades. Ser capaz de modificar el ambiente para adecuarlo a las propias necesidades e intereses.

Aceptación de sí: Es aceptar los múltiples aspectos de sí mismo incluyendo los buenos y los malos. Es sentirse bien acerca del pasado.

b) Vínculos Psicosociales: Es confiar en los demás, estableciendo buenos vínculos con capacidad empática y afectiva.

c) Autonomía: Es tomar decisiones de modo independiente, ser asertivo y es confiar en su propio juicio.

d) Proyectos: Es tener metas y proyectos en la vida. Considerando que la vida tiene significado.

Variable X4: Salud General. Evaluación que hace el individuo de su propio estado de salud general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

Dos dimensiones:

Salud general: afectos positivos, un sentimiento de bienestar general y su expresión psicofisiológica.

Funcionamiento social adecuado: competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente.

La Salud General, también puede ser tomada como las dimensiones de:

Ansiedad: problemas de nerviosismo, tensión, ansiedad y sueño.

Depresión: pensamientos y sentimientos de falta de valía personal, tristeza, desesperanza.

Variable Y: Rendimiento Académico. Es el Promedio académico acumulado de todas las notas obtenidas, luego de culminar el año académico, por los alumnos en todos los años de estudio.

Es el promedio académico general que cada estudiante tiene registrado en la Base de Datos Académicos de la Universidad, el cual corresponde al promedio ponderado obtenido por ellos, en este caso, al concluir el período 2010-2.

## 2.5 HIPÓTESIS

### 2.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, la personalidad, la percepción de bienestar psicológico y de salud con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Ho: No existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, la personalidad, la percepción de bienestar psicológico y de salud con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

### 2.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

H2: Existe relación significativa entre los estilos de personalidad y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

H3: Existe relación significativa entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

H4: Existe relación significativa entre la percepción de la salud y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

## 2.6 DEFINICION DE TERMINOS

**AUTOEFICACIA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.** Grado de confianza en la habilidad personal percibida para afrontar eficazmente el estrés.

**REACCIONES INTERPERSONALES.** Estilos de personalidad. Son los tipos de reacción al estrés psicosocial, que nos proporcionan seis tipos de personalidad:

**TIPO 1:** Predisposición al cáncer. Dependencia conformista frente a la renuncia al objeto. Son personas que persiguen intensamente metas altamente valoradas (persona, objeto, situación) las cuales desafortunadamente se encuentran

inaccesibles para él o ella. Son altamente dependientes de otros, rígidos con tendencias depresivas, se inhiben de mostrar o comunicar sus sentimientos.

TIPO 2: Predisposición a la enfermedad coronaria. Dependencia conformista a un objeto de molestia. Una persona de este tipo trata inútilmente de escapar y de emanciparse de una persona o un objeto que le es emocionalmente muy importante, su conducta es también muy rígida y a menudo depresiva. Le es difícil demostrar sentimientos de ira y de fastidio.

TIPO 3: Tipo histérico. Dependencia no conformista a un objeto que es tanto de renuncia y molestia. Sus características suelen alternar entre las dos formas generales de reacción de los tipos 1 y 2. Resulta improbable que mueran de cáncer o de enfermedad coronaria.

TIPO 4: Tipo saludable. Caracterizado por la autonomía en su comportamiento.

TIPO 5: Tipo racional-antiemocional. Presenta tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Propenso a la depresión endógena, con predisposición a males oncológicos y cardiovasculares.

TIPO 6: Tipo psicopático. Se caracteriza por conductas antisociales y posiblemente criminales. Son propensas a la adicción a drogas.

**BIENESTAR PSICOLÓGICO.** Es una dimensión fundamentalmente evaluativa, que se relaciona con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido.

**SALUD:** Salud general o salud autopercebida o salud mental, es la evaluación que hace el individuo de su propio estado de salud general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Se mide la probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico y por tanto, mayor o menor expresión mental de la salud o salud mental.

**RENDIMIENTO ACADÉMICO:** Representa el nivel de eficacia en la consecución de los objetivos curriculares en las diversas asignaturas, y se expresa mediante un calificativo o promedio ponderado (Promedio académico acumulado de las notas obtenidas por los alumnos en los años de estudio) basado en el sistema vigesimal; donde las notas variarán de 0 a 20 puntos, siendo el puntaje de 10 o menos reprobatorio.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se definió como una investigación de TIPO BÁSICA, (Sánchez, H. & Reyes, C., 2002), ya que se busca conocer y entender, describiendo y explicando los resultados en función del problema teórico.

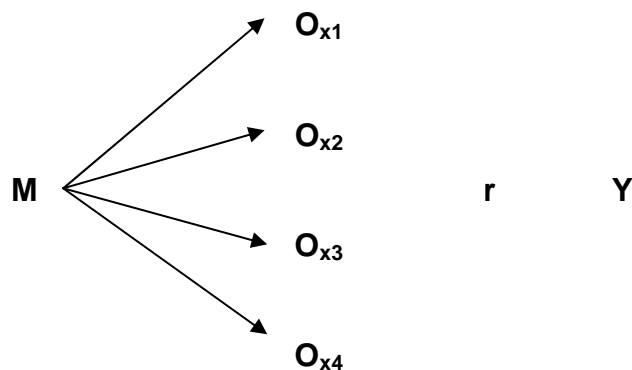
#### **NIVEL DE INVESTIGACIÓN:**

Del mismo modo, tomando como referencia a Sánchez & Reyes, 2002, la investigación fue de un NIVEL SUSTANTIVO DE TIPO DESCRIPTIVO, ya que se describen y analizan los modos como se manifiesta el problema y al mismo tiempo, los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación.

#### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio es de un diseño no experimental, transeccional, correlacional que nos permite en un solo momento recoger la información de las variables estudiadas en los mismos sujetos, con el objeto de identificar la intensidad de la relación entre estas variables. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El diagrama representativo del diseño correlacional es el siguiente:



De acuerdo con Sánchez, H. & Reyes, C. (2002), en este esquema se tiene:

M = Muestra de investigación.

Ox1, Ox2, Ox3, Ox4 = Observaciones de las variables.

x1 = Autoeficacia para Afrontamiento al estrés.

x2 = Estilos de personalidad.

x3 = Bienestar psicológico

x4 = Percepción de salud

Y = Rendimiento académico

r = Relación entre variables.

### 3.2 POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

#### 3.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio la constituyeron estudiantes de la Escuela de Psicología, de una Universidad Privada de Trujillo, que estudiaron durante el ciclo 2011-1.

Tabla N° 03

Población de estudio

Ciclo 2011-1	N°
3	112
4	123
5	73
6	114
7	90
8	123
9	64
<b>TOTAL</b>	<b>699</b>

### 3.2.2 TAMAÑO DE MUESTRA

La población original estuvo compuesta por 699 alumnos de pregrado, del 3<sup>er.</sup> al 9<sup>no.</sup> ciclo. Se pudo aplicar los cuestionarios, entre mayo y julio 2011, sólo a 574 personas. De ellos eliminamos 01 cuestionario por falta de datos, 07 cuestionarios fueron eliminados por poseer un ítem o más sin responder, 09 por no estar en nuestro criterio de inclusión y 36 cuestionarios de alumnos que no tenían reporte de rendimiento académico, por cuanto no habían estudiado el ciclo anterior. El 91.17 % de los alumnos tenían entre 18 y 25 años, siendo el rango de edad desde los 17 a los 57 años.

La muestra quedó conformada por:

Tabla N° 04  
Composición de la muestra

	N°	%
Mujeres	400	76.78
Hombres	121	23.22
TOTALES	521	100.00

### 3.2.3 SELECCIÓN DE MUESTRA

La investigación es de tipo censal habiéndose logrado una cobertura del 74.54 % de la población original. El carácter de muestra se da en el tiempo, pues esta población evaluada sólo corresponde a un semestre.

El muestreo fue: no probabilístico intencional, a los que se sumaron criterios de inclusión-exclusión debido a que la elección de los sujetos que conforman la muestra no depende de la probabilidad sino, que concuerden con los requisitos de la investigación.

#### CRITERIOS DE INCLUSION

Que estén estudiando y, hayan estudiado en la universidad el ciclo anterior.

Estudiantes de la Escuela de Psicología de 3<sup>er.</sup> a 9<sup>no.</sup> Ciclo.

Figuren en listado de promedio ponderado, registro emitido por la universidad.

Hayan resuelto todos los instrumentos aplicados.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no hayan estudiado el ciclo anterior.

Estudiantes de otras Escuelas que no sean de Psicología o de otros ciclos.

No estén en el listado de promedio ponderado, registro emitido por la universidad.

Hayan dejado inconcluso alguno de los instrumentos aplicados.

## 3.3 INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

Se emplearon en la presente investigación los siguientes instrumentos:

- LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EAEAE.

Godoy-Izquierdo & Godoy (2001), con el propósito de disponer de un instrumento para la evaluación de la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, desarrollan una escala breve, inexistente hasta el momento, y presentaron sus propiedades en un estudio preliminar (Godoy-Izquierdo et al., 2004). Se trata de un instrumento de evaluación útil y apropiado del grado de confianza en la habilidad personal percibida para afrontar eficazmente el estrés, en un rango de edad adulta de 18 a 64 años.

Presenta la escala una consistencia interna con un valor del coeficiente alfa del 0.75, con un alto grado de relación entre las dos mitades de la misma, con un valor del coeficiente de correlación de 0.79, y validez de constructo factorial y convergente.

Este instrumento está compuesto de 08 ítems, que se distribuyen en dos subescalas: de Expectativas de Eficacia (EE) y Expectativas de Resultado (ER), presentando para las respuestas gradación tipo Likert, que van desde "Completamente en desacuerdo", hasta "Completamente de acuerdo", con valores de 1 a 6. También es posible obtener una puntuación total (Total), sumando las dos puntuaciones parciales. Los valores de alfa para la EE fueron de 0.60 y para el ER de 0.66.

Los ítems que conforman la escala Expectativas de Eficacia (EE) son: 2, 4, 5 y 7.

Los ítems de la escala Expectativas de Resultado (ER) son: 1, 3, 6 y 8.

Hay ítems que están formulados en sentido directo, positivo (2, 3, 5 y 7), como en sentido inverso, negativo (1, 4, 6 y 8).

Esta escala que mide la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés, señala que los que obtienen las puntuaciones más elevadas cuentan con mayor confianza en los propios recursos personales para el manejo del estrés.

Las *expectativas de eficacia (EE)* en el afrontamiento del estrés se refieren a los juicios subjetivos (creencias) sobre las capacidades personales de control del estrés.

Las *expectativas de resultado (ER)*, se refieren a las creencias personales sobre las consecuencias de las capacidades personales (o carencia de ellas) para manejar el estrés.

El presentar características de brevedad y facilidad de administración de la escala y contar con adecuadas propiedades de fiabilidad y validez de constructo factorial y convergente, nos permiten poder disponer de un instrumento apropiado para la evaluación e investigación acerca de la autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés, tanto en contextos de investigación como clínicos.

- EL INVENTARIO ABREVIADO DE REACCIONES INTERPERSONALES (Short Interpersonal Reactions Inventory - SIRI)

Desarrollado por Grossarth-Maticek & Eysenck, en 1990. Consta de 70 preguntas con formato de respuesta dicotómico (sí/no). Se puede administrar tanto en forma individual como colectiva, desde los 16 años en adelante.

Tiene seis escalas correspondientes a los tipos de personalidad del modelo y una escala adicional a una forma "b" del tipo 4. Permite la clasificación de los sujetos en uno de los tipos considerando la puntuación más alta de las escalas de cada sujeto.

Posee una confiabilidad alta, validez concurrente y de constructo. Vicuña, L. et al. (2001), a diferencia de lo hallado por los autores, encuentra en todas las subescalas, coeficientes de fiabilidad mayores a 0.70.

Cada escala del instrumento, referido a un tipo de personalidad específico, está constituido por 10 ítems (positivos) a excepción del tipo 4 que contiene 20 ítems (10 positivos, tipo 4a y 10 negativos, tipo 4b), para controlar la aquiescencia. Si en un estudio, se tuviera que escoger una escala entre 4a y 4b, se podría escoger la que tenga mayor confiabilidad (Aparicio, A, 1999)

Tipo 1: Sume las respuestas SI para los ítems:

1, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57 y 64

Tipo 2: Sume las respuestas SI para los ítems:

2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58 y 65

Tipo 3: Sume las respuestas SI para los ítems:

3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59 y 66

Tipo 4a: Sume las respuestas SI para los ítems:

4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53, 60 y 67

Tipo 4b: Sume las respuestas NO para los ítems:

7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63 y 70

Tipo 5: Sume las respuestas SI para los ítems:

5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61 y 68

Tipo 6: Sume las respuestas SI para los ítems:

6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62 y 69

La interpretación de cada una de las subescalas está basada en los cuartiles de los puntajes directos, de modo que los sujetos que obtengan un puntaje igual o mayor que siete en cualquiera de las escalas significa que presentan un tipo definido según la escala.

Los sujetos que puntúan de 3 a menos están comprendidos en el cuartil 1, que indica rasgos irrelevantes del tipo de la escala que mide.

Las puntuaciones entre los rangos 4 y 6 ubican al sujeto en el cuartil 2, de

características ambivalentes según la escala. (Vicuña, L. et al. 2001.)

De los seis tipos de personalidad, se consideran que existen dos factores: el primero conformado por los tipos insanos (1, 2 y 5) con premorbididad oncológica y cardiovascular, y un segundo factor que está conformado por los tipos relativamente sanos (3, 4 y 6).

El estancamiento (retención o incremento del puntaje que lo establece como propenso a ciertas enfermedades) conduce a un pronóstico desfavorable. Es aplicado a los tipos 1, 2 y 5.

Un desarrollo desfavorable (reducción del puntaje que indica propensión a una enfermedad o el incremento de los tipos saludables o relativamente favorables), se aplica a la reducción en 1, 2 y 5, y el aumento para 3, 4 y 6.

#### - LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (BIEPS-A)

De María Martina Casullo, consta de 13 preguntas.

La Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS; Casullo & Castro, 2000), ha sido diseñada para medir el bienestar psicológico tanto en adolescentes como en población adulta, basándose en las propuestas teóricas de Ryff & Keyes (1995).

Casullo, M. M. (Comp.), (2002), reporta una confiabilidad total de la escala de 0.74.

El Bienestar Psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa, ya que se relaciona con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido.

La escala de Bienestar Psicológico de Adultos (BIEPS-A), es una técnica autoadministrada para la evaluación del Bienestar Psicológico autopercebido en población adulta.

Se puede administrar en forma individual o grupal, siendo de aplicación rápida (05 minutos), no habiendo tiempo límite para responder.

Al diseñar este instrumento (Casullo, M. M., 2002), se consideraron las dimensiones: Control de situaciones (sensación de control y autocompetencia), Aceptación de sí mismo (sentimiento de bienestar con uno mismo), Vínculos psicosociales (calidad de las relaciones personales), Autonomía (capacidad de actuar de modo independiente) y Proyectos (metas y propósitos en la vida).

En los resultados obtenidos en su estudio, el factor Control de situaciones, aparece solapado con Aceptación de Sí Mismo, configurando un mismo factor (Casullo, M. M., 2002).

Por ello, la escala BIEPS-A, tiene las siguientes cuatro dimensiones:

Tabla N° 05  
Dimensiones de la escala BIEPS-A

<b>Dimensiones BIEPS-A</b>	<b>Ítems</b>
Aceptación/Control	2, 11 y 13
Vínculos psicosociales	5, 7 y 8
Autonomía	4, 9 y 12
Proyectos	1, 3, 6 y 10

Las respuestas presentan gradación tipo Likert, que van desde “Completamente en desacuerdo”, hasta “Completamente de acuerdo”, con valores de 1 a 6.

También se puede obtener una puntuación total o global sumando todos los ítems.

Sobre los coeficientes de confiabilidad (para las dimensiones) estos son algo bajos, aunque se supone que este efecto tiene que ver no tanto con la homogeneidad de las dimensiones estudiadas sino con el bajo número de elementos por cada subescala (Casullo, M. M., 2002). Por ello, encuentra que en



la dimensión Control/Aceptación es de 0.46. Para la dimensión Vínculos psicosociales es de 0.49. En cuanto a la dimensión Autonomía esta es de 0.61 y para Proyectos de 0.59.

Tabla N° 06

Interpretación de las puntuaciones altas y bajas de las escalas BIEPS

<b>Subescalas</b>	<b>Puntuaciones Altas</b>	<b>Puntuaciones Bajas</b>
<b>Control de Situaciones</b>	Tiene una sensación de control y de autocompetencia. Puede crear o manipular contextos para adecuarlo a sus propias necesidades e intereses.	Tiene dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria. No se da cuenta de las oportunidades. Cree que es incapaz de modificar el ambiente.
<b>Aceptación de Sí.</b>	Puede aceptar los múltiples aspectos de sí mismo incluyendo los buenos y los malos. Se siente bien acerca del pasado.	Está desilusionado respecto de su vida pasada. Le gustaría ser diferente de cómo es. Se siente insatisfecho consigo mismo.
<b>Vínculos psicosociales</b>	Es cálido. Confía en los demás. Puede establecer buenos vínculos. Tiene capacidad empatía y afectiva.	Tiene pocas relaciones con los demás. Es aislado. Se siente frustrado en los vínculos que establece con los demás. No puede hacer compromisos con los demás.
<b>Autonomía</b>	Puede tomar decisiones de modo independiente. Es asertivo. Confía en su propio juicio	Es emocionalmente inestable. Depende de los demás para tomar decisiones. Le preocupa lo que piensan los otros.
<b>Proyectos</b>	Tiene metas y proyectos en la vida. Considera que la vida tiene significado. Tiene valores que hacen que la vida tenga sentido.	La vida carece de sentido y de significado. Tiene pocas metas y proyectos. No puede establecer que la vida tenga algún propósito.

- EL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-12).

El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ) fue desarrollado por David Goldberg, en el año 1972, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, con el fin de evaluar el grado de salud general. Es un cuestionario para evaluar la salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg.

La versión original estaba conformado por 60 reactivos, en forma de una pregunta con 4 opciones de respuesta en una escala Likert, que van de *nunca* a *siempre*. Detecta en el momento de la encuesta, casos probables de trastorno mental, distrés mental o malestar psicológico (síntomas neuróticos y de ansiedad) comparando su estado actual (último mes) con el habitual. Existen también versiones de 36, 30, 28, 20 y 12 ítems.

Hay varias formas de puntuar las respuestas de este cuestionario en diferentes poblaciones. La forma de puntuación más conocida, que es la ordinal, da puntuaciones que van de cero a tres (0-1-2-3) y las formas binarias de cero o un punto a cada respuesta (0-1-1-1, 0-0-1-1 y 0-0-0-1). En cualquiera de las formas de puntuación, más puntos indican mayor número o severidad de síntomas.

Según García, C. (1999), se puede obtener una puntuación total, que se calcularía sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental).

El GHQ, presenta también factores o escalas de: Salud general y de Funcionamiento social adecuado, más también de Ansiedad y Depresión, dependiendo ello de la población a la que se le administre. A pesar de las escalas tener limitaciones como instrumentos de tamización, cada escala tiene un valor predictivo cercano al 50 % y un valor predictivo negativo por encima del 95 %, que van a ser de gran utilidad en identificaciones rápidas y económicas de posibles casos en grandes poblaciones, en estudios epidemiológicos o en servicios ambulatorios u hospitalarios con gran número de pacientes y garantizan una evaluación mínima del estado emocional de los pacientes o usuarios.

El GHQ-12, es sencillo de administrar y de rápida aplicación, durando ello 05 minutos. Se puede aplicar a partir de los 16 años a más de 65 años (como en Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J. 2011).

La consistencia interna del GHQ, ofrece un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89, tanto en Caqueo & Lemos (2008), como en García, C. (1999).

Se aprecia en el GHQ-12, un factor de Salud General que tiene que ver con los afectos positivos, un sentimiento de bienestar general y de su expresión psicofisiológica (ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12). (García, C. 1999).

También, el factor de Funcionamiento Social Adecuado, que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente (ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11). (García, C. 1999).

Para la calificación del GHQ-12, se empleó el método original de Goldberg, que consiste en asignar un "0" a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un "1" a las 2 últimas.

En cuanto a la direccionalidad de los ítems, los hay formulados en sentido directo, positivo (1, 3, 4, 7, 8 y 12) como en sentido inverso, negativo (2, 5, 6, 9, 10 y 11).

Hay dos factores subyacentes al GHQ-12, al explorar la presencia de síntomas emocionales. Cifre, E. & Salanova, M. (2000), mencionan que la estructura factorial del instrumento postula dos dimensiones denominadas:

Ansiedad, como dimensión cognitiva (constituida por los ítems 1, 2, 5, 7):  
Problemas de nerviosismo, tensión, ansiedad y sueño

También, el factor de Depresión (ítems 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12): Pensamientos y sentimientos de falta de valía personal, tristeza, desesperanza.

En la prueba total, se puede considerar los valores de 0 a 4 del GHQ-12 como indicadores de ausencia de psicopatología; de 5 a 6 como sospecha de psicopatología subumbral y de 7 a 12 puntos como indicativos de presencia de psicopatología (Fullerton, C. et al. 2003).

## - EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

En el rendimiento académico inciden muchas variables.

Por ello, mencionan Palacio, J. & Martínez, Y. (2007), cuando el rendimiento académico de un estudiante universitario se ve afectado, son numerosas las causas que pueden justificarlo y, al mismo tiempo, pueden concurrir varias de estas afectándolo o siendo afectadas dada la complejidad de esta variable, es decir, que el bajo rendimiento puede ser ocasionado por factores académicos o personales y también viceversa: estos pueden ser afectados por un bajo rendimiento académico.

Para el presente estudio, esta variable es operacionalizada como el promedio académico acumulado obtenido por cada uno de los estudiantes en el transcurso de la carrera.

Por este motivo, se les seleccionó a partir de tercer semestre, cuando ya tienen un primer antecedente académico formado.

### 3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos empíricos se obtuvieron haciendo uso de los instrumentos antes indicados, los que se administraron en forma individual y/o colectiva de pequeños grupos a los participantes. Se verificaba que todos hayan respondido y que no hayan ítems incompletos o datos faltantes, en cuyo caso se eliminaba esos instrumentos aplicados.

### 3.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los métodos para procesar los datos recolectados se hicieron en base a los métodos de Estadística Descriptiva e Inferencial. Se emplearon:

- Medidas de tendencia central,
- Medidas de dispersión,
- Prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov para una muestra
- Coeficiente alfa de Cronbach
- Coeficiente Rho de Spearman

haciendo uso, para ello, del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 21.0 (SPSS versión 21.0).

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Luego de la aplicación de los instrumentos y del procesamiento de los datos, se procedió a analizar la información obtenida, cuyos resultados se presentan a continuación:

#### **4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE RESULTADOS**

Se realiza primeramente un estudio estadístico con todas las escalas, acerca de los análisis de la bondad de ajuste a la curva normal, a fin de determinar la Normalidad de las mismas, que fueron realizadas con la prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Se estableció que todas las escalas de los instrumentos aplicados, presentan diferencias estadísticas significativas, por lo que se concluye que las distribuciones de los puntajes no se aproximan adecuadamente a la distribución normal, que en nuestro caso era el esperado por no tratarse de una muestra clínica. Como no es por ello posible utilizar estadísticos paramétricos, se debió emplear estadísticos no paramétricos para continuar con el análisis. Esto se aprecia en la siguiente Tabla:

Tabla N° 07  
Análisis de la Bondad de Ajuste a la curva normal de los puntajes de las Escalas con la prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	ESCALAS	M.	D.S.	Z de KS	nivel crítico
AEAE	Expectativas de Eficacia	17,52	2,946	2,398	0,000
	Expectativas de Resultado	14,94	2,834	2,622	0,000
	Autoeficacia para el afrontamiento	32,45	4,956	2,216	0,000
SIRI	Tipo 1	2,751	2,042	3,690	0,000
	Tipo 2	2,772	2,129	5,135	0,000
	Tipo 3	3,779	1,942	3,361	0,000
	Tipo 4A	7,269	1,694	3,527	0,000
	Tipo 4B	7,349	2,067	3,849	0,000
	Tipo 5	4,937	1,865	3,393	0,000
	Tipo 6	2,038	1,815	4,479	0,000
BIEPS-A	Control/Aceptación	13,88	2,285	2,645	0,000
	Vínculos Psicosociales	14,34	2,431	2,509	0,000
	Autonomía	12,76	2,427	2,342	0,000
	Proyectos	19,83	3,337	2,605	0,000
	Bienestar psicológico	60,81	8,974	1,432	0,033
GHQ-12	Salud General	1,127	1,477	6,220	0,000
	Funcionamiento Social Adecuado	0,409	0,994	10,323	0,000
	Ansiedad	0,854	1,089	6,800	0,000
	Depresión	0,681	1,386	8,968	0,000
	Salud autopercibida	1,536	2,226	6,135	0,000
	Rendimiento Académico	13,07	1,573	1,232	0,096

En la tabla N° 07, se aprecia que todas las escalas presentan diferencias estadísticas y que los puntajes no se aproximan adecuadamente a una distribución normal

## CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS

Para el estudio de la confiabilidad, se hizo uso del estadístico coeficiente alfa de Cronbach, para analizar la fiabilidad de las diferentes escalas que constituyen los instrumentos, los cuales se reflejan en la siguiente tabla.

Tabla N° 08  
Análisis de Fiabilidad de las escalas de los instrumentos

	ESCALAS	$\alpha$	VALORACIÓN DEL COEFICIENTE
AEAE	Expectativas de Eficacia	0,77	RESPETABLE
	Expectativas de Resultado	0,74	RESPETABLE
	Autoeficacia para el afrontamiento	0,73	RESPETABLE
SIRI	Tipo 1	0,70	RESPETABLE
	Tipo 2	0,73	RESPETABLE
	Tipo 3	0,69	MINIMAMENTE ACEPTABLE
	Tipo 4A	0,66	MINIMAMENTE ACEPTABLE
	Tipo 4B	0,71	RESPETABLE
	Tipo 5	0,69	MINIMAMENTE ACEPTABLE
	Tipo 6	0,70	RESPETABLE
BIEPS-A	Control/Aceptación	0,84	MUY BUENO
	Vínculos Psicosociales	0,85	MUY BUENO
	Autonomía	0,82	MUY BUENO
	Proyectos	0,82	MUY BUENO
	Bienestar psicológico	0,77	RESPETABLE
GHQ-12	Salud General	0,76	RESPETABLE
	Funcionamiento Social Adecuado	0,76	RESPETABLE
	Ansiedad	0,76	RESPETABLE
	Depresión	0,75	RESPETABLE
	Salud autopercebida	0,74	RESPETABLE

Se aprecia que los instrumentos aplicados presentan niveles de confiabilidad que van de MINIMAMENTE ACEPTABLE y RESPETABLE a MUY BUENO (DeVellis 1991, citado en García Cadena, C. 2006), como indicadores del estadístico alfa de Cronbach. Los rangos de confiabilidad DeVellis, aparecen como Tabla N° 44.



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ÍTEMS

Se realiza un análisis estadístico de los ítems, a través del análisis correlacional ítem-test

A continuación, se presentan en diferentes tablas, en forma individual, para cada una de las escalas, los Estadísticos total-elemento, y también veremos cómo se presenta la fiabilidad en cada Escala.

### Escala Expectativas de Eficacia

Tabla N° 09

Análisis de fiabilidad de la escala Expectativas de Eficacia

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EAE2	30,739	27,524	0,535	.	0,736
EAE4	30,7159	27,438	0,468	.	0,747
EAE5	30,8138	27,433	0,578	.	0,729
EAE7	30,3455	26,534	0,627	.	0,715
ToEE	17,5163	8,677	1	.	0,595
Alfa de Cronbach 0,765			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,793		

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems, resultados superiores a 0,5; salvo en el ítem 4.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Expectativas de Eficacia, muestra resultados superiores a 0,71 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,765.

## Escala Expectativas de Resultado

Tabla N° 10

Análisis de fiabilidad de la escala Expectativas de Resultado

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EER1	26,0537	24,324	0,557	.	0,694
EER3	26,0864	26,656	0,352	.	0,746
EER6	26,4971	26,047	0,484	.	0,719
EER8	25,9194	24,374	0,578	.	0,69
ToER	14,9367	8,033	1	.	0,502
Alfa de Cronbach 0,743			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,750		

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems, resultados superiores a 0,5; salvo en los ítems 3 y 6.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Expectativas de Resultado, muestra resultados superiores a 0,68 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,743.

## Escala Tipo 1

Tabla N° 11

### Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 1

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	5,3129	15,369	0,375	.	0,685
item8	5,2937	15,477	0,323	.	0,689
item15	5,2956	15,062	0,461	.	0,677
item22	4,9942	15,025	0,36	.	0,683
item29	5,2687	15,474	0,307	.	0,69
item36	5,3244	15,081	0,488	.	0,677
item43	5,1958	14,981	0,415	.	0,679
item50	5,0576	15,062	0,353	.	0,684
item57	5,1919	14,863	0,448	.	0,675
item64	5,3244	15,543	0,327	.	0,689
Tipo1	2,7505	4,168	1	.	0,611
Alfa de Cronbach 0,701			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,733		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala, resultados inferiores a 0,5.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 1, muestra resultados superiores a 0,67 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,701.

## Escala Tipo 2

Tabla N° 12

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 2

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item2	5,3052	16,278	0,488	.	0,71
item9	5,405	16,376	0,587	.	0,708
item16	5,3359	16,035	0,596	.	0,702
item23	5,261	15,982	0,542	.	0,704
item30	5,4223	16,864	0,435	.	0,719
item37	5,3474	16,169	0,567	.	0,705
item44	5,2418	15,872	0,561	.	0,701
item51	5,3704	16,468	0,497	.	0,712
item58	5,3397	16,29	0,518	.	0,709
item65	4,6315	18,429	-0,153	.	0,75
Tipo2	2,7716	4,534	1	.	0,736
Alfa de Cronbach 0,732			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,795		

Presenta en la correlación elemento-total (que es el coeficiente de homogeneidad corregido), en casi todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,5; excepto en los ítems: 2, 30, 51 y 65 (este ítem presenta valor negativo y debería eliminarse). En la investigación de Aparicio, A. (1999), en el análisis estadístico de ítems, también se encuentra que el ítem 65 es negativo y que como presenta ese resultado en el análisis de ítem, debería eliminarse por ser ítem no validado.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 2, muestra resultados superiores a 0,7 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,732.

### Escala Tipo 3

Tabla N° 13

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 3

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item3	6,7505	14,168	0,258	.	0,681
item10	7,2188	13,46	0,404	.	0,664
item17	7,357	13,572	0,458	.	0,662
item24	6,9405	13,902	0,262	.	0,679
item31	7,1843	13,585	0,356	.	0,669
item38	7,3877	13,957	0,352	.	0,673
item45	7,3301	13,618	0,418	.	0,665
item52	7,3071	13,571	0,416	.	0,664
item59	6,9155	14,004	0,238	.	0,681
item66	7,4146	13,839	0,431	.	0,668
Tipo3	3,7793	3,772	1	.	0,559
Alfa de Cronbach 0,688		Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,706			

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala resultados inferiores a 0,5.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 3, muestra resultados superiores a 0,66 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Mínimamente aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,688.

## Escala Tipo 4A

Tabla N° 14

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 4A

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item4	13,6967	10,627	0,301	.	0,64
item11	13,975	10,371	0,27	.	0,64
item18	14,0422	10,671	0,171	.	0,654
item25	13,9712	10,274	0,302	.	0,636
item32	13,7274	10,468	0,338	.	0,635
item39	13,6679	10,715	0,295	.	0,642
item46	13,6488	10,598	0,382	.	0,635
item53	13,9386	10,281	0,305	.	0,635
item60	13,6449	10,891	0,241	.	0,647
item67	13,7927	10,195	0,393	.	0,626
Tipo4A	7,2687	2,87	1	.	0,425
Alfa de Cronbach 0,655			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,639		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala resultados inferiores a 0,5.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 4A, muestra resultados superiores a 0,62 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Mínimamente aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,655.

## Escala Tipo 4B

Tabla N° 15

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 4B

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item7	13,9271	15,629	0,388	.	0,696
item14	13,9962	14,842	0,58	.	0,676
item21	14,0518	15,261	0,43	.	0,689
item28	13,8484	15,967	0,351	.	0,701
item35	13,8311	15,825	0,428	.	0,696
item42	14,286	16,07	0,198	.	0,711
item49	14,0461	15,075	0,485	.	0,684
item56	13,8349	15,892	0,397	.	0,698
item63	14,0269	14,803	0,573	.	0,676
item70	13,7889	16,244	0,333	.	0,705
Tipo4B	7,3493	4,274	1	.	0,657
Alfa de Cronbach 0,712			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,761		

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala resultados inferiores a 0,5; salvo los ítems 14 y 63.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 4B, muestra resultados superiores a 0,67 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,712.

## Escala Tipo 5

Tabla N° 16

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 5

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item5	9,3685	12,337	0,378	.	0,665
item12	9,666	12,75	0,345	.	0,672
item19	9,2265	12,472	0,359	.	0,667
item26	9,6123	12,18	0,502	.	0,654
item33	9,6737	12,624	0,398	.	0,667
item40	9,6372	12,682	0,348	.	0,671
item47	9,0633	12,794	0,344	.	0,672
item54	9,0096	13,129	0,268	.	0,68
item61	8,9539	13,479	0,181	.	0,688
item68	9,5854	12,516	0,372	.	0,667
Tipo5	4,9367	3,479	1	.	0,559
Alfa de Cronbach 0,688		Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,693			

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala resultados inferiores a 0,5; salvo el ítem 26.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 5, muestra resultados superiores a 0,65 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Mínimamente aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,688.



## Escala Tipo 6

Tabla N° 17

Análisis de fiabilidad de la escala Tipo 6

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item6	3,7927	11,649	0,43	.	0,675
item13	3,7678	11,594	0,435	.	0,674
item20	3,8887	11,768	0,468	.	0,675
item27	3,7121	11,959	0,296	.	0,689
item34	3,9808	12,073	0,497	.	0,68
item41	4,0134	12,44	0,395	.	0,69
item48	3,9213	12,226	0,324	.	0,689
item55	4,0038	12,45	0,36	.	0,691
item62	3,9808	12,242	0,412	.	0,686
item69	3,6679	11,684	0,372	.	0,68
Tipo6	2,0384	3,295	1	.	0,613
Alfa de Cronbach 0,702			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,751		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala resultados inferiores a 0,5.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Tipo 6, muestra resultados superiores a 0,67 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,702.

## Escala Control/Aceptación

Tabla N° 18

### Análisis de fiabilidad de la escala Control/Aceptación

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CAC2	23,1612	14,666	0,746	.	0,792
CAC11	22,9482	14,772	0,768	.	0,79
CAC13	23,2764	14,893	0,697	.	0,805
ToCac	13,8772	5,219	1	.	0,76
Alfa de Cronbach 0,836			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,890		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,69.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Control/Aceptación, muestra resultados superiores a 0,78 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Muy buena, con un alfa de Cronbach de 0,836.

## Escala Vínculos Psicosociales

Tabla N° 19

### Análisis de fiabilidad de la escala Vínculos Psicosociales

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VPsS5	24,0883	17,015	0,759	.	0,812
VPsS7	23,7409	16,296	0,742	.	0,804
VPsS8	23,8695	16,706	0,836	.	0,795
ToVPsS	14,3397	5,909	1	.	0,804
Alfa de Cronbach 0,845			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,911		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,74.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Vínculos Psicosociales, muestra resultados superiores a 0,79 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Muy buena, con un alfa de Cronbach de 0,845.

### Escala Autonomía

Tabla N° 20

Análisis de fiabilidad de la escala Autonomía

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Aut4	21,094	16,658	0,685	.	0,779
Aut9	21,3666	17,213	0,622	.	0,8
Aut12	21,3397	16,452	0,723	.	0,768
ToAut	12,7601	5,89	1	.	0,685
Alfa de Cronbach 0,819			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,858		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,62.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Autonomía, muestra resultados superiores a 0,76 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Muy buena, con un alfa de Cronbach de 0,819.

## Escala Proyectos

Tabla N° 21

Análisis de fiabilidad de la escala Proyectos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Proy1	34,7486	33,839	0,807	.	0,777
Proy3	34,7044	35,097	0,701	.	0,796
Proy6	34,6852	34,512	0,79	.	0,784
Proy10	34,7063	34,242	0,801	.	0,781
ToPro	19,8349	11,138	1	.	0,851
Alfa de Cronbach 0,824			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,916		

Presenta en la correlación elemento-total, en todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,70.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Proyectos, muestra resultados superiores a 0,77 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Muy buena, con un alfa de Cronbach de 0,824.

## Escala Salud General

Tabla N° 22

Análisis de fiabilidad de la escala Salud General

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	1,9923	7,208	0,559	.	0,721
item2	2,1132	7,835	0,393	.	0,748
item5	1,9655	7,049	0,609	.	0,712
item7	2,0883	7,358	0,607	.	0,722
item9	2,0768	7,263	0,637	.	0,717
item12	2,1574	7,779	0,519	.	0,74
ToSGG	1,1267	2,18	1	.	0,71
Alfa de Cronbach 0,756			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,818		

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,5; salvo en el ítem 2.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Salud General, muestra resultados superiores a 0,71 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,756.

## Escala Funcionamiento Social Adecuado

Tabla N° 23

Análisis de fiabilidad de la escala Funcionamiento Social Adecuado

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item3	0,7716	3,442	0,6	.	0,739
item4	0,762	3,389	0,605	.	0,735
item6	0,7102	3,133	0,66	.	0,714
item8	0,7294	3,248	0,61	.	0,725
item10	0,7351	3,303	0,574	.	0,731
item11	0,7889	3,628	0,465	.	0,758
ToFSSA	0,4088	0,988	1	.	0,742
Alfa de Cronbach 0,764		Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,839			

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,5; salvo en el ítem 11.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Funcionamiento Social Adecuado, muestra resultados superiores a 0,71 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,764.

## Escala Ansiedad

Tabla N° 24

Análisis de fiabilidad de la escala Ansiedad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ite1	1,4472	3,655	,534	.	,731
ite2	1,5681	4,030	,426	.	,763
ite5	1,4203	3,475	,630	.	,705
ite7	1,5432	3,733	,609	.	,724
ToAns	,8541	1,186	1	.	,594
Alfa de Cronbach 0,764		Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,790			

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,5; salvo en el ítem 2.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Ansiedad, muestra resultados superiores a 0,70 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,764.

### Escala Depresión

Tabla N° 25

Análisis de fiabilidad de la escala Depresión

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ite3	1,3167	7,040	,540	.	,739
ite4	1,3071	6,975	,543	.	,737
ite6	1,2553	6,560	,648	.	,719
ite8	1,2745	6,746	,582	.	,728
ite9	1,1862	6,352	,617	.	,714
ite10	1,2802	6,764	,590	.	,728
ite11	1,3340	7,231	,474	.	,747
ite12	1,2668	6,742	,559	.	,729
ToDepre	,6814	1,921	1	.	,780
Alfa de Cronbach 0,754			Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,852		

Presenta en la correlación elemento-total, en casi todos los ítems de la escala, resultados superiores a 0,5; salvo en el ítem 11.

La consistencia interna de los ítems de la Escala Depresión, muestra resultados superiores a 0,71 en cada ítem del instrumento.

El instrumento muestra una confiabilidad Respetable, con un alfa de Cronbach de 0,754.

#### 4.2 PERFILES DE LA MUESTRA

A continuación se presentan los perfiles de la muestra estudiada, en base a las variables.

##### **Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés**

Acerca de la **Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés**, se observó que el 16,89% (88 de los estudiantes) perciben su autoeficacia específica ante el estrés como bueno (nivel alto), y el 75,05% (391 estudiantes) en el nivel medio.

En cuanto a la escala *Expectativas de Eficacia*, el 16,86% (88 estudiantes) perciben esto con un nivel alto, y un 70,44% (367 estudiantes) presentan un nivel medio.

La escala *Expectativas de Resultado*, sólo el 10,94% (57 estudiantes) perciben esto con un nivel alto, y 79,85% (416 estudiantes) presentan un nivel medio.

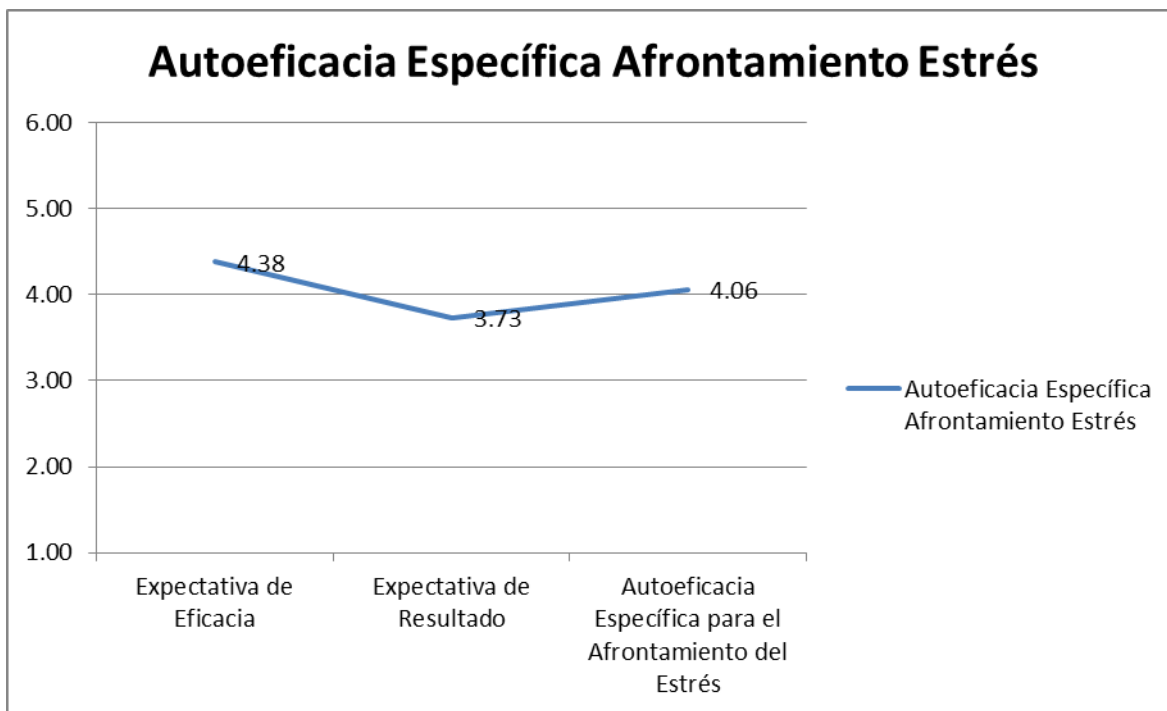
Tanto la escala *Expectativas de Resultado* con un 9,21% (48 estudiantes), como la escala *Expectativas de Eficacia* con un 12,67% (66 estudiantes), son puntajes que se ubican en el nivel bajo, en sus respectivas escalas (ver Tabla N° 26).

Tabla N° 26  
Autoeficacia ante el estrés

Escala <b>AEAE</b>	Escala <b>Expectativas de Eficacia</b>	Escala <b>Expectativas de Resultado</b>
Alto 16,89 % (88)	Alto 16,86 % (88)	Alto 10,94 % (57)
Medio 75,05 % (391)	Medio 70,44 % (367)	Medio 79,85 % (416)
Bajo 8,06 % (42)	Bajo 12,67 % (66)	Bajo 9,21 % (48)



Gráfico N° 01: **Perfil diagnóstico de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios**



Se observa en el gráfico N° 01, que los estudiantes, en la subescala Expectativa de Eficacia presentan en promedio un puntaje de 4.38. En cuanto a la Expectativa de Resultado presentan un promedio de 3.73 y como prueba total en Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés presentan un puntaje de 4.06.

### **Tipos de personalidad**

En cuanto a los **tipos de personalidad**, se observó en la muestra, que los estudiantes presentan, según los promedios hallados, el Tipo 4B de personalidad como el más elevado, seguido del Tipo 4A. Ambos tipos (4A y 4B), son indicadores de la escala saludable, apreciándose en la muestra ese estado.

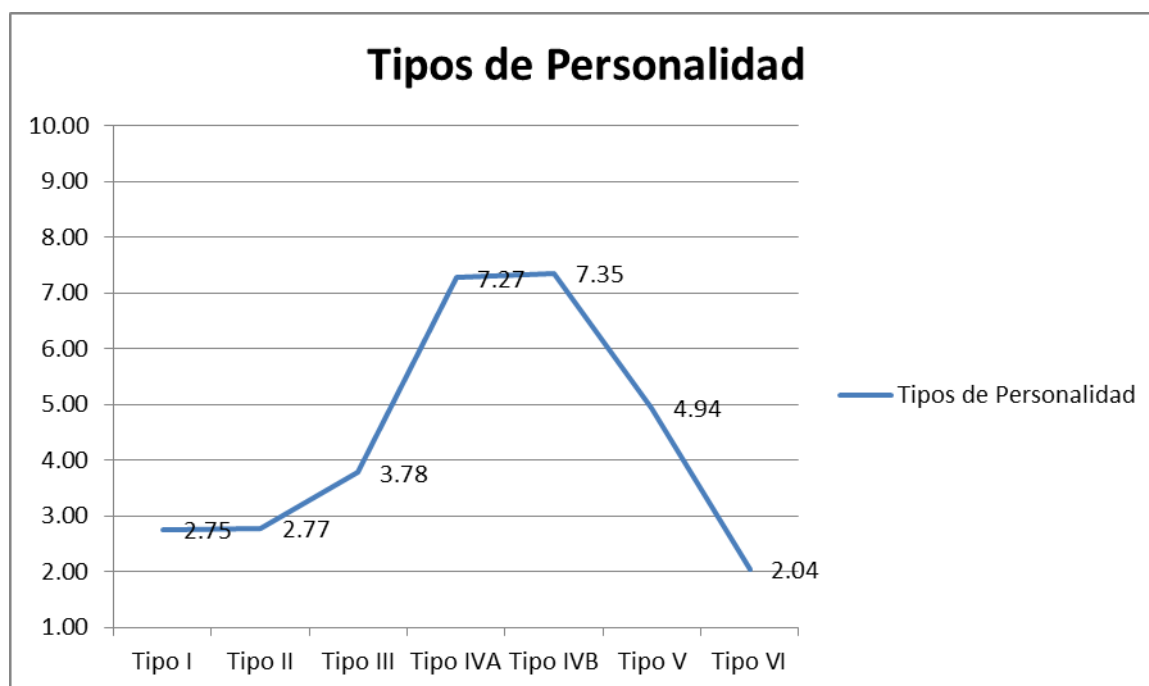
El **tipo de personalidad 5**, es el tercer promedio más elevado, que sería indicador de probable premorbididad de tipo propenso a la depresión endógena, con predisposición a males oncológicos y cardiovasculares, aunque de características ambivalentes para la escala. Hay tendencia a apelar al control emocional mediante la racionalización. (Vicuña, L. et al. 2001).

En cuanto al **tipo de personalidad 6**, es el tipo de personalidad que se presenta como el menor promedio de todos los valores obtenidos, tal como se aprecia en los resultados (ver Tabla N° 27).

**Tabla 27: Tipos de Personalidad**

<b>Tipo 1</b> Predisposición al cáncer	<b>Tipo 2</b> Predisposición a enfermedades coronarias	<b>Tipo 3</b> Tipo histérico	<b>Tipo 4A</b> Tipo saludable	<b>Tipo 4B</b> Tipo saludable	<b>Tipo 5</b> Tipo racional-antiemocional	<b>Tipo 6</b> Tipo psicopático
2,75	2,77	3,78	7,27	7,35	4,94	2,04

Gráfico N° 02: Perfil diagnóstico de los Tipos de Personalidad en estudiantes universitarios



Se observa en el gráfico N° 02, que los estudiantes, presentan niveles apropiados en los Tipos de personalidad Saludable (4A y 4B), que se sitúan en puntajes por sobre el valor 7. Se representan en menor medida los tipos 5, 3, 2 y 1, siendo el menor de todos el tipo 6.

### Bienestar Psicológico

En cuanto al **bienestar psicológico** se observó que el 12,48% (65 de los estudiantes) se perciben con un alto **bienestar**, en la escala BIEPS-A, así como el 73.90% (385 de los estudiantes) con un nivel medio o moderado.

En las escalas Control/Aceptación, Autonomía y Proyectos se aprecia porcentajes que van desde el 14% a cerca del 16% (entre 74 y 83 estudiantes), en los niveles alto para esas escalas. Solo en la escala Vínculos Psicosociales presenta 9,79% (51 estudiantes) en el nivel alto.

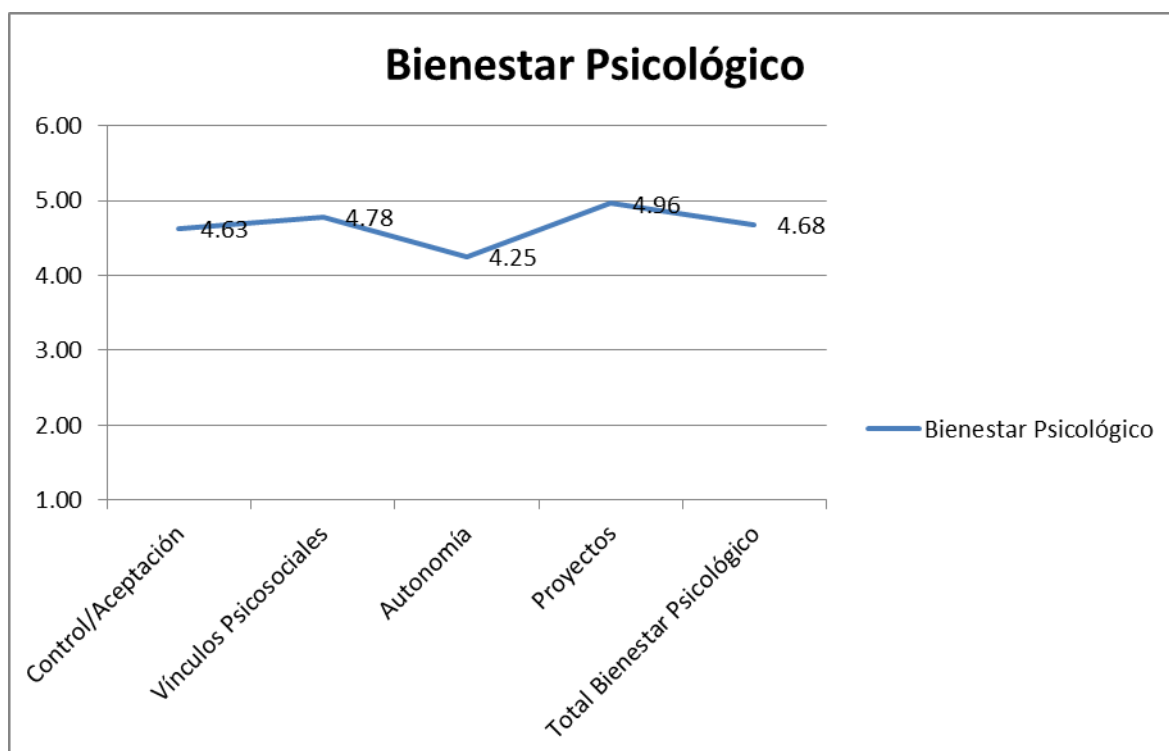
Las escalas Control/Aceptación, Autonomía, Proyectos y Vínculos Psicosociales presentan porcentajes que van del 75% a casi el 84% en sus niveles medio.

Las escalas Proyectos, Vínculos Psicosociales, Autonomía y Control/Aceptación presentan porcentajes que van desde cerca del 5,90% al 10,2% (entre 31 y 53 estudiantes), en sus niveles bajo (ver Tabla 28).

Tabla 28  
Nivel General de **Bienestar Psicológico**

Escala <b>BIEPS-A</b>	Escala <b>Control/Aceptación</b>	Escala <b>Vínculos Psicosociales</b>	Escala <b>Autonomía</b>	Escala <b>Proyectos</b>
Alto 12,48% (65)	Alto 14,78% (77)	Alto 9,79% (51)	Alto 14,2% (74)	Alto 15,93% (83)
Medio 73,90% (385)	Medio 75,05% (391)	Medio 83,69% (436)	Medio 78,12% (407)	Medio 78,12% (407)
Bajo 13,63% (71)	Bajo 10,17% (53)	Bajo 6,53% (34)	Bajo 7,68% (40)	Bajo 5,95% (31)

Gráfico N° 03: Perfil diagnóstico del Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios



Se observa en el gráfico N° 03, que los estudiantes, presentan puntajes entre 4.25 y 4.96, que indican satisfacción con su vida, tanto en las cuatro dimensiones, como en la prueba total.

### Percepción de Salud

En cuanto a la **percepción de salud**, se observó que entre el 89% y el 90,60% (entre 464 y 472 de los estudiantes) perciben su salud como buena (niveles bajo + medio, de la escala total GHQ-12, la escala Salud general y el Funcionamiento Social Adecuado); y sólo entre el 9% y el 11% (entre 49 y 57 estudiantes) como mala (nivel alto en las escalas total GHQ-12, escala de Salud General y el Funcionamiento Social Adecuado). (ver Tabla N° 29).

Tabla N° 29

Percepción del estado de Salud: Salud General y Funcionamiento Social

Escala <b>GHQ-12</b>	Escala <b>Salud General</b>	Escala <b>Funcionamiento Social Adecuado</b>
Alto 10,94 % (57)	Alto 9,40 % (49)	Alto 10,36 % (54)
Medio 41,46 % (216)	Medio 41,07 % (214)	Medio 10,36 % (54)
Bajo 47,60 % (248)	Bajo 49,52 % (258)	Bajo 79,27 % (413)

En cuanto a las escalas del GHQ-12: **Ansiedad y Depresión**, se observó que sólo el 11,13% (58 estudiantes) presentan elevada Ansiedad (nivel alto en la escala Ansiedad). Por otro lado, se encontró que en el factor Depresión, perciben elevado indicador de ella el 9,60% (50 estudiantes). (ver Tabla N° 30).

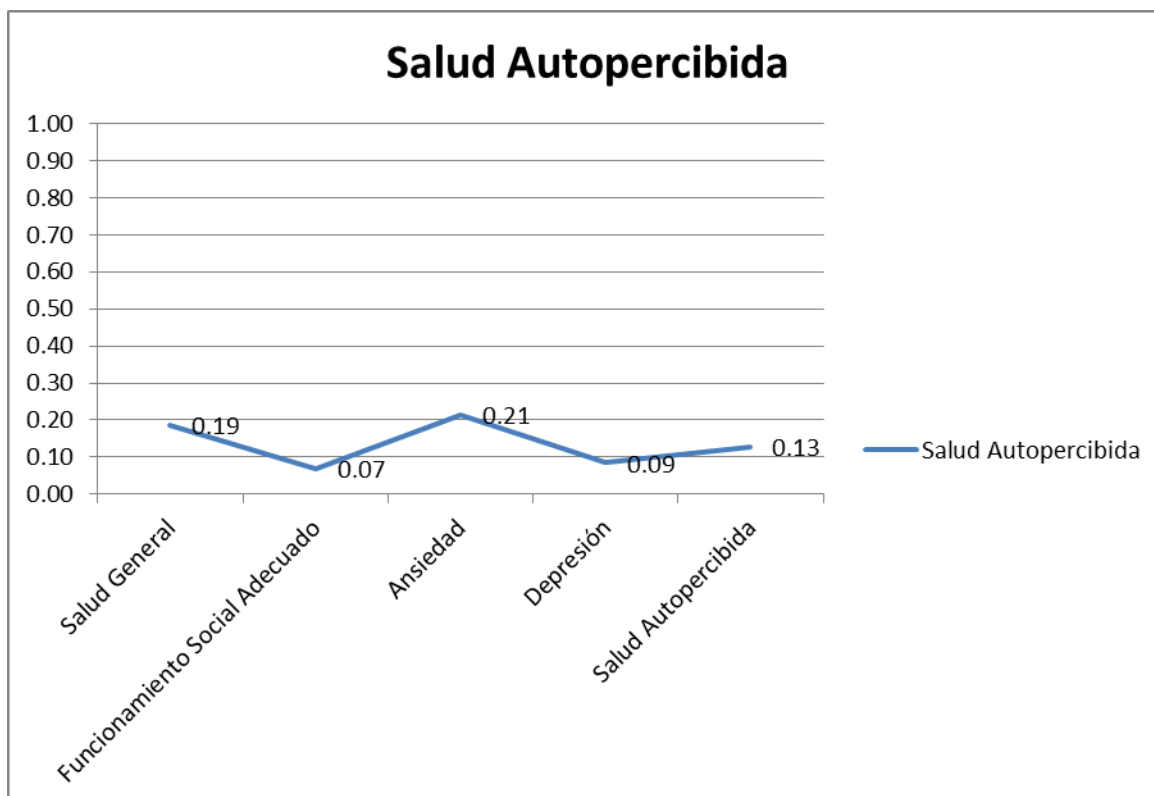
Tabla N° 30

Percepción del estado de Salud: Ansiedad y Depresión

Escala <b>GHQ-12</b>	Escala <b>Ansiedad</b>	Escala <b>Depresión</b>
Alto 10,94 % (57)	Alto 11,13 % (58)	Alto 9,60 % (50)
Medio 41,46 % (216)	Medio 37,43 % (195)	Medio 19,96 % (104)

Bajo 47,60 % (248)	Bajo 51,44 % (268)	Bajo 70,44 % (367)
--------------------	--------------------	--------------------

Gráfico N° 04: **Perfil diagnóstico de la Percepción de Salud (Salud autopercebida) en estudiantes universitarios**



Se observa en el gráfico N° 04, que los estudiantes presentan tanto en los factores que lo componen, como en el total que mide la salud autopercebida, valores que fluctúan entre 0.07 y 0.21 que indicaría que presentan niveles muy apropiados de salud.

### Rendimiento académico

En primer lugar se identificó el nivel de rendimiento académico de los estudiantes, basado en el promedio ponderado obtenido por la muestra al concluir el año académico, y que se puede ver en la Tabla N° 31. Estos promedios han sido categorizados en base a la tabla de valoración del rendimiento académico, elaborada por Reyes Murillo, E. (1988) que se muestran en la Tabla N° 02 y que categoriza a esta variable en los niveles: alto (calificaciones de 15 a 20 puntos), medio (de 13 hasta 14.99), bajo (11 a 12.99) y deficiente (10.99 a menos) rendimiento académico, lo que implica para el sistema educativo peruano el nivel de aprendizaje logrado por el alumno (Aliaga, J. 1998b).

Tabla N° 31

#### Nivel de Rendimiento Académico

(Categorizados según Edith Reyes Murillo)

Notas	Nivel de rendimiento	Frecuencia	%
20 – 15	Alto	46	8.83 %
14.99 – 13	Medio	223	42.80 %
12.99 – 11	Bajo	229	43.95 %
10.99 – menos	Deficiente	23	4.42 %
	Total	521	100.00 %

Más, para el presente estudio, optaremos por la categorización, que responde a los siguientes tres niveles: Alto, Medio y Bajo, que aparecen en la tabla N° 32, ya que en base a ella se realizó los análisis con las otras variables:

Tabla N° 32

#### Nivel de Rendimiento Académico de los estudiantes

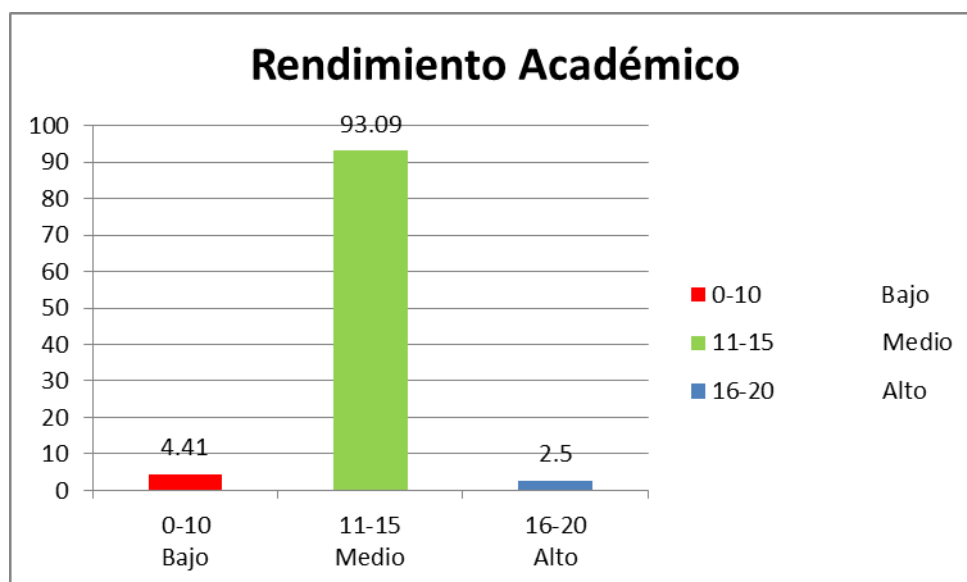
NOTAS	Nivel de Rendimiento	Frecuencia	%
20 – 16	Alto	13	2,50



15 – 11	Medio	485	93,09
10 – 00	Bajo	23	4,41
	Total	521	100,00

La Tabla N° 32, nos indica que el 93.09% de los estudiantes que conforman la muestra se ubica en el nivel medio, en lo que respecta a su rendimiento académico; seguido por un 4.41% que se encuentran en un nivel bajo, cuyo rendimiento académico está por debajo de lo esperado; observándose sólo a un 2.50% con un alto nivel de rendimiento académico, lo que en términos educativos implica un aprendizaje bien logrado. Estos son confirmados desde otro punto de vista por los estadísticos descriptivos correspondientes a esta variable, en donde la media aritmética es 13,07. Así mismo la desviación estándar es 1,57 y la varianza es 2,47.

Gráfico N° 05: **Perfil diagnóstico de Rendimiento académico de los estudiantes universitarios**



Se observa en el gráfico N° 05, que los estudiantes con un 4.41 % en promedio cuentan con un nivel Bajo de rendimiento académico. En cuanto al nivel Medio de rendimiento académico lo presentan un promedio de 93.09 % y como nivel Alto de

rendimiento académico se encuentra en un 2.5 % de estudiantes.

#### 4.3 PRUEBAS DE HIPÓTESIS

Esta se realiza aplicando el Coeficiente Rho de Spearman.

##### HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 33: Coeficientes de correlación entre las subescalas de Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés con el Rendimiento Académico

Correlaciones		Rendimiento Académico
Rho de Spearman	Expectativa de Eficacia	,113(**)
	Expectativa de Resultado	,099(*)
	Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés	,128(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 33, existe una correlación significativa, entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés y el rendimiento académico. También al observar las subescalas de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del estrés, apreciamos la relación con el Rendimiento Académico, lo cual se refleja tanto en la Escala Expectativa de Eficacia, como en la Escala Expectativa de Resultado, siendo en la Escala de Expectativa de Eficacia significativa al nivel 0,01 al igual que en la escala total. Esto nos permite rechazar la hipótesis nula y afirmar la existencia de relación entre las variables.

H2: Existe relación significativa entre los estilos de personalidad y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 34: Coeficientes de correlación entre Estilos de Personalidad con el Rendimiento Académico

Correlaciones		Rendimiento Académico
Rho de Spearman	Tipo 1 Predisposición al cáncer	-0,064
	Tipo 2 Predisposición a enfermedades coronarias	-0,044
	Tipo 3 Tipo histérico	-,113(**)
	Tipo 4A Tipo saludable A	,102(*)
	Tipo 4B Tipo saludable B	0,065
	Tipo 5 Tipo Racional antiemocional	-0,019
	Tipo 6 Tipo Psicopático	-,120(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 34, existen algunas correlaciones significativas, entre los Estilos de Personalidad y el Rendimiento Académico, lo cual se refleja tanto en los Tipos 3, 4A y 6, siendo en los tipos 3 y 6 significativa al nivel 0,01; más en ambas son negativas indicándonos ello que, entre los tipos 3 y 6 con el rendimiento académico, se da una relación inversamente proporcional, menor puntaje en el tipo emocional 3 y 6, habrá mayor rendimiento académico. En

cambio el tipo emocional 4A se relaciona de manera positiva al nivel de 0,05; esto es a mayor puntaje en el tipo 4A, mayor rendimiento académico.

H3: Existe relación significativa entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla No 35: Coeficientes de correlación entre las dimensiones de Bienestar Psicológico con el Rendimiento Académico

Correlaciones		Rendimiento Académico
Rho de Spearman	Control/Aceptación	,116(**)
	Vínculos psicosociales	0,085
	Autonomía	0,043
	Proyectos	,171(**)
	Bienestar psicológico	,132(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 35, con respecto al puntaje de la escala total de Bienestar psicológico, vemos que existe una correlación significativa con el rendimiento académico, siendo esta significativa al nivel 0,01. Asimismo, al apreciar las dimensiones del Bienestar Psicológico con el Rendimiento Académico, encontramos relaciones significativas la cual, se refleja tanto en la dimensión Control/Aceptación como en la dimensión Proyectos, siendo en ambas significativas al nivel 0,01. Como resultado, rechazamos la hipótesis nula y afirmamos la existencia de relación entre las variables presentadas.

H4: Existe relación significativa entre la percepción de la salud y el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 36: Coeficientes de correlación entre los factores de Percepción de la Salud con el Rendimiento Académico

Correlaciones		Rendimiento Académico
Rho de Spearman	Salud general	0,061
	Funcionamiento social adecuado	0,025
	Ansiedad	0,081
	Depresión	0,022
	Salud autopercebida	0,062

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 36, no existen correlaciones significativas, entre la Salud autopercebida (Percepción de la Salud) y el Rendimiento Académico. Tampoco encontramos correlaciones al relacionar los factores de la salud autopercebida con el rendimiento académico. Con esto aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la existencia de relación entre las variables presentadas.

En cuanto a la Hipótesis General sobre si:

Hi: Existe relación significativa entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, la personalidad, la percepción de Bienestar psicológico y de salud con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 37: Coeficientes de correlación Rho de Spearman entre la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, tipos de Personalidad, bienestar psicológico, salud autopercebida con el Rendimiento Académico

Correlaciones		Rendimiento Académico
Rho de Spearman	Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés	,128(**)
	Tipo 1 Predisposición al cáncer	-0,064
	Tipo 2 Predisposición a enfermedades coronarias	-0,044
	Tipo 3 Tipo histérico	-,113(**)
	Tipo 4A Tipo saludable A	,102(*)
	Tipo 4B Tipo saludable B	0,065
	Tipo 5 Tipo Racional antiemocional	-0,019
	Tipo 6 Tipo Psicopático	-,120(**)
	Bienestar psicológico	,132(**)

Salud autopercebida	,062
---------------------	------

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 37, encontramos que existen correlaciones significativas, entre algunas de las 04 variables (Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, tipos de personalidad, bienestar psicológico y, salud autopercebida) con el rendimiento académico, que vamos a mencionar a continuación:

La Autoeficacia para el afrontamiento del estrés al medir arroja un resultado de 0,128 que indica correlación de baja intensidad pero significativa al 0,01; que indica que ambas variables se afectan.

Al analizar la personalidad, en donde hemos utilizado el SIRI, que explora seis tipos de personalidad, encontramos que sólo se relacionan algunos tipos con el rendimiento académico como, el tipo 3 (histérico) y el tipo 6 (psicopático), ambos con correlación negativa (-0,113 y -0,120; significativas al 0,01), y el tipo 4A (saludable) en forma positiva, que aun siendo de baja intensidad es significativa al 0,05.

El Bienestar psicológico, tiene una correlación de 0,132 que es de baja intensidad, pero significativa al 0,01; que indica que las variables se afectan.

En cuanto a la Salud autopercebida (percepción de la salud), no encontramos relación significativa con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

#### 4.4 ANALISIS COMPLEMENTARIOS:

Que habiendo obtenido los resultados tanto de las hipótesis alternativas como de la hipótesis general, en las cuales corroboramos la correlación entre las variables de estudio, se desarrolló las relaciones entre las variables, que si bien no forman parte del problema de investigación, darán luces al respecto.

Se realizaron otras 06 hipótesis complementarias al estudio, para analizar si las variables están relacionadas, como una forma de verificar si los instrumentos tienen validez. A continuación tenemos la:

H5: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y los estilos de personalidad en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 38: Coeficientes de correlación entre Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés con los Estilos de Personalidad

Correlaciones		Estilos de Personalidad						
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4A	Tipo 4B	Tipo 5	Tipo 6
Rho de Spearman	Expectativa de Eficacia	-,322(**)	-,390(**)	-,218(**)	,241(**)	,379(**)	0,024	-,203(**)
	Expectativa de Resultado	-,332(**)	-,399(**)	-,215(**)	,177(**)	,388(**)	-0,029	-,202(**)
	Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés	-,383(**)	-,467(**)	-,252(**)	,242(**)	,459(**)	,004	-,248(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 38, existen muchas correlaciones significativas, entre la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés y los Estilos



de Personalidad, lo cual se refleja tanto en las escalas Expectativas de Eficacia como en la escala Expectativas de Resultado, siendo en ambas en la mayoría de los casos, significativas al nivel 0,01; salvo cuando se busca la relación con el Tipo 5, la cual no es significativa. Las correlaciones son negativas con los Tipos 1, 2, 3 y 6 (relación inversamente proporcional); y se da una relación positiva en los Tipos 4A y 4B. Lo mismo sucede con la escala total de la Autoeficacia Especifica para el afrontamiento del estrés, que presenta relación negativa con los tipos de personalidad: 1, 2, 3 y 6 (en la que es inversamente proporcional), y con los tipos 4A y 4B en la que es positiva, no habiendo correlación con el tipo 5 (racional-antiemocional).

H6: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y el bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 39: Coeficientes de correlación entre las subescalas de la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés con el Bienestar Psicológico

Correlaciones		Bienestar Psicológico				
		Control/Acept	Vínculos Psicosocial	Autonomía	Proyectos	Bienestar Psicológico
Rho de Spearman	Expectativa de Eficacia	,537(**)	,405(**)	,470(**)	,480(**)	,565(**)
	Expectativa de Resultado	,328(**)	,152(**)	,294(**)	,281(**)	,321(**)
	Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés	,515(**)	,342(**)	,457(**)	,451(**)	,528(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 39, existen correlaciones significativas, entre la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés y el Bienestar Psicológico, lo cual se refleja tanto en las subescalas Expectativas de Eficacia como en la subescala Expectativas de Resultado, siendo en ambas en todos los casos, significativas al nivel 0,01. Respecto a la escala total de Autoeficacia para el

afrontamiento del estrés con el Bienestar psicológico, encontramos correlación entre ellas, por lo que rechazamos la hipótesis nula, y afirmamos la existencia de relación entre las variables presentadas.

H7: Existe relación significativa entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y la percepción de la salud en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 40: Coeficientes de correlación entre las subescalas de la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés con los factores de la Salud autopercebida-Percepción de la Salud

Correlaciones		Percepción de la Salud				
		Salud General	Funcionamiento Social Adecuado	Ansiedad	Depresión	Salud autopercebida
Rho de Spearman	Expectativa de Eficacia	-,356(**)	-,312(**)	-,327(**)	-,358(**)	-,368(**)
	Expectativa de Resultado	-,329(**)	-,314(**)	-,316(**)	-,335(**)	-,353(**)
	Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés	-,415(**)	-,384(**)	-,391(**)	-,421(**)	-,439(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 40, existen correlaciones significativas, entre la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés y la Percepción de la Salud, lo cual se refleja tanto en las subescalas Expectativas de Eficacia como en la subescala Expectativas de Resultado, siendo en ambas en todos los casos, significativas al nivel 0,01; con los factores de la salud autopercebida (salud general, funcionamiento social adecuado, ansiedad y depresión) más las correlaciones son negativas, lo cual indica una relación inversamente proporcional entre ambas. Lo mismo respecto a la escala total de la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés con la escala total de la Salud autopercebida, que presenta una alta correlación negativa, lo que significa que a mayor puntaje en

Autoeficacia para el afrontamiento del estrés menor puntaje en salud autopercebida (lo cual es el nivel saludable). Por ello, rechazamos la hipótesis nula y afirmamos la existencia de relación entre las variables presentadas.

H8: Existe relación significativa entre los estilos de personalidad y el bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 41: Coeficientes de correlación entre los Estilos de Personalidad con el Bienestar Psicológico

Correlaciones		Bienestar Psicológico				
		Control/Acep	Vínculos Psicosocial	Autonomía	Proyectos	Bienestar Psicológico
Rho de Spearman	Tipo 1 Predisposición al cáncer	-,247(**)	-,192(**)	-,334(**)	-,238(**)	-,307(**)
	Tipo 2 Predisposición a enfermedades coronarias	-,301(**)	-,260(**)	-,363(**)	-,311(**)	-,377(**)
	Tipo 3 Tipo histérico	-,217(**)	-,151(**)	-,178(**)	-,146(**)	-,211(**)
	Tipo 4A Tipo saludable A	,181(**)	,165(**)	,165(**)	,125(**)	,190(**)
	Tipo 4B Tipo saludable B	,299(**)	,271(**)	,406(**)	,287(**)	,380(**)
	Tipo 5 Tipo Racional antiemocional	0,008	-,101(*)	-0,052	-0,015	-,049
	Tipo 6 Tipo Psicopático	-,228(**)	-,177(**)	-,147(**)	-,207(**)	-,231(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 41, existen muchas correlaciones significativas, entre los Estilos de Personalidad y el Bienestar Psicológico (en sus cuatro dimensiones y en la escala total), lo cual se refleja en todas sus variantes, en los tipos 1, 2, 3, 4A, 4B y 6, siendo en todos esos tipos de personalidad significativa al nivel 0,01; más en los tipos 1, 2, 3 y 6, con el bienestar psicológico

son negativas, indicándonos una relación inversamente proporcional. En los tipos 4A y 4B se dan correlaciones positivas. En cambio en el tipo 5, sólo se da correlación y esta es negativa frente a los Vínculos psicosociales; en las otras dimensiones y en la escala total de bienestar no existe correlación con el tipo 5.

H9: Existe relación significativa entre los estilos de personalidad y la percepción de la salud en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 42: Coeficientes de correlación entre Estilos de Personalidad y los factores de la Salud autopercebida-Percepción de la Salud

Correlaciones		Percepción de la Salud				
		Salud General	Funcionamiento Social Adecuado	Ansiedad	Depresión	Salud autopercebida
Rho de Spearman	Tipo 1 Predisposición al cáncer	,335(**)	,391(**)	,319(**)	,380(**)	,372(**)
	Tipo 2 Predisposición a enfermedades coronarias	,484(**)	,475(**)	,459(**)	,519(**)	,518(**)
	Tipo 3 Tipo histérico	,181(**)	,175(**)	,181(**)	,162(**)	,190(**)
	Tipo 4A Tipo saludable A	-,185(**)	-,242(**)	-,155(**)	-,252(**)	-,198(**)
	Tipo 4B Tipo saludable B	-,528(**)	-,450(**)	-,492(**)	-,525(**)	-,546(**)
	Tipo 5 Tipo Racional antiemocional	0,038	0,066	,043	,046	,043
	Tipo 6 Tipo Psicopático	,212(**)	,254(**)	,198(**)	,255(**)	,235(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 42, existen muchas correlaciones significativas, entre los Estilos de Personalidad y la Percepción de la Salud (los factores y la escala total de la Salud autopercebida), lo cual se refleja en todas sus variantes en los tipos 1, 2, 3, 4A, 4B y 6, siendo en todos ellos significativos al nivel 0,01; más solo en los tipos 4A y 4B se dan correlaciones negativas, lo cual

nos indica que en los tipos 4A y 4B con la percepción de la salud, se da una relación inversamente proporcional, ya que en salud al puntuar menos, mas salud autopercebida tendrán. El tipo 5, no presenta ninguna correlación con los factores ni con la escala total de salud autopercebida.

H10: Existe relación significativa entre el bienestar psicológico y la percepción de la salud en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

Tabla N° 43: Coeficientes de correlación entre las dimensiones de Bienestar Psicológico y los factores de salud autopercebida-Percepción de la Salud

Correlaciones		Percepción de la Salud				
		Salud General	Funcionamiento Social Adecuado	Ansiedad	Depresión	Salud autopercebida
Rho de Spearman	Control/Aceptación	-,263(**)	-,310(**)	-,232(**)	-,312(**)	-,285(**)
	Vínculos psicosociales	-,259(**)	-,297(**)	-,229(**)	-,300(**)	-,276(**)
	Autonomía	-,325(**)	-,312(**)	-,296(**)	-,332(**)	-,343(**)
	Proyectos	-,282(**)	-,331(**)	-,259(**)	-,329(**)	-,305(**)
	Bienestar psicológico	-,340(**)	-,380(**)	-,308(**)	-,384(**)	-,365(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 43, existen correlaciones significativas, entre el Bienestar Psicológico (las dimensiones y la escala total) y la Percepción de la Salud (los factores y la escala total), lo cual se refleja en todas las relaciones siendo en todas ellas significativas al nivel 0,01; más en todos ellos la correlación es negativa, lo que indica una relación inversamente proporcional entre las escalas, esto es porque a mayor puntaje de Bienestar psicológico esta se relacionará con menor puntaje de salud autopercebida (que indica mayor salud). Con esto rechazamos la hipótesis nula y afirmamos la existencia de relación entre

las variables presentadas.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION DE RESULTADOS**

Con respecto a los instrumentos utilizados en la presente investigación, como: el Inventario Abreviado de Reacciones interpersonales (Short Interpersonal Reactions Inventory, SIRI), la Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE), el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) y la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A), todos ellos presentan niveles de confiabilidad entre mínimamente aceptable y respetable, para la prueba total, con valores que van desde 0.67, 0.73, 0.74 y 0.77 respectivamente. Igualmente, al examinar sus respectivas subescalas, en todos los casos, se obtienen valores que van desde 0.66 a 0.85, que indican desde confiabilidad Mínimamente aceptable y Respetable, a Muy Buena (tabla N° 08). Las investigaciones de Grossarth-Maticek & Eysenck con el SIRI en los 1990, y posteriores estudios reafirman la buena confiabilidad del instrumento (Aparicio, 1999). La Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del estrés EAEAE, de Godoy-Izquierdo, D. et al. (2008), presentó un excelente instrumento que mide eficientemente la autoeficacia. El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ) desarrollado por David Goldberg, en el año 1972, y corroborado por diferentes estudios, muestra la confiabilidad y validez adecuada estudiada en diferentes poblaciones. Y finalmente, la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A), de Casullo & Castro, (2000), diseñada para medir el bienestar psicológico es un instrumento que posee una confiabilidad alta, validez concurrente y de constructo, que se aprecia en

todas las investigaciones, realizadas entre 2000 y 2001, en Argentina, Cuba, España y Perú (en Casullo, M. M., 2002). Todos los instrumentos descritos, se presentan por primera vez en un estudio que buscó encontrar las correlaciones que se dan con el rendimiento académico, las que presentamos y discutiremos a continuación.

Cuando se analiza la relación entre la escala de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés y sus dos subescalas, con el rendimiento académico, encontramos que esta relación se da en forma positiva, tanto para la escala total y para ambas subescalas: la Expectativa de eficacia y la Expectativa de Resultado, con lo que los estudiantes universitarios poseen una adecuada Autoeficacia Específica, esto es, manifiestan creencias personales apropiadas para manejarse ante las demandas y desafíos académicos que el estudio acarrea. Al respecto, lo hallado guarda mucha relación con lo que en el año 2001, Pajares & Schunk, manifestaban de que un fuerte sentido de la eficacia aumenta los logros y el bienestar de innumerables maneras. Y que los individuos seguros de sí mismos abordan las tareas difíciles como retos que hay que dominar y no como amenazas que deben evitarse. También manifestaban que las investigaciones han tenido éxito en demostrar que las creencias de autoeficacia se relacionan positivamente con el rendimiento académico mencionando diversas investigaciones entre los años 1977 y 1999. Así pues, la autoeficacia tiene un papel vital en el ámbito académico. De acuerdo con los estudios, se ha evidenciado que un buen desempeño académico no puede ser garantizado solo por los conocimientos y habilidad de los individuos. Las creencias de eficacia pueden determinar un desempeño diferente en dos personas con el mismo grado de habilidad. Esto se debe a que el éxito académico demanda procesos reguladores como la autoevaluación, el automonitoreo y el uso de estrategias metacognitivas de aprendizaje, procesos que son influidos positivamente por un alto grado de creencia en la propia capacidad o autoeficacia (Pajares & Schunk, 2001).

Por otro lado, al analizar la relación entre las escalas de los tipos de Personalidad con el rendimiento académico, encontramos que esta relación no se da en todas las escalas: solo se aprecia correlación con los tipos 3, el tipo 4A y el tipo 6, presentando en los tipos 3 y 6 correlación negativa. El tipo 4A presenta



correlación positiva. Al respecto podemos decir, que como no se trata de una muestra clínica, no se aprecia la correlación con el tipo 1 (predisposición al cáncer), ni el tipo 2 (predisposición a la enfermedad coronaria), ni al tipo 4B (tendencia saludable autónoma), ni con el tipo 5 (propenso a depresión endógena). Mas lo que se aprecia es una correlación negativa con el tipo 3 (tipo histérico), y el tipo 6 (tipo psicopático), presuponiendo que ello se debe a que para tener un apropiado rendimiento académico, no es necesario recurrir a esos manejos. En cuanto al tipo 4A (tipo saludable), la correlación es positiva, indicando ello que es necesario contar con un tipo de personalidad saludable para tener buenos rendimientos académicos. Esto concuerda con el planteamiento de Grossarth-Maticek & Eysenck (1990), quienes asumen que desde el punto de vista psicosomático los tipos 3, 4 y 6 pueden ser considerados globalmente como relativamente saludables, frente a los tipos 1, 2 y 5 que serían insanos como también aparecen en Aparicio, A. (1999) y Vicuña, L. et al. (2001).

De otro lado, cuando se analiza la relación entre la escala de Bienestar Psicológico con el rendimiento académico, encontramos que esta relación si se da y es altamente significativa, indicando que es necesario sentirse satisfecho con su vida para obtener elevado rendimiento académico. En cuanto a las dimensiones del Bienestar psicológico: solo se aprecia correlación en la dimensión Control/Aceptación y en la dimensión Proyectos, señalando que sólo se relacionan con el rendimiento académico en esas dimensiones. En cambio, en las dimensiones: Vínculos Psicosociales y Autonomía, la relación con el rendimiento académico no se presenta, ya que no es necesario contar con ellos para obtener un apropiado rendimiento académico. En la investigación de Velásquez, C. et al., 2008, en la que se relaciona el Bienestar psicológico (medido con la Escala de Bienestar psicológico de Carol Riff) con el rendimiento académico, esta muestra correlación significativa, tanto en género como en facultades, a las características de la muestra que abarcaba una proporción adecuada a la población estudiada de las diferentes facultades, pudiendo afirmar que las condiciones que producen la sensación subjetiva de bienestar proveen un contexto favorable para llevar a cabo tareas lectivas. Por otro lado, en la investigación de Chávez, A., 2006, se encuentra también una relación significativa en todas las dimensiones del bienestar psicológico (esta vez medido con la escala BIPES-J y sus subescalas) y

el rendimiento académico en estudiantes de nivel medio superior, lo que permite establecer que un aumento en una de las variables corresponde a un aumento en la otra y viceversa. Es más, aquí la dimensión vínculos psicosociales es la que muestra una relación más fuerte con el rendimiento académico, lo cual no es del todo claro, ya que las relaciones interpersonales constituyen una variante muy compleja de medir, que sin embargo puede ser tomada en cuenta al relacionarla con el rendimiento académico .

Por otra parte, cuando se analiza la relación entre la escala de Percepción de la Salud (salud autopercebida) y sus factores, con el rendimiento académico, encontramos que esta relación no se da en la escala total y tampoco en ninguno de sus factores. Esto podría explicarse a partir de la idea de que, no es necesario autopercebirse con un estado de salud óptimo o apropiado para contar con rendimiento académico apropiado. En las investigaciones de Tirado, P. et al. (2008), como en la de Vásquez, E. & cols. (2008), al evaluar la salud mental (con el instrumento GHQ-28), encuentran que los alumnos de sus muestras estudiadas, no presentan indicadores en síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y depresión, encontrándose dentro de los límites normales, mientras que el indicador disfunción social, se encuentra dentro del límite clínico, pudiendo estas dificultades de interacción deberse a factores situacionales. Esto se corrobora con la investigación realizada por Palacio, J. & Martínez, Y. (2007), quienes tampoco encuentran relación significativa esta vez, entre los niveles de depresión con el promedio académico. Concluyendo a resaltar que ambas variables no se relacionan en modo alguno en la muestra estudiada.

Acerca de los análisis complementarios realizados, podemos mencionar que:

Con respecto al análisis de la relación entre la escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés y sus subescalas, con los Estilos de Personalidad, encontramos que esta relación se da en casi todas de las escalas: salvo en el Tipo 5 con la escala total y las subescalas: Expectativas de Eficacia y Expectativas de Resultado. Esto nos señala que el contar con una apropiada Autoeficacia para el afrontamiento del estrés, no se correlaciona con el tipo 5 (propenso a depresión endógena) que es un tipo insano. En todas las otras relaciones tanto la escala total de Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés

como las escalas (Expectativas de Eficacia y Expectativas de Resultado) con los otros tipos de personalidad si se da la correlación, más esta correlación es inversa en los tipos 1, 2, 3 y 6, lo que indicaría que el tener elevados puntajes en las escalas de afrontamiento se relaciona con menores o bajos puntajes de los tipos: 1 (propenso al cáncer), 2 (propenso a enfermedades cardiovasculares), 3 (tipo histérico) y 6 (tipo antisocial), para que la persona presente un conjunto de autoCREENCIAS de capacidad exitoso con un estilo de personalidad sana. En cambio la relación es directa con el tipo 4A y 4B, es decir el tener mayor puntaje de Autoeficacia de afrontamiento se correlaciona directamente con un tipo de personalidad saludable. Los respaldos a la presente investigación provienen de los estudios de Godoy-Izquierdo, D. et al. (2008), así como los del SIRI derivan de los iniciados por Sandín, B. et al. de 1992, hasta las de Aparicio, 1999 y de Vicuña, L. et al. (2001), no habiendo una investigación que relacione ambas. Podemos también inferir que los resultados hallados, se pueden deber a las características de la muestra no clínica, que no presenta diferencias significativas en el tipo 5 (propenso a depresión endógena) del SIRI.

En lo que se refiere al análisis de la relación entre la escala de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés y sus subescalas, con el Bienestar Psicológico y sus dimensiones, encontramos que esta relación se da en todas las subescalas y dimensiones, los que nos indica que la relación entre ambas escalas es fuerte y directa, teniendo los alumnos niveles apropiados de autoeficacia y de bienestar psicológico al afrontar situaciones problema y estar satisfechos con su vida. En la investigación de Fernández, M. (2008), vemos que la *autoeficacia percibida* es un factor “protector” o “amortiguador” del estrés (como lo señalan Schwarzer & Hallum, 2008; Renee, 2007; Domenech, 2006). La convicción de estar a la altura de los desafíos que plantea la tarea que se tiene al frente, la sensación de poseer los recursos cognitivos, sociales, emocionales, para resolverlos, constituirían una suerte de reductor del potencial efecto estresante, permitiendo un desempeño adecuado y un manejo efectivo de la ansiedad. Todo ello, obviamente repercutirá en un bienestar psicológico apropiado.

De igual forma, cuando se analiza la relación entre la escala total y las subescalas de la Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés con la Percepción

de la Salud y sus factores, encontramos que esta relación se da en todas de las escalas, pero negativa, como una relación inversa, lo que indicaría que los alumnos que presentan apropiados o elevados puntajes en la escala de autoeficacia para el afrontamiento, tendrán una salud apropiada, cuando ésta última presente niveles bajos de respuesta al ser evaluados, en el mismo, los alumnos. Los resultados, sobre todo de la escala de percepción de la salud, tomaron en cuenta el estudio de Campo-Arias, A. (2007), sobre todo al emplear la calificación binaria, que mostraba alta consistencia interna, y además que mientras más alto son los puntajes en ella, menos salud habrá. Corroborando los resultados del presente estudio, en la investigación de Godoy-Izquierdo, D. et al. (2008), al analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE), una de las correlaciones fue con el Cuestionario de Salud General de Goldberg-28, presentando valores apropiados, que podemos extrapolar al presente estudio.

En cuanto al análisis de la relación entre los Estilos de Personalidad con el Bienestar Psicológico y sus dimensiones, encontramos que esta relación se da en casi todas las escalas, excepto en el tipo 5 (propenso a depresión endógena), tanto para la escala total de Bienestar como para sus dimensiones Control, Vínculos psicosociales, Autonomía y Proyectos. En los otros tipos de personalidad frente al Bienestar Psicológico y sus dimensiones, se encuentran correlaciones negativas con los tipos 1, 2, 3 y 6, encontrando además que sólo el tipo 5 se relaciona con la dimensión Vínculos Psicosociales, lo que podría explicarse como que los tipos: 1 (predisposición al cáncer), 2 (predisposición a la enfermedad coronaria), 3 (tipo histérico), 5 (propenso a depresión endógena) y 6 (tipo psicopático), cuanto menos puntúen, los sujetos tendrán mayor Bienestar Psicológico (representado en sus escalas: Control, Vínculos Psicosociales, Autonomía y Proyectos). Los tipos de personalidad 4A y 4B (ambos tendencia saludable) si se relacionan directamente, esto es, a mayor tipo de personalidad de tendencia saludable de las personas, mayor Bienestar Psicológico. En las diversas investigaciones en torno al SIRI (desde las de Sandín, B. et al. (1992), hasta las de Aparicio, A. (1999) y de Vicuña, L. et al. 2001), se encuentra que el instrumento posee una confiabilidad alta, validez concurrente y de constructo, lo que también se aprecia en lo que respecta a las investigaciones, entre 2000 y

2001, acerca del Bienestar psicológico, realizadas tanto en Argentina, Cuba, España y Perú (Casullo, M. M., 2002), más no han habido hasta la fecha investigaciones que relacionen ambas escalas y al hacerlo, en la presente investigación, encontramos que sólo el tipo 5 no se correlaciona completamente, pudiendo ello explicarse por características de la muestra no clínica, que presenta predisposición, aunque no significativa a emitir reacciones racionales y apelar al control emocional, en situaciones de bienestar, de sentirse satisfechos con su vida.

En lo que concierne al análisis de la relación entre los Estilos de Personalidad con la Percepción de la Salud y sus factores, encontramos que esta relación se da en casi todos los tipos de personalidad, salvo en el tipo 5, en donde no hay relación. Las escalas de personalidad de los tipos: 1 (predisposición al cáncer), 2 (predisposición a la enfermedad coronaria), 3 (tipo histérico) y 6 (tipo psicopático), se relacionan positivamente, esto es, cuanto mayor puntúen, habrá menor Salud autopercebida y sus factores, por ser una relación directa. En cuanto a los tipos 4A y 4B (ambos tendencia saludable) se relacionan inversamente, esto es, a mayor puntaje en los tipos 4A y 4B (mayor puntuación en los tipos saludables), y menor puntaje en la escala de Salud autopercebida y sus factores, significa mayor expresión mental de salud mental. Los estudios de consistencia interna del General Health Questionnaire GHQ-12, han sido demostrados en numerosos estudios (García, C, 1999), siendo un instrumento utilizado internacionalmente para la detección de la morbilidad psíquica, que mide problemas de salud mental, y es utilizado en consultas para detectar trastornos psiquiátricos diagnosticables, que detecta fundamentalmente dos tipos de trastornos: la incapacidad para seguir desarrollando con normalidad las actividades de un individuo "sano" y los fenómenos de nueva aparición de naturaleza ansiógena (distrés). En cuanto a los estudios acerca de la escala SIRI (estilos de personalidad), con el GHQ-12, no se encuentran investigaciones que estudien la relación entre ambas. Por ello, en el presente estudio, al buscar correlaciones entre ambas, únicamente no se encuentran en el tipo 5 de los tipos de personalidad, correlación con la salud autopercebida, pudiendo deberse a características de la muestra, que no puede en la esfera emocional presentar un cuadro significativo específico, que afecte la calidad de vida y el desempeño de las personas y su salud.

Finalmente, al relacionar el Bienestar Psicológico y sus dimensiones, con la Percepción de la salud y sus factores, encontramos que esta relación se da tanto con la escala total como con todos sus factores, pero, como una relación inversa, y lo podemos interpretar como que a una mayor puntuación en la escala de Bienestar Psicológico y sus dimensiones, y una menor puntuación en la escala de Percepción de la salud y sus factores, tendrán una mayor satisfacción con su vida y se autoperibirán con una mejor expresión mental de su salud. Esto concuerda con la investigación de García, B., Hernández, T., Martínez, C. & Ramos, B. (2007), quienes encontraron en su muestra conformada por estudiantes de 3º, 5º, 7º, y 9º semestres de la carrera de Psicología, que ellos se percibían como saludables y con una adecuada percepción del Bienestar Psicológico.

Consideramos que, el presente estudio resulta un aporte significativo en la medida en que se encuentra consistencia y validez de los instrumentos empleados en poblaciones universitarias, y se halla relación con el rendimiento académico.

Asimismo, dado que hemos abordado temas relacionados al campo de la prevención, la salud y la psicología positiva que siguen siendo poco desarrollados, pensamos que la presenta investigación abrirá nuevas posibilidades para desarrollar también actividades preventivo-promocionales y mantener una mirada positiva del ser humano y de estudiar sus potencialidades, tanto dentro de ámbitos universitarios como fuera de él.

## CONCLUSIONES

Del trabajo realizado se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La Autoeficacia para el afrontamiento del estrés está relacionada con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Además, las subescalas Expectativa de Eficacia y Expectativa de Resultado también se relacionan con el rendimiento académico.
2. Respecto a la personalidad, sólo los tipos de Personalidad relativamente saludables (3, 4 y 6), se relacionan con el rendimiento académico. El tipo 3 y el tipo 6, se relacionan negativamente (ambos en forma inversa), con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. En cambio el tipo de personalidad 4A se relaciona positivamente (en forma directa), con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.
3. La Escala de Bienestar Psicológico está relacionada con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Además, sólo las dimensiones Control y Proyectos, del bienestar psicológico, se relacionan con el rendimiento académico.
4. La Salud autopercebida (Percepción de la salud) y sus factores: Salud general, funcionamiento social adecuado, ansiedad y depresión, no se relacionan con el

rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo.

5. Acerca de la hipótesis general, mencionaremos que: La Autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés se relaciona positivamente con el rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Sobre los tipos de personalidad, los que se relacionan significativamente son los tipos 3 y 6 que se relacionan negativamente con el rendimiento académico, más el tipo 4A se relaciona de manera positiva con el rendimiento académico. El Bienestar psicológico con el rendimiento académico, si se relaciona de manera significativa. En cambio la Salud autopercebida (percepción de la Salud) no se relaciona con el rendimiento académico.

Los análisis complementarios realizados son indicadores de que el modelo presentado funciona, mostrando correlación entre las variables y validando los instrumentos, de tal manera que se pueden manejar las variables.

6. La Autoeficacia para el afrontamiento de estrés se relaciona en forma positiva con los tipos de personalidad de los estudiantes de una universidad privada de Trujillo, tipos 4A y 4B, mientras que con los tipos de personalidad 1, 2, 3 y 6 se relacionan en forma negativa, no existiendo relación con el tipo 5. En cuanto a las subescalas de Autoeficacia para el afrontamiento de estrés: Expectativa de Eficacia y de Expectativa de Resultado estas se relacionan en forma directa con los tipos 4A y 4B. Las mismas subescalas: Expectativa de Eficacia y Expectativa de Resultado se relacionan negativamente con los estilos de personalidad: 1, 2, 3 y 6 (en forma inversa). Las subescalas de autoeficacia no están relacionadas con el Tipo 5 de personalidad.

7. La Autoeficacia para el Afrontamiento del estrés está relacionada positivamente con el Bienestar Psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Asimismo, las subescalas de la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés: Expectativa de Eficacia y Expectativa de Resultado están relacionadas en forma positiva con las dimensiones del Bienestar psicológico: Control/aceptación, vínculos psicosociales, autonomía y proyectos.



8. La Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés está relacionado en forma negativa con la Percepción de la Salud en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Así mismo, las subescalas de la Autoeficacia para el afrontamiento del estrés: Expectativa de Eficacia y Expectativa de Resultado, se relacionan negativamente con los factores de la salud autopercebida: Salud general, funcionamiento social adecuado, ansiedad y depresión.

9. Los estilos de personalidad tienen relación significativa con el bienestar psicológico, el cual es negativo (inverso) en los tipos 1, 2, 3 y 6; y es positiva (directa) la relación con los tipos 4A y 4B en los estudiantes de una universidad privada de Trujillo, mientras que el tipo 5 que no tiene relación con el bienestar psicológico, de la escala total. En cuanto a la relación entre los estilos de personalidad con las dimensiones del Bienestar Psicológico: Control, vínculos psicosociales, Autonomía y Proyectos se da una relación negativa con los tipos 1, 2, 3 y 6; y una relación positiva con los tipos 4A y 4B. El estilo de personalidad tipo 5 no se relaciona con las dimensiones de Bienestar psicológico: Control/aceptación, autonomía y proyectos, presentando sólo relación significativa con la dimensión vínculos psicosociales.

10. Los estilos de personalidad se relacionan positivamente de forma significativa con la Salud autopercebida (percepción de la salud) en los tipos 1, 2, 3 y 6, siendo la relación negativa con los tipos 4A y 4B, no habiendo ninguna relación entre el tipo 5 y la salud autopercebida. Asimismo, los estilos de personalidad que si tienen relación significativa con los factores de la percepción de salud son: Salud General, Funcionamiento Social Adecuado, ansiedad y depresión, la cual es positiva (directa) son los tipos 1, 2, 3 y 6, siendo la relación negativa (inversa) en los tipos 4A y 4B, en los estudiantes de una universidad privada de Trujillo. Solo entre el tipo 5 con los factores de la salud autopercebida: Salud General, Funcionamiento Social Adecuado, ansiedad y depresión, no existe relación significativa.

11. Por último, el Bienestar Psicológico está relacionado en forma negativa con la Percepción de la Salud en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. De igual manera, todas las dimensiones del Bienestar psicológico:

Control/aceptación, vínculos psicosociales, autonomía y proyectos, también se relacionan negativamente con los factores de la salud autopercebida: Salud general, funcionamiento social adecuado, ansiedad y depresión.

## **RECOMENDACIONES**

1. Fomentar el desarrollo de programas de asesoría académica, que contemplen el entrenamiento en la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés en los estudiantes universitarios, por cuanto está estrechamente relacionada entre otros, con el rendimiento académico.
2. Desarrollar talleres psicológicos dirigidos a fortalecer y elevar el Tipo de Personalidad 4A, que es la personalidad saludable, ya que ello repercutirá en el rendimiento académico de los estudiantes.
3. Implementar Diplomaturas sobre el Bienestar Psicológico, expresamente sobre las subescalas: control y proyectos personales, dado que repercute en el rendimiento académico de los estudiantes de la universidad.
4. Capacitar a los profesores Tutores en temas y estudios sobre la Percepción de la Salud y su repercusión en el rendimiento académico, a fin de que puedan ayudar al respecto a los estudiantes.
5. Ampliar investigaciones en otras realidades del país, con el propósito de profundizar la información de la investigación y encontrar las probables relaciones entre las variables de Autoeficacia para el Afrontamiento del

Estrés, Percepción de la salud, Bienestar psicológico y los tipos de Personalidad, con el rendimiento académico en estudiantes universitarios.

6. Realizar charlas dirigidas a los profesores y a los padres de familia, donde se dé a conocer la importancia del empleo de estrategias para mejorar y elevar la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés, la personalidad saludable, el Bienestar Psicológico y la Percepción de la Salud, dado que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes, para que puedan ser identificadas y reforzadas, tanto en la universidad como en el hogar.
7. Incorporar el uso de los instrumentos aplicados en la presente investigación, para propósitos de evaluación diagnóstica, tanto en poblaciones estudiantiles como en otro tipo de ellas, al realizar labores de prevención.
8. Promover talleres y ferias de salud dirigidas a divulgar como la Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés, la personalidad saludable, el Bienestar Psicológico y la Percepción de la Salud, influyen en el rendimiento académico de los estudiantes.
9. Propiciar investigaciones que tomen en cuenta otras variables de tipo cualitativo como los valores y la actitud, para apreciar su influencia sobre el rendimiento académico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 11, pp. 49-74.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Alcalde, M. (1998). *Nivel de Autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Aliaga, J. (1998a). *La inteligencia, la personalidad y la actitud hacia las matemáticas y el rendimiento en matemáticas de los estudiantes del quinto año de secundaria. Un enfoque multivariado*. Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Educación. Universidad San Martín de Porres.
- Aliaga, J. (1998b). *La ubicación espontánea del asiento como función de la inteligencia, la personalidad, el rendimiento académico y el sexo*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología. Mención Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Antonovsky, A. (1988). *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armas, R. & Lalangui, A. (2008). *Bienestar psicológico y estrategias de*

- afrentamiento de los alumnos de tercero y cuarto año de la institución educativa ADEU-Chiclayo 2007*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Aparicio, A. (1999). *Análisis de la validez, confiabilidad y diferenciabilidad del Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck en ingresantes a la UNALM*. Tesis título de Psicólogo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy. En: Bandura, A. (ed.) *Self - efficacy in Changing Societies*, EEUU: University of Cambridge, pp. 1 – 45.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia*. (Traducción Fabián Olaz y otros). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba Argentina.
- Barraza, A. (2004). El estrés académico en los alumnos de postgrado. *Revista Psicología Científica.com*, 6(3). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-77-1-el-estres-academico-en-los-alumnos-de-postgrado.html>
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 2. España: McGraw-Hill/Interamericana
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M. & Vásquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, vol. 27, N° 1, pp. 77-94.
- Campo-Arias, A. (2007). Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. *IATREIA*, Vol. 20, No.1, marzo.
- Caqueo, A. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2008, Vol. 20, nº 4, pp. 577-582.
- Carver, C.; Kumari, J. & Scheier, M. (1989). Assessing coping strategies: A

- theoretically based approach [Versión electrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Casullo, M. M. (Comp.) (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico. *Revista de Psicología*, 13(2), 37-68.
- Cifre, E. & Salanova, M. (2000). Validación Factorial del "General Health Questionnaire" (GHQ-12) mediante un Análisis Factorial Confirmatorio. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2), 2000. Valencia.
- Chadwick, C. & Vásquez, J. (1979). *Teorías del aprendizaje para el docente*, Santiago de Chile: Tecla.
- Chávez, A. (2006). *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología Aplicada, Universidad de Colima.
- Chávez Sánchez, A. & Santos, B. (2009). *Salud Mental y características sociodemográficas en ingresantes a la Universidad César Vallejo de Trujillo en el Semestre 2007-II*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Chotón, N. & Díaz, K. (2010). *Efectos de la aplicación de un programa de Caricias Físicas en el Bienestar Psicológico de los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Belén, Trujillo*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Coan, R. (1977). *Hero, artist, sage, or saint?* Nueva York: Columbia University Press.
- Contini, N., Coronel, P., Levín, M. & Estevez, A. (2003). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista de Psicología de PUCP*, Vol. 21 (1), pp. 180-200.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Ed. Kairos.

- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, Universidad de Chile, Vol. 12, N° 1, pp. 83-96.
- Deci, E. & Ryan, R. (2006). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- DeVellis, R. (1991). *Scale development. Theory and applications*. United States of America: SAGE Publications.
- Diener, E. (1985). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, Personal striving, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68; N° 5, 926 – 935.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Domenech, F. (2006). Stressors, self-efficacy, coping resources, and burnout among secondary school teachers in Spain. *Educational Psychology*. 26, 519-529.
- Edwards, W. (1961). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology*, 12, pp. 473-498.
- Endler, N. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley, J. & Sons.
- Eysenck, H. (1973). *Handbook of Abnormal Psychology*. Londres: Pitman.
- Eysenck, H. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individ. Differences*, 6 (5), 535-556.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychológica*, 7(3), 739- 751.
- Fernández, E. (2010). *Predictores emocionales y cognitivos del bajo rendimiento Académico: un enfoque biopsicoeducativo*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
- Fernández, M. (2008). Burnout, autoeficacia y el estrés en maestros peruanos: tres estudios facticos. *Ciencia & Trabajo*, N°. 30, 2008, pp. 120-125.



- Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. United Kingdom: Routledge.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. & Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2003, 41(2), 103-109.
- García, B., Hernández, T., Martínez, C. & Ramos, B. (2007). *Detección de necesidades psicoeducativas y bienestar psicológico en estudiantes de psicología*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, Programa Psicología de la Salud.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999; 15(1): 88-97.
- García, M (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 8, N° 48, Mayo de 2002. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.htm>
- García Cadena, C. (2006). La medición en ciencias sociales y en la psicología, en *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, de René Landeros Hernández y Mónica T. González Ramírez (comp.), México: Trillas.
- Godoy-Izquierdo, D. & Godoy, J. (2001). *Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE)*. Versión experimental no publicada.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López, F., Vélez, M., Valor, I., Garrido, E. & León, R. (2004). *Propiedades psicométricas de la "Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés" I: Fiabilidad*. 2º Congreso Hispano-Portugués de Psicología, Lisboa (Portugal).
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., Lopez-Chicheri, I., Martinez, A., Gutierrez, S. & Vazquez, L. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema* 2008, Vol. 20, N° 1, pp. 155-165.
- Goldberg, D. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gray, J. (1987). The neuropsychology of personality and emotion. En S. M. Stahl, S. D. Iversen y E.C. Goodman (Eds.), *Cognitive neurochemistry*. Oxford:

Oxford University Press.

- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.) México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The healthbelief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, pp. 1-47.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope? En: Monat, A.; Lazarus, R. & Reevy, G. (2007). *The praeger handbook on stress and coping*, Vol. 2, Cap. 16. USA: Greenwood Publishing Group Inc.
- Labrador, F., Crespo, M., Cruzado, J. & Vallejo, M. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En: Buceta, J. & Bueno, A. (eds.). *Psicología y salud. Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, Vol. 25, Nº 1, pp. 87-99.
- Martínez-Correa, A. & Reyes, G. (2007). Fiabilidad, validez factorial y datos normativos de la muestra española del inventario abreviado de reacciones interpersonales (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 12, Nº 2, pp. 131-142.
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Miljanovich, M. (2000). *Relaciones entre la inteligencia general, el rendimiento académico y la comprensión de lectura en el campo educativo*. Tesis para optar el Grado de Doctor en Educación. Universidad Nacional Mayor de

San Marcos.

- Moos, R. & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En Golberger & Breznitz (eds.) *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Kree Press, 234-257.
- Moreano, L. (2006). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Núñez, S. & Silva, M. (2008). *Bienestar psicológico y adaptación al trabajo por turnos en operarios de producción de la empresa AJEPER S.A. Lima*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (3<sup>ra</sup>. ed.) México: Ed. Thomson.
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería XIII*. 1, 9-15.
- OMS (2001). *Documentos básicos*. 43a Edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1.
- OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, No. 220).
- OMS (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS.
- Oramas, A., Santana, S. & Vergara, A. (2006). El Bienestar Psicológico, Un Indicador Positivo de la Salud Mental. *Revista Cubana de Salud y trabajo* 2006, 7(1-2): 34-39.
- Orejudo, S., Froján, M. & Malo, C. (2004). La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 2004, 25 (4), pp 152-166.
- Páez, D. (1986). *Salud Mental y factores psicosociales*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and Self - Efficacy*. EEUU: Emory University.

- Pajares, F. & Schunk, D. (2001). Self-beliefs and school success: Self-efficacy, self-concept, and school achievement. In R. Riding & S. Rayner (Eds.), *Self-perception* (pp. 239-266). London: Ablex Publishing.
- Palacio, J. & Martínez, Y. (2007). Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Psicogente*, 10 (18): pp. 113-128. Noviembre, 2007. Colombia: Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar Psicológico y Ansiedad Rasgo-Estado en Alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con Mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Peralta, M. (2008). *Bienestar psicológico y desajustes del comportamiento psicosocial en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad César Vallejo de Chimbote*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Pérez, M., Martín, A., Borda, M. & Del Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 67, 26-33.
- Pérez Padilla, M., Ponce, A., Hernández, J. & Márquez, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de educación y desarrollo*, 14, 31-37.
- Pizarro, R. (1985). *Rasgos y actitudes del profesor efectivo*. Tesis para optar el Grado de Magíster en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1, pp. 153-161.
- Renee, A. (2007). *The impact of self-efficacy and autonomous learning on teacher burnout*. Proquest Dissertation and Thesis. United States: University of Virginia.
- Reyes, Y. (2003). *Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM*. Tesis título de Psicólogo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Reyes Murillo, E. (1988). *Influencia del programa curricular y del trabajo docente en el aprovechamiento escolar en historia del Perú de alumnos del 3.er grado de educación secundaria*. Tesis para optar el Grado Académico de Doctora en Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Ed. Manual Moderno.
- Riff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6): pp. 1069-1081.
- Riff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4): pp. 719-727.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1): pp. 125-139.
- Ruiz, F. (2005). Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. *Revista docencia universitaria de la UPC*. Año 1, N°1, Abr. 2005.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 55; 68 - 78.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies* (2008) 9:139-170
- Salas, J. (2010) *Bienestar psicológico y síndrome de burnout en docentes de la UGEL N° 7*. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología con Mención en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2002). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: URP.
- Sandín, B. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, M. & Santed, M. (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1992. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 45(4), 391-396.
- Sanjuán, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General:

- datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 2000, Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 509-513.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (Vol. 25, pp. 1-65). Nueva York: Academic Press.
- Schwarzer, R. & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. *Applied Psychology*. 57:152-171.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, January 2000 Vol. 55, N° 1, 5-14.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Suls, J. & Rittenhouse, J. (1990). Models of linkages between personality and disease, en H. S. Friedman (ed). *Personality and Disease*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Terry, L. (2008). *Hábitos de estudio y autoeficacia percibida en estudiantes universitarios, con y sin riesgo académico*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Educacional, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tirado, P., Álvarez, V., Chávez, M., Holguín, S., Honorio, A., Moreno, M., Sánchez, N., Shimajuko, A. & Uribe, M. (2008). Satisfacción familiar y salud mental en alumnos universitarios ingresantes. *Revista de Psicología UCV*, Vol. 10, N° 1, pp. 42-48.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Torres, W. (2003). *Utilización de internet y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios de alto y bajo nivel de acceso a la tecnología de información por computadora*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vallejo, L. (2007). *Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en estudiantes del colegio perpetuo socorro del distrito de Trujillo*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Vásquez, E. & cols. (2008). *Indicadores de Salud Mental en alumnos*

*universitarios ingresantes semestre 2007-II*. Consultorio Psicológico UCV.

Extraído de

<http://jajajaqueocurrentedoctor.blogspot.com/2008/12/indicadores-de-salud-mental-en-alumnos.html>

- Vela, K. (2007). *Medición del bienestar psicológico en un grupo de mujeres víctimas de violencia conyugal*. Tesis par optar el título profesional de Psicóloga, Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R. & Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista del Instituto de Investigaciones Psicológicas UNMSM*, Vol. 11, N° 2, pp. 139-152.
- Vergara, S. & Zamora, Y. (2008). *Nivel de bienestar psicológico en madres adolescentes solteras y casadas de la localidad del pueblo Nuevo Chepén 2008*. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo.
- Vicuña, L., Hernández, H., Pérez, L. & Arauco, R. (2001). Personalidad, tipos patógenos en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología, UNMSM. Vol. 4, N° 2, pp. 9-18.

# ANEXOS



## ESCALA DE AUTOEFICACIA ESPECÍFICA

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Señala con una cruz (o aspa) en la casilla correspondiente tu grado de acuerdo con cada una de estas frases.

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta trabajo funcionar lo más normalmente posible						
2. Cuando tengo problemas o contratiempos procuro que no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida						
3. Cuando tengo problemas mi salud no se resiente notablemente						
4. Cuando tengo problemas o contrariedades dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente						
5. Soy capaz de no dramatizar los problemas y le doy su justo valor a las cosas						
6. Cuando tengo problemas o contratiempos mi cuerpo lo acusa notablemente y me noto activado o tenso						
7. Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance						
8. Cuando tengo problemas o contrariedades no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas						

### CUESTIONARIO DE SALUD (GHQ-12)

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Marque con una cruz (o aspa) la respuesta que usted escoja. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

<p>1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p>
<p>2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>	<p>8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?</p> <p><input type="checkbox"/> Más capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Menos capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p>
<p>3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p>	<p>9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>
<p>4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> Más capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Menos capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p>	<p>10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>
<p>5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>	<p>11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>
<p>6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más</p>	<p>12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?</p> <p><input type="checkbox"/> Más feliz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Menos feliz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual</p>

### ESCALA BIEPS-A (Adultos)

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son seis. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con *una cruz (o aspa)* en *uno* de los seis espacios.

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.						
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.						
3. Me importa pensar que haré en el futuro.						
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.						
5. Generalmente le caigo bien a la gente.						
6. Siento que podré lograr las metas que me proponga						
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.						
8. Creo que en general me llevo bien con la gente.						
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable						
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.						
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.						
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho						
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias						

## INVENTARIO DE REACCIONES INTERPERSONALES

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con sus actitudes y emociones a personas y situaciones que poseen gran importancia para usted. Léalas detenidamente y conteste SI o No a cada una de las preguntas según su primera impresión.

Procure no dejar ninguna pregunta en blanco.

1. Encuentro muy difícil el enfrentarme a la vida yo solo(a)	SI	NO
2. Me he estado quejando por años acerca de varias condiciones desfavorables, pero no soy capaz de cambiarlas	SI	NO
3. Me preocupo sobre todo por mi propio bienestar	SI	NO
4. Normalmente estoy contento y feliz con mis actividades diarias	SI	NO
5. Sólo puedo expresar mis sentimientos cuando hay una buena razón para ello	SI	NO
6. Las reglas sociales son diferentes, y pongo poca atención en lo que otros esperan de mí o en mis obligaciones hacia ellos	SI	NO
7. No puedo vivir feliz y contento(a) con o sin una persona en particular	SI	NO
8. Prefiero estar de acuerdo con los otros a imponer mis propios puntos de vista	SI	NO
9. Ciertas personas son las causas más importantes de mis desgracias personales	SI	NO
10. Tiendo a ser muy cambiante al valorar positiva o negativamente a la gente y a las cosas	SI	NO
11. Cuando no logro el contacto con alguien que es emocionalmente importante para Mí, no tengo dificultades en dejarlo ir	SI	NO
12. Tengo dificultades en demostrar mis emociones, porque para cada emoción positiva existe una emoción negativa	SI	NO
13. Mi conducta hacia los demás varía desde ser muy amistoso(a) y de buen carácter hasta ser hostil y agresivo	SI	NO
14. La ausencia de ciertas cosas, estados o condiciones me impiden que pueda vivir feliz y contento	SI	NO
15. Tiendo a actuar ajustándome a las expectativas de las personas cercanas a mí, más que según mis propias necesidades	SI	NO
16. Ciertas condiciones o circunstancias son la causa más importante de mis desgracias personales	SI	NO
17. Soy cambiante con las personas que amo, oscilando desde mantenerlas a una gran distancia hasta una exagerada dependencia, y entre una exagerada dependencia y una excesiva distancia	SI	NO
18. Normalmente arreglo las cosas de tal forma que las personas emocionalmente importantes para mí se encuentran tan cerca o tan distantes de mí como deseo	SI	NO
19. Mi conducta está guiada por la razón más que por la emoción	SI	NO
20. Frecuentemente espero que los demás cumplan plenamente con lo convenido, pero yo mismo no creo que deba hacerlo	SI	NO
21. A menudo tengo sentimientos que me aterran y me hacen feliz	SI	NO
22. Tiendo a ceder en mis propósitos para conseguir la armonía con otras personas	SI	NO
23. Me siento indefenso frente a la gente y las situaciones que me producen infelicidad	SI	NO
24. Cuando me presento ante una situación que vivo de forma amenazante o peligrosa, inmediatamente intento conseguir que otras personas me ayuden o apoyen	SI	NO
25. Cuando fracaso en conseguir mis objetivos, puedo cambiar de rumbo fácilmente	SI	NO
26. Cuando alguien solicita que me exprese afectivamente, en general sólo reacciono de forma racional, jamás emocionalmente	SI	NO
27. Usualmente actué de manera espontánea, siguiendo mis sentimientos inmediatos sin considerar las consecuencias reales	SI	NO
28. Las relaciones con ciertas personas son siempre bastante insatisfactorias, pero no hay nada que se pueda hacer al respecto	SI	NO
29. Soy incapaz de expresar mis sentimientos y necesidades abiertamente a otras personas	SI	NO
30. Siempre parece que me encuentro con las condiciones y los aspectos indeseables de la gente	SI	NO

31. Cuando alguien es emocionalmente importante para mí, y me hiere aun ligeramente, me separo inmediatamente de esa persona	SI	NO
32. Puedo arreglármelas para vivir satisfactoriamente con o sin alguien emocionalmente importante para mi	SI	NO
33. Soy bastante incapaz de ser guiado por consideraciones emocionales	SI	NO
34. Frecuentemente tengo ganas de atacar o aplastar a otras personas	SI	NO
35. Ciertas situaciones y estados (por ej.: lugar de trabajo) tienden a hacerme infeliz, pero no hay nada que se pueda hacer para cambiar las cosas	SI	NO
36. Tiendo a aceptar condiciones que contradicen mis intereses personales sin ser capaz de protestar	SI	NO
37. Ciertas personas constantemente interfieren con mi desarrollo personal	SI	NO
38. Espero que el resto de la gente cumpla con los principios morales más elevados, pero no siento que sean obligatorios para mí	SI	NO
39. Frecuentemente puedo modificar mi conducta para adaptarme a las situaciones	SI	NO
40. Mis actos jamás están influidos por las emociones hasta el punto de parecer irracionales	SI	NO
41. Cuando mi pareja muestra amor hacia mí, a veces me vuelvo particularmente agresivo(a)	SI	NO
42. Ciertos estados corporales (por ej.: estar gordo(a)) me hacen infeliz, pero me siento capaz de hacer algo para cambiarlos	SI	NO
43. A menudo me siento inhibido(a) cuando tengo que mostrar abiertamente mis sentimientos negativos tales como el odio, la agresividad, la ira	SI	NO
44. Existen ciertas condiciones que están interfiriendo con mi desarrollo personal	SI	NO
45. Primero busco la satisfacción de mis propias necesidades y deseos, sin importarme las necesidades y derechos de los otros	SI	NO
46. Usualmente soy capaz de encontrar nuevos puntos de vista exitosos y algunas veces sorprendentes soluciones a los problemas	SI	NO
47. Siempre trato de hacer lo que es racional y lógicamente correcto	SI	NO
48. Cuando tengo ganas de atacar a alguien físicamente, no tengo en absoluto inhibiciones en hacerlo	SI	NO
49. Muy raramente puedo relajarme física y mentalmente; generalmente me encuentro muy tenso	SI	NO
50. Cuando recibo algún "shock" emocional tengo tendencia a no manifestárselo a los demás	SI	NO
51. Me resulta difícil controlar la emoción o la tensión en mi vida, porque esto depende de las acciones de las otras personas	SI	NO
52. Cuando pido afecto a otra persona, exijo que me lo proporcione de forma inmediata	SI	NO
53. Soy independiente en lo que hago, aunque esto vaya en mi propia desventaja	SI	NO
54. Siempre trato de expresar mis necesidades y deseos de forma racional y razonable	SI	NO
55. Si tiene deseos de herirse físicamente, lo haría sin inhibiciones	SI	NO
56. Tengo grandes dificultades para entablar relaciones felices y agradables con la gente	SI	NO
57. Cuando me siento desilusionado(a) emocionalmente tiendo a sentirme paralizado(a) e inhibido(a)	SI	NO
58. Me resulta difícil controlar la emoción y la tensión en mi vida porque esto depende de condiciones sobre las cuales no tengo control	SI	NO
59. Generalmente me encuentro satisfecho en las situaciones cotidianas que no están sujetas a reglas o expectativas	SI	NO
60. Cuando las cosas no parecen resolverse, más que abandonar trato de cambiar la forma de afrontarlas	SI	NO
61. Trato de solucionar mis problemas a la luz de consideraciones relevantes y racionales	SI	NO
62. Tomo a mal todas las obligaciones morales porque me estorban y me inhiben	SI	NO
63. Me siento indefenso ante shocks emocionales, depresión o ansiedad	SI	NO
64. Cuando algo terrible me sucede, tal como la muerte de un ser querido, soy incapaz de expresar mis emociones y deseos	SI	NO
65. Puedo expresar mis metas y deseos claramente	SI	NO
66. Tan pronto como alguien se hace emocionalmente importante para mí, tiendo a hacerle exigencias contradictorias, tales como "no me dejes jamás" o "aléjate de mí"	SI	NO
67. Cuando las cosas conducen a resultados perjudiciales para mí, no tengo ningún problema en cambiar mi conducta para llegar al éxito	SI	NO
68. Sólo creo en las cosas que pueden ser probados científica y lógicamente	SI	NO
69. No dudo en mentir o fingir cuando ello me beneficia	SI	NO
70. Muy raro vez soy capaz de sentir entusiasmo por algo	SI	NO

Tabla N° 44

Rangos de confiabilidad DeVellis

<b>RANGOS</b>	<b>VALORACIÓN DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD</b>
Por encima de 0,90	Se debe considerar reducir el tamaño de la escala
Entre 0,80 – 0,90	Muy bueno
Entre 0,70 – 0,80	Respetable
Entre 0,65 – 0,70	Mínimamente aceptable
Entre 0,60 – 0,65	Indeseable
Por debajo de 0,60	Inaceptable

## BAREMOS GENERADOS

### AUTOEFICACIA ESPECÍFICA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

#### Expectativa de Eficacia EE

Nivel	PUNTAJES
Alto	21--24
Medio	15--20
Bajo	14--04

#### Expectativa de Resultado ER

Nivel	PUNTAJES
Alto	19--24
Medio	12--18
Bajo	11--04

#### AUTOEFICACIA ESPECÍFICA AEAE

Nivel	PUNTAJES
Alto	38--48
Medio	27--37
Bajo	26--08

### TIPOS DE PERSONALIDAD

#### Tipo 1

Nivel	PUNTAJES
Alto	06--10
Medio	01--05
Bajo	00

#### Tipo 2

Nivel	PUNTAJES
Alto	06--10
Medio	01--05
Bajo	00

#### Tipo 3

Nivel	PUNTAJES
Alto	07--10
Medio	02--06
Bajo	01--00

#### Tipo 4A

Nivel	PUNTAJES
Alto	10
Medio	06--09
Bajo	05--00

#### Tipo 4B

Nivel	PUNTAJES
Alto	10
Medio	05--09
Bajo	04--00

#### Tipo 5

Nivel	PUNTAJES
Alto	08--10
Medio	03--07
Bajo	02--00

#### Tipo 6

Nivel	PUNTAJES
Alto	05--10
Medio	01--04
Bajo	00

### BIENESTAR PSICOLOGICO

#### Control/Aceptación

Nivel	PUNTAJE S
Alto	17--18
Medio/Mod.	12--16
Bajo	11--03

#### Vínculos Psicosociales

Nivel	PUNTAJES
Alto	18
Medio/Mod.	12--17
Bajo	11--03

#### BIENESTAR PSICOLÓGICO

Nivel	PUNTAJES
Alto	71--78
Medio/Mod.	52--70
Bajo	51--13

#### Autonomía

Nivel	PUNTAJE S
Alto	16--18

#### Proyectos

Nivel	PUNTAJES
Alto	24

Medio/Mod.	10--15
Bajo	09--03

Medio/Mod.	16--23
Bajo	15--04

### SALUD AUTOPERCIBIDA

#### Salud General

Nivel	PUNTAJES
Alto	04--06
Medio	01--03
Bajo	00

#### Funcionamiento Social Adecuado

Nivel	PUNTAJES
Alto	02--06
Medio	01
Bajo	00

#### SALUD AUTOPERCIBIDA

Nivel	PUNTAJES
Alto	05--12
Medio	01--04
Bajo	00

#### Ansiedad

Nivel	PUNTAJES
Alto	03--04
Medio	01--02
Bajo	00

#### Depresión

Nivel	PUNTAJES
Alto	03--08
Medio	01--02
Bajo	00

### RENDIMIENTO ACADÉMICO

#### Rendimiento Académico

Nivel	PUNTAJES
Alto	16--20
Medio	11--15
Bajo	10--00



**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		EER1	EER3	EER6	EER8	ToER	EAE2	EAE4	EAE5	EAE7	ToEE
N		521	521	521	521	521	521	521	521	521	521
Parámetros normales(a,b)	Media	3,8196	3,7869	3,3762	3,9539	14,9367	4,2937	4,3167	4,2188	4,6871	17,5163
	Desviación típica	1,17100	1,14468	1,02118	1,13417	2,83417	1,07423	1,19192	1,02756	1,08309	2,94570
Diferencias más extremas	Absoluta	,190	,207	,256	,217	,115	,235	,188	,228	,188	,105
	Positiva	,190	,194	,256	,205	,115	,203	,188	,222	,184	,105
	Negativa	-,146	-,207	-,203	-,217	-,075	-,235	-,184	-,228	-,188	-,070
Z de Kolmogorov-Smirnov		4,334	4,730	5,843	4,948	2,622	5,362	4,297	5,195	4,292	2,398
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		item1	item2	item5	item7	item9	item12	ToSGG	item3	item4	item6	item8	item10	item11	ToFSSA
N		521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521
Parámetros normales(a,b)	Media	,2610	,1401	,2879	,1651	,1766	,0960	1,1267	,0461	,0557	,1075	,0883	,0825	,0288	,4088
	Desviación típica	,43962	,34744	,45322	,37160	,38168	,29483	1,47651	,20983	,22949	,31003	,28399	,27544	,16738	,99414
Diferencias más extremas	Absoluta	,463	,517	,449	,506	,502	,532	,272	,541	,540	,528	,534	,535	,539	,452
	Positiva	,463	,517	,449	,506	,502	,532	,272	,541	,540	,528	,534	,535	,539	,452
	Negativa	-,276	-,343	-,263	-,328	-,322	-,372	-,223	-,413	-,404	-,364	-,378	-,382	-,432	-,340
Z de Kolmogorov-Smirnov		10,560	11,790	10,259	11,561	11,449	12,135	6,220	12,344	12,329	12,054	12,183	12,217	12,314	10,323
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

	Proy1	Proy3	Proy6	Proy10	ToPro	CAC2	CAC11	CAC13	ToCac	Aut4	Aut9	Aut12	ToAut	VPs5	VPs7	VPs8	ToVPs	
N	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	
Parámetros normales(a,b)	Media	4,9213	4,9655	4,9846	4,9635	19,8349	4,5931	4,8061	4,4779	13,8772	4,4261	4,1536	4,1804	12,7601	4,5912	4,9386	4,8100	14,3397
	Desviación típica	1,02823	1,01468	,97850	,99451	3,33738	,93411	,89810	,94665	2,28462	1,04090	1,02630	1,03128	2,42702	,92187	1,04333	,89678	2,43092
Diferencias más extremas	Absoluta	,214	,211	,213	,210	,114	,232	,213	,242	,116	,217	,218	,209	,103	,229	,218	,214	,110
	Positiva	,168	,154	,150	,156	,106	,232	,213	,242	,116	,217	,218	,209	,095	,229	,154	,214	,084
	Negativa	-,214	-,211	-,213	-,210	-,114	-,196	-,188	-,201	-,104	-,188	-,210	-,200	-,103	-,211	-,218	-,187	-,110
Z de Kolmogorov-Smirnov	4,879	4,810	4,863	4,799	2,605	5,306	4,853	5,526	2,645	4,962	4,972	4,761	2,342	5,222	4,973	4,887	2,509	
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

	Tipo1	Tipo2	Tipo3	Tipo4A	Tipo4B	Tipo5	Tipo6	PromAcademico	
N	521	521	521	521	521	521	521	521	
Parámetros normales(a,b)	Media	2,7505	2,7716	3,7793	7,2687	7,3493	4,9367	2,0384	13,0657
	Desviación típica	2,04166	2,12938	1,94225	1,69410	2,06734	1,86512	1,81512	1,57299
Diferencias más extremas	Absoluta	,162	,225	,147	,155	,169	,149	,196	,054
	Positiva	,162	,225	,147	,090	,100	,149	,196	,043
	Negativa	-,089	-,184	-,076	-,155	-,169	-,106	-,131	-,054
Z de Kolmogorov-Smirnov	3,690	5,135	3,361	3,527	3,849	3,393	4,479	1,232	
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,096	

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

**Normalidad estadística de las variables estudiadas con Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		Autoeficacia para enfrentamiento del estrés	Predisposición al cáncer	Predisposición a enfermedades coronarias	Tipo histérico	Tipo saludable A	Tipo saludable B	Tipo Racional antimocio nal	Tipo Psicopático	Bienestar Psicológico	Salud Autopercibi da	Rendimiento Académico
N		521	521	521	521	521	521	521	521	521	521	521
Parámetros normales(a,b)	Media	32,4530	2,7505	2,7716	3,7793	7,2687	7,3493	4,9367	2,0384	60,8119	1,5355	13,0657
	Desviación típica	4,95578	2,04166	2,12938	1,94225	1,69410	2,06734	1,86512	1,81512	8,97449	2,22555	1,57299
Diferencias más extremas	Absoluta	,097	,162	,225	,147	,155	,169	,149	,196	,063	,269	,054
	Positiva	,097	,162	,225	,147	,090	,100	,149	,196	,034	,269	,043
	Negativa	-,058	-,089	-,184	-,076	-,155	-,169	-,106	-,131	-,063	-,245	-,054
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,216	3,690	5,135	3,361	3,527	3,849	3,393	4,479	1,432	6,135	1,232
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,033	,000	,096

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.



Relación entre Autoeficacia, Salud, Bienestar psicológico y tipos de personalidad con el Rendimiento Académico

ESCALAS	Expectativas de Eficacia	Expectativas de Resultado	Salud General	Funcionamiento Social Adecuado	Control/Aceptación	Vínculos Psicosociales	Autonomía	Proyectos	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4A	Tipo 4B	Tipo 5	Tipo 6	Rendim. Académico
Expectativas de Eficacia	1	,432(**)	-,356(**)	-,312(**)	,537(**)	,405(**)	,470(**)	,480(**)	-,322(**)	-,390(**)	-,218(**)	,241(**)	,379(**)	0,024	-,203(**)	,113(**)
Expectativas de Resultado	,432(**)	1	-,329(**)	-,314(**)	,328(**)	,152(**)	,294(**)	,281(**)	-,332(**)	-,399(**)	-,215(**)	,177(**)	,388(**)	-0,029	-,202(**)	,099(*)
Salud General	-,356(**)	-,329(**)	1	,543(**)	-,263(**)	-,259(**)	-,325(**)	-,282(**)	,335(**)	,484(**)	,181(**)	-,185(**)	-,528(**)	0,038	,212(**)	0,061
Funcionamiento Social Adecuado	-,312(**)	-,314(**)	,543(**)	1	-,310(**)	-,297(**)	-,312(**)	-,331(**)	,391(**)	,475(**)	,175(**)	-,242(**)	-,450(**)	0,066	,254(**)	0,025
Control/Aceptación	,537(**)	,328(**)	-,263(**)	-,310(**)	1	,567(**)	,659(**)	,698(**)	-,247(**)	-,301(**)	-,217(**)	,181(**)	,299(**)	0,008	-,228(**)	,116(**)
Vínculos Psicosociales	,405(**)	,152(**)	-,259(**)	-,297(**)	,567(**)	1	,540(**)	,568(**)	-,192(**)	-,260(**)	-,151(**)	,165(**)	,271(**)	-,101(*)	-,177(**)	0,085
Autonomía	,470(**)	,294(**)	-,325(**)	-,312(**)	,659(**)	,540(**)	1	,579(**)	-,334(**)	-,363(**)	-,178(**)	,165(**)	,406(**)	-0,052	-,147(**)	0,043
Proyectos	,480(**)	,281(**)	-,282(**)	-,331(**)	,698(**)	,568(**)	,579(**)	1	-,238(**)	-,311(**)	-,146(**)	,125(**)	,287(**)	-0,015	-,207(**)	,171(**)
Tipo 1	-,322(**)	-,332(**)	,335(**)	,391(**)	-,247(**)	-,192(**)	-,334(**)	-,238(**)	1	,523(**)	,340(**)	-0,068	-,560(**)	,254(**)	,332(**)	-0,064
Tipo 2	-,390(**)	-,399(**)	,484(**)	,475(**)	-,301(**)	-,260(**)	-,363(**)	-,311(**)	,523(**)	1	,357(**)	-,106(*)	-,674(**)	,101(*)	,353(**)	-0,044
Tipo 3	-,218(**)	-,215(**)	,181(**)	,175(**)	-,217(**)	-,151(**)	-,178(**)	-,146(**)	,340(**)	,357(**)	1	0,008	-,358(**)	,164(**)	,481(**)	-,113(**)
Tipo 4A	,241(**)	,177(**)	-,185(**)	-,242(**)	,181(**)	,165(**)	,165(**)	,125(**)	-0,068	-,106(*)	0,008	1	,220(**)	,096(*)	-0,068	,102(*)
Tipo 4B	,379(**)	,388(**)	-,528(**)	-,450(**)	,299(**)	,271(**)	,406(**)	,287(**)	-,560(**)	-,674(**)	-,358(**)	,220(**)	1	-,153(**)	-,351(**)	0,065
Tipo 5	0,024	-0,029	0,038	0,066	0,008	-,101(*)	-0,052	-0,015	,254(**)	,101(*)	,164(**)	,096(*)	-,153(**)	1	,108(*)	-0,019
Tipo 6	-,203(**)	-,202(**)	,212(**)	,254(**)	-,228(**)	-,177(**)	-,147(**)	-,207(**)	,332(**)	,353(**)	,481(**)	-0,068	-,351(**)	,108(*)	1	-,120(**)
Rendimiento Académico	,113(**)	,099(*)	0,061	0,025	,116(**)	0,085	0,043	,171(**)	-0,064	-0,044	-,113(**)	,102(*)	0,065	-0,019	-,120(**)	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).