

2015-05-07

Relaciones entre presencia de psicopatología y bienestar psicológico en estudiantes de la facultad de Psicología de Mar del Plata

Amado Cunqueiro, Fara

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/255>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

NOMBRE Y APELLIDO DE LAS ALUMNAS:

Amado Cunqueiro Fara. 8999/09

García M. Belén. 08910/09

De Spirito Jorgelina. 08701/09

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: Sí

TITULO DEL PROYECTO: Relaciones entre presencia de psicopatología y bienestar psicológico en estudiantes de la facultad de Psicología de Mar del P

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
METODOLOGÍA.....	22
OBJETIVOS.....	22
HIPÓTESIS.....	22
TIPO DE ESTUDIO-DISEÑO.....	22
MUESTRA.....	22
DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	23
ANÁLISIS DE DATOS	28
PROCEDIMIENTO.....	28
PRESENTACIÓN DE LOS DE LOS RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

INTRODUCCIÓN

El objeto de esta investigación fue establecer la relación existente entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el nivel de bienestar psicológico de los estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se parte del supuesto de que la presencia de síntomas psicopatológicos disminuiría el nivel bienestar psicológico. Para ello, en este estudio se trabajó con 98 estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, a quienes se les aplicó el cuestionario de 90 síntomas revisados- SCL-90-R siendo este un test autoadministrado, que tiene como objetivo evaluar la presencia de malestar psicológico, en base a lo que el sujeto experimentó en los últimos siete días. En cuanto al Bienestar psicológico se lo evaluó con la escala de Ryff en base a seis dimensiones.

Los datos obtenidos permitieron corroborar la hipótesis, ya que se ha observado de forma consistente y sistemática que la percepción de mayor cantidad de síntomas psicopatológicos en diferentes escalas, tiende a asociarse con niveles menores de bienestar psicológico.

MARCO TEÓRICO

Motivo y antecedentes.

La revisión de la literatura de investigación en psicología de la última mitad del siglo XX, nos permite afirmar que esta ciencia, ha tenido un enfoque centrado en el malestar, en la psicopatología y en el déficit.

La necesidad de resolver estas problemáticas puede haber motivado a los psicólogos investigadores a buscar las causas de los comportamientos “desajustados”, y por lo tanto, a hacer foco en la psicopatología, el malestar, la insatisfacción y el déficit (Contini de González, 2001).

En efecto, Veenhoven (1988,1991) señala a que nivel individual la psicología se ocupó de todo aquello que tuviera que ver con la infelicidad, descuidándose el efecto que el bienestar y la felicidad tenían sobre el funcionamiento psicológico.

En parte, Ryff y Keyes (1995) consideran que los desarrollos de la Psicología de la Salud Mental trataron de elaborar concepciones que intentaran explicar el malestar del sujeto, descuidando el aspecto positivo de la salud.

Veenhoven (1988) agrega que no existen estudios acerca de las consecuencias que una apreciación positiva de la vida tiene para el sujeto, de la “utilidad de la felicidad” y en qué medida esta apreciación actúa como barrera frente al stress y a los trastornos psicológicos.

Para la psicología es de particular interés dilucidar porqué algunos sujetos se sienten satisfechos con la vida mientras que otros, no; igualmente el interés en determinar qué factores inciden en el logro de tal estado de bienestar subjetivo. De este modo se ha intentado vincular el bienestar con variables culturales y socio-demográficas por un lado y de personalidad, por otro.

Cuando la psicología (Gancedo,2008) comienza a establecerse como ciencia independiente en el siglo XIX, presenta dos claras vertientes de acción, una que hace pie en la investigación experimental y otra que apunta al tratamiento de los trastornos mentales sobre la base del modelo médico. El pionero de esta segunda vertiente es Freud, quien va a poner énfasis en una visión parcial del psiquismo humano en donde la salud psíquica era aquello que se hacía visible solo en relación a la enfermedad psíquica.

En el caso del modelo médico, el pivote sobre el que gira toda la conceptualización que guía la investigación y la acción, es la enfermedad. La salud solo puede deducirse como ausencia de enfermedad. En otras palabras, la salud se hace visible cuando ésta se pierde. La enfermedad es la que da entidad a la salud. Este modelo se basa en la prevención de la enfermedad. Dicho concepto presenta varias limitaciones de orden epistémico (Martínez González, 1993):

- Tiene como punto de mira la enfermedad.
- Propicia un “*estatus quo*”, ya que solamente alude al mantenimiento del estado de salud o bienestar actual.
- Las acciones preventivas recaen sobre los grupos de riesgo.

Es precisamente en la post guerra año 50 y 60 donde por primera vez se hace foco explícito en los aspectos saludables del psiquismo. La primera escuela psicológica en advertir las limitaciones del modelo médico fue la Psicología Humanística, y como tal, puede considerarse la pionera en el campo del enfoque salugénico en psicología.

Maslow (Gancedo, 2008) uno de sus fundadores, propone que la psicología estudie el comportamiento y la mente humana a partir de sus capacidades y no solamente de sus falencias:

“La ciencia de la psicología nos ha revelado mucho sobre la deficiencias del hombre, sus enfermedades, sus pecados, pero poco acerca de sus potencialidad, sus virtudes, sus aspiraciones o su completo desarrollo psíquico” (Maslow, 1954).

Según Gancedo (2008) se inaugura así en forma explícita el enfoque salugénico en psicología, el cual se empieza hacer visible y tiende a completar al modelo médico hegemónico y en este sentido se propone ofrecer una mirada a la promoción de la salud, dejando atrás la concepción de prevención impulsada por el modelo médico. En este sentido, desde la promoción de la salud no se busca simplemente la prevención de la enfermedad sino principalmente el incremento de la salud y el bienestar general. Los destinatarios, según dicho modelo, no serán los grupos de riesgo sino la comunidad en su conjunto.

El enfoque salugénico (Gancedo, 2008) en psicología tiene como más reciente manifestación a la Psicología Positiva inaugurada por Seligman a fines

del siglo XX. Existe consenso en considerar que el inicio de la Psicología Positiva se señala en 1998 con el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA). En el mencionado discurso inaugural, Seligman declara que su mandato tendrá como objetivo enfatizar el interés hacia una psicología más positiva: “La Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros”.

En un primer momento Seligman consideró que el énfasis debía estar en la prevención pero prontamente se dio cuenta que, de ese modo, seguía enfocado en la enfermedad, ya que el objetivo era meramente evitarla o minimizar sus efectos.

La preocupación y el interés por el estudio del bienestar humano y los factores que contribuyen al mismo, no es exclusividad de la Psicología Positiva, sin embargo Seligman tuvo la virtud de identificar estas tendencias, nombrarlas y adaptarlas a los cánones ortodoxos de la ciencia, organizándola en una estructura programática e impulsando su investigación y difusión (Gancedo, 2008; Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006).

Se define (Gancedo, 2008) entonces a la psicología positiva como el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo. Desde un nivel meta-psicológico, intenta corregir el desbalance histórico en la investigación y la práctica psicológica llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático se trata de entender a las condiciones, los procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una buena vida. Se produce así un cambio de enfoque, produciéndose el paso desde un modelo centrado en la enfermedad a un modelo que busca el desarrollo de las potencialidades.

En la Argentina (Gancedo, 2008) es pionera en cuanto a la investigación y difusión de la psicología positiva, Casullo, líder indiscutida de esta corriente en nuestro país. Bajo su impulso se inserta así esta psicología en las universidades argentinas. La psicología renueva un progresivo interés por estudiar las dimensiones positivas y salugénicas del ser humano.

Con este nuevo paradigma se va gestando a su vez un nuevo concepto de salud, sustituyendo así el concepto de salud mental por otros entre los que se encuentran vida plena (Seligman, 2003), crecimiento psicológico saludable (López & Snyder, 2003), o bienestar, pudiendo ser este psíquico o subjetivo según sea evaluado en forma objetiva o subjetiva respectivamente (Diener et al., 1999), felicidad, el optimismo, la calidad de vida etc., han empezado a ocupar un lugar destacado en la investigación de nuestros días.

En la actualidad, no cabe duda de que la calidad de vida se entiende como un concepto más amplio que el simple hecho de poseer determinados bienes materiales u observables (Casas, 2000). Las percepciones que cada persona tiene sobre su propia vida, las evaluaciones que hace sobre lo que es y lo que tiene y su nivel de aspiraciones (Campbell, Converse & Rodgers, 1976) se convierten en una valiosa información que debe incluirse a la hora de estudiar la calidad de vida de las personas y de las naciones.

Cada vez sabemos más sobre lo que permite a los seres humanos sentirse a gusto con sus vidas y de aquellos factores que pueden predisponer hacia la felicidad. Este cúmulo de conocimientos ha permitido recuperar el valor de conceptos que si bien no son nuevos en los modelos filosóficos o teológicos de numerosas culturas, parecen haber quedado al margen de los objetivos de la psicología tradicional, más centrada en la patología y en buscar maneras de superarla.

Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

El carácter complejo y multifacético del bienestar psicológico, ha ocasionado una proliferación de definiciones.

Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero, pero actualmente, como resultado de diversas investigaciones en el tema, se sabe que el bienestar psicológico no sólo se relaciona con éstas variables sino también con la subjetividad personal (Diener et al., 1997).

Por otra parte, no existe dentro de la comunidad científica un consenso sobre su definición. Las definiciones del bienestar en la literatura se las podría caracterizar a partir de tres elementos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (Diener, 1994).

Veenhoven (1991) define al bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida “como un todo” en términos positivos, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. Según este autor, el individuo utiliza dos componentes para realizar esta evaluación: sus pensamientos y sus afectos.

Andrews y Withey (1976) definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo comprende el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Es mucho más lábil, momentáneo y cambiante. El componente cognitivo, -la satisfacción con la vida-, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros; su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. Ambos componentes se encuentran interrelacionados, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Igualmente los sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción con la vida, en los que predomina una valoración positiva de sus circunstancias vitales; frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimentan emociones displacenteras como la tristeza. En cambio, lo sujetos

“infelices” serían aquellos que valoran la mayor parte de sus acontecimientos vitales como perjudiciales y negativos (Veenhoven, 1991, Diener, 1994).

Como se viene mencionando, el término bienestar psicológico incluye también elementos cognitivos (reflexivos y valorativos), así como reacciones y estados emocionales que experimentamos en el curso cotidiano de nuestras vidas y que estaría centrado en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir metas personales.

Los dos elementos diferenciados del bienestar, emoción y cognición, se relacionan de manera compleja y en ocasiones puede darse una discrepancia entre la vivencia afectiva y la valoración que el sujeto hace de su propia vida (Vázquez, 2009).

Según Diener y Diener (1995) a las definiciones sobre el bienestar se las pueden agrupar en tres grandes categorías. La primera corresponde a las descripciones sobre el bienestar referidas a la valoración que realiza el propio sujeto de su vida en términos favorables; éstas se relacionan con la satisfacción vital. Una segunda agrupación posible corresponde a la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos; esto se refiere a lo que usualmente una persona puede definir como bienestar cuando predominan los afectos positivos más que los negativos. Y la última categoría hace referencia a aquella desarrollada por los filósofos griegos, descrita anteriormente, que concibe a la felicidad como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo. Es, porque todo lo demás no es más que un medio para alcanzarla y suficiente porque, una vez conseguida, nada más es deseado.

La revisión de los estudios sobre el bienestar subjetivo señala que existe acuerdo entre los distintos investigadores con respecto a los elementos que componen su estructura. Estos elementos serían: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. De ello se pueden diferenciar dos grandes dimensiones: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva (Diener et al., 1999).

Con respecto a las dimensiones del bienestar psicológico, hay otros autores, como es el caso de Ryff (1989), que sugieren ampliar estas dimensiones. Esta autora entiende por bienestar psicológico el resultado de

una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital.

Ryff sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico, sus primeras concepciones se articularon en torno a los conceptos como la actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1986) o la madurez (Allport, 1961).

Maslow creó la denominada jerarquía de necesidades: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia, necesidad de estima y la necesidad de autorrealización del sí mismo. Esta última constituye necesidades que no comprenden balance u homeostasis. Una vez logradas, continúan haciéndose presentes. Comprenden aquellos continuos deseos de llenar potenciales, a “ser todo lo que pueda ser”. Es una cuestión de ser el más completo; de estar “auto-actualizado” (Boeree, 2006).

En lo que respecta al funcionamiento pleno conceptualizado por Rogers, éste último considera que cuando una persona funciona plenamente no hay barreras ni inhibiciones que le impidan experimentar plenamente todo lo que éste presente al organismo. Esta persona avanza hacia la totalidad, la integración, la vida unificada. Cuando la persona funciona de este modo, dicha persona goza de la libertad de vivir sus sentimientos subjetivamente, además de ser consciente de los mismos (Rogers, 1986).

En último lugar, Ryff tomara la conceptualización de Allport en lo que refiere a la madurez. En este sentido, el autor considera a la maduración como la progresiva diferenciación e integración de las estructuras y de la conducta. Donde diferenciación es la capacidad que adquiere el niño de diferenciarse del medio que lo rodea a partir del surgimiento de diversos movimientos, emociones, etc. A partir de la maduración del sistema nervioso y del aprendizaje, la integración es la organización jerárquica de la personalidad, donde se incluyen en diferentes niveles, desde los reflejos condicionados iniciales, hasta los rasgos y sistemas de rasgos. El aprendizaje es la modificación de las características psicológicas resultante de la experiencia, donde plantea que dicho proceso responde a principios generales y casi

mecánicos en las edades tempranas a la maduración del sistema nervioso, y sólo en edades posteriores, dichos principios se refieren a la acción pura de lo social (la educación, el nivel de identificación del niño con los padres y viceversa, etc.) (Febles et al., 2000).

Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff, construye su escala para evaluar el bienestar psicológico, a través de un modelo multidimensional, teniendo en cuenta seis dimensiones:

Auto aceptación, Relaciones Positivas con los demás, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la vida y Crecimiento Personal (Ryff, 1989).

La *Auto-aceptación* es uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002).

Lo es también la capacidad de mantener *relaciones positivas con otras personas* (Ryff & Singer, 1998). La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996) y consiguientemente de la salud mental (Ryff, 1989b). De hecho, numerosas investigaciones realizadas en las dos últimas décadas (Berkman, 1995; Davis, Morris, & Kraus, 1998; House, Landis, & Umberson, 1988) señalan que el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionados con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida.

Otra dimensión esencial es la *autonomía*. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Keyes et al, 2002).

El *dominio del entorno*, es decir, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

Finalmente, las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Necesitan, por tanto, tener un *propósito en la vida*.

El funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere de las características anteriormente señaladas; necesita también el empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al, 2002). Es la dimensión denominada *crecimiento personal*.

Existen investigaciones que han evaluado el bienestar psicológico en estudiantes:

Soria, Martínez y cols (2005) han investigado sobre el bienestar psicológico en estudiantes universitarios teniendo en cuenta el rendimiento académico. Expresan que, en cuanto al bienestar psicológico de los estudiantes, de los indicadores estudiados, a nivel general destacan buenos niveles de dedicación, y de satisfacción con los estudios y también bajos niveles de propensión al abandono. Señalan también la relación existente entre bienestar y rendimiento académico, teniendo en cuenta la bidireccionalidad de la relación. Los datos demuestran que los estudiantes con mejor rendimiento académico muestran menor burnout y más autoeficiencia, satisfacción y felicidad relacionada con los estudios y al mismo tiempo no pretenden abandonar los mismos. (Soria, Martínez, Breso Esteve, Llorens Gumbau & Grau Gumbau, 2005).

Otra de las investigaciones que refieren al estudio del bienestar psicológico en estudiantes fue llevada a cabo por Rangel (2010).

Se trata de un estudio probatorio, de campo, de modalidad mixta, -cualitativo y cuantitativo-, desarrollado bajo un enfoque fenomenológico-hermenéutico de la Investigación- intervención psico-educativa, con el objeto de:

1. Analizar el bienestar psicológico subjetivo (BPS) de un grupo de estudiantes universitarios desde la Teoría de la Experiencia Óptima.
2. Determinar las variaciones en la calidad de la experiencia subjetiva por la relación existente entre los niveles de desafíos y habilidades percibidas por ellos en un momento dado de la vida cotidiana.

3 La calidad de la experiencia subjetiva en la vida cotidiana puede variar en los estudiantes universitarios de acuerdo a la relación existente entre los niveles de desafíos y habilidades alcanzados por ellos en un momento dado.

4. Comprobar que la práctica de la reflexión fenomenológica-hermenéutica sobre la experiencia subjetiva facilita el aprendizaje del BPS, en ellos.

Entre alguna de las conclusiones arribadas:

1. El BPS es el estado psíquico de funcionamiento óptimo en donde las dimensiones de la conciencia: concentración/control, afecto y motivación, alcanzan sus niveles positivos más elevados en un momento dado de la vida cotidiana.

2. La calidad de la experiencia subjetiva en la vida cotidiana puede variar en los estudiantes universitarios de acuerdo a la relación existente entre los niveles de desafíos y habilidades alcanzados por ellos en un momento dado.

3. El BPS se manifiesta en la vida cotidiana de los estudiantes universitarios según el modo en que perciben las dimensiones contextuales (tipo de actividad, entorno físico y entorno social) que influyen sobre el estado de su conciencia en un momento dado.

4. Las reflexiones personales (descubrimientos personales) sobre las descripciones de la experiencia subjetiva en la vida cotidiana facilitan el aprendizaje del BPS en estudiantes universitarios.

Bradburn (1969) trabaja con el “afecto” como constructo, y en este sentido, considera que el bienestar podría considerarse en términos de afecto positivo y negativo. Este estudio clásico dio origen a una extensa investigación sobre el afecto y sus dos dimensiones independientes:

Atendiendo a Watson, Clark y Tellegen (1988) un alto Afecto Positivo reflejaría entusiasmo, energía, alerta, interés y alegría; mientras que un bajo Afecto Positivo indicaría letargo y fatiga. En un alto Afecto Negativo predominarían los sentimientos de ira, culpa, temor y nerviosismo; mientras que el bajo Afecto Negativo sería un estado de calma y serenidad.

Numerosos estudios han analizado las posibles relaciones entre afecto y diferentes problemas psicológicos. Así, la ansiedad se asocia un estado de alto Afecto Negativo, sin apenas relación con el Afecto Positivo y la depresión se

caracteriza por un estado mixto de alto Afecto Negativo y bajo Afecto Positivo (Watson, Clark & Carey, 1988; Tellegen, 1985). De especial relevancia son también las correlaciones encontradas entre el afecto y diferentes dimensiones de la personalidad. Así, el Afecto Positivo se asocia con Extraversión, mientras que el Afecto Negativo se asocia con neuroticismo (Watson et al, 1988). Los diferentes niveles de Afecto Positivo y de Afecto Negativo que podemos experimentar permiten hacer clasificaciones de tipos de personas en función del grado en que experimenten o no distintos tipos de emociones (Avia & Sánchez, 1995).

Lyubomirsky, King y Diener (2005), en un estudio de meta-análisis, encuentran que el Afecto Positivo puede ser la causa de algunas de las características, recursos y éxitos deseables que correlacionan con felicidad ya que incluye cualidades como la confianza, el optimismo, la autoeficacia, la sociabilidad, la actividad, la energía, la conducta prosocial, el bienestar físico, el afrontamiento efectivo, la originalidad y la flexibilidad. Por otro lado, se han encontrado correlaciones significativas entre satisfacción con la vida y afecto positivo (Lucas, Diener & Suh, 1996) y relación entre éste y autopercepciones más positivas; por ejemplo, Mongrain y Zuroff (1995) encuentran que altos niveles de afecto positivo estaban asociados a una menor autocrítica.

Lyubomirsky, King y Diener (2005), defienden un modelo conceptual que sugiere que la felicidad se produce no sólo porque los éxitos conseguidos hacen felices a las personas, sino también porque el Afecto Positivo engendra éxito. Y es que el Afecto Positivo conduce a la persona a pensar, sentir y actuar de una manera que promueve la construcción de recursos y la consecución de objetivos (Elliot & Trash, 2002; Lyubomirsky, 2001). En este sentido, la “teoría de la ampliación y construcción” propuesta por Fredrickson (2001), permite entender cómo las emociones positivas juegan un papel relevante en las conductas de exploración y de dedicación y perseverancia, lo que permite ir construyendo recursos personales más duraderos y amortiguar el impacto de las emociones negativas.

Ante la revisión de la literatura, se considera para el desarrollo de dicha tesina, que el bienestar psicológico podría estar relacionado con la calidad de vida, y en este sentido debería tener relaciones con la presencia de síntomas psicopatológicos.

Con respecto a la psicopatología, Jaspers (Baumgart, 1999) tuvo la ambición de delimitar una Psicopatología como ciencia. Le otorgó el dominio de los conceptos y las reglas generales del acontecer psíquico patológico. En sus intentos por esclarecer la problemática del hombre mentalmente enfermo, se multiplicaron y pluralizaron, universos de discursos muchas veces divergentes. Se parte de considerar a la Psicopatología como un campo heterogéneo de discursos y/o prácticas.

Actualmente coexisten unas multiplicidades de Psicopatologías, correspondientes a distintos momentos históricos-sociales que remiten a diversas conceptualizaciones y prácticas.

El término psicopatología (Baumgart, 1999) fue empleado por Ebinghaus un medico de Leipzig predecesor de Kraepelin, desde 1878, como sinónimo de psiquiatría clínica. Jaspers aspira a construir una Psicopatología general delimitando la Psicopatología como una ciencia a la que se le otorga el dominio de los conceptos y de las reglas generales del acontecer psíquico patológico. Construye una teoría general de las cuestiones relativas a la enfermedad psíquica, a la patología mental, una patología que aspira a lo universal.

Para dar una primera definición de Psicopatología se puede decir que es una disciplina que se refiere a los conocimientos relativos a las anormalidades y desórdenes de la vida mental.

Etimológicamente, el término está formado por tres palabras que provienen del griego: Psyché: alma, Pathos: afección, dolencia, sufrimiento, y logos: tratada, razón. Psicopatología puede pensarse, entonces, como una enunciación consecuente que comunica el saber de una ciencia que corresponde a un determinado ámbito, a un determinado campo: “el del acontecer psíquico patológico”. En el ámbito de los procesamientos teóricos, nos encontramos actualmente con universos múltiples y plurales de discursos que marchan hacia la divergencia y con la imposibilidad de generar cohesión a nivel teórico (Baumgart, 1999).

Dentro del espectro de la clínica psicológica un síntoma se define como una manifestación subjetiva de un estado patológico que es informado por el individuo afectado, más que observado por un evaluador externo. En cambio el signo, término relacionado y en ocasiones confundido con el anterior, se refiere

a la manifestación objetiva de un estado patológico que es descrito por un experto (Frances,1994).

Por su parte, la Psicología de la salud, es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo bio-psico-social, según el cual la salud y la enfermedad, son el resultado de la interdependencia de factores biológicos, psicológicos(emociones, pensamientos, conductas, etc.) y factores sociales (influencias culturales, apoyo social, relaciones familiares, entre otros). Este área disciplinar está constituida por un conjunto de contribuciones científicas, profesionales y educativas tendientes a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, al tratamiento integral de la enfermedad y a la mejora de las políticas en salud y por ende, del sistema sanitario (Matarazzo, 1980)

Paz (1979), entiende que el universo de la Psicopatología queda delimitado por los comportamientos anormales definidos como tales sobre la base de un criterio “social” primario de diferenciación que torna como marco implícito de referencia un área consensual de conductas medias esperadas .

Según Baumgart (1999), lo psíquicamente anormal depende de la concepción imperante en cada sociedad y es relativo a un orden etnográfico e histórico. Entonces, la patología asume formas fenoménicas diversas de acuerdo a una determinada sociedad, determinados órdenes etnográficos e históricos.

Ante la multiplicidad y diversidad en lo que respecta a la conceptualización sobre el termino Psicopatología sus alcances y limitaciones, no faltan por su parte citas de las teorías del condicionamiento de Pavlov, que se apoya tanto en la Psicología Experimental como en las Teorías del Aprendizaje y Procesamiento de la Información, antecedentes de las terapias cognitivos-conductuales. Estas teorías de condicionamiento, se ocupan del pensamiento como esquema mental que organiza percepciones y sensaciones, las cuales determinan conductas y, por lo tanto, buscan modificar el pensamiento que por ser considerado negativo, genera patología. La psiquiatría, también por su parte, realizará sus aportes. Desde sus comienzos, hasta nuestros días, se ha encargado de construir nomenclaturas. Este es un sistema de nominación en donde se nombra, se convoca, se llama a la enfermedad mental. Lo nombrado es ubicado en relación a otros componentes,

lo que supone un orden determinado de los mismos. Las nomenclaturas se esfuerzan en nombrar las cosas del modo más preciso, acertado y correcto, ya que esta posibilidad apunta a formular la esencia de lo nombrado y distinguirlo del resto de lo existente. En el campo psiquiátrico, la nomenclatura introduce un orden, ubica una afección respecto de otro y permite su conocimiento y desarrollo conceptual. Otra de las nociones que introduce la psiquiatría, es la noción de síntoma. Esta palabra proviene del latín *symptoma*: indicio de que algo está ocurriendo o va a ocurrir; término que revela la existencia de una enfermedad.

El criterio clínico, que está privilegiado en la fundamentación de la psiquiatría clásica, se caracteriza por un estilo descriptivo. Es así como la psiquiatría ofrece ordenamientos nosológicos y nosográficos de la enfermedad mental, con sus distintas variantes respecto al diagnóstico y al pronóstico. Entre los ordenamientos actuales el más conocido es el DSM – IV. El DSM corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría, (2002) y nace alrededor de 1958. Se realiza así una clasificación internacional de las enfermedades mentales (Baumgart, 1999).

A lo largo de la historia de la Medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades habrían que incluirse y sobre cuál sería el método para su organización. Estados Unidos, fue quien impulsó llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales, es así, como en el `52 se publica el DSM I, que consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer Manual Oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El Manual reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Meyer, por la que los trastornos mentales representan, reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

El término trastorno mental (APA, DSM IV, 2001) implica, una distinción entre trastornos mentales y físicos. Los conocimientos actuales, indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos. El término trastorno mental, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente, que englobe todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos también, mediante una gran variedad de conceptos, por ejemplo:

malestar, descontrol, incapacidad, desviación estadística, etc. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, el DSM – IV, conceptualiza a cada trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a un discapacidad (por ejemplo, deterioro a una o más áreas de un funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón, no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Una concepción errónea muy frecuente es pensar, que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que lo padecen (DSM IV, 2001).

Augsburger (2002) considera que a lo largo del tiempo se han formado diversas ideas y nociones acerca de la salud y de la enfermedad mental, también se han construido explicaciones heterogéneas sobre las formas en que las mismas se generan. Los grupos sociales han consensuado y sistematizado modalidades propias de conocimiento sobre la enfermedad y la salud configurando un conjunto de nociones y representaciones sobre esos objetos. Esos conocimientos y nociones, propias de un momento histórico particular, organizan tanto un saber popular, resultado de prácticas cotidianas, como un cuerpo teórico y conceptual entramado en prácticas profesionales específicas. Esta nosografía clásica, abordó la temática con un criterio de enfermedad “objetivo”, donde solo tenía en cuenta lo comprobable y observable, dado que se accede mediante señales y síntomas, siendo esto un obstáculo, ya que, al tener solo en cuenta lo objetivo de la enfermedad se deja de lado el aspecto subjetivo de la misma, es decir, el sujeto que sufre esa enfermedad o patología. El autor la asocia a una categoría diferente a la de enfermedad y la vincula con “sufrimiento psíquico”. Manifiesta también, que el aspecto colectivo de los problemas del proceso salud-enfermedad necesitan actualmente nuevas explicaciones que permitan revisar las patologías establecidas y sugiere la

posibilidad de comenzar a observar las consecuencias teóricas e ideológicas de poder empezar a trabajar un paradigma de “bien y mal-vivir”.

La Organización Mundial De La salud (2011) define a la salud mental como un estado de bienestar, aquel en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Muñoz (1986) conceptualiza que un sujeto sano, en todos sus aspectos, es quien tiene (realmente) una armonía mental, física y social con todo su medio, conteniendo también los cambios internos o externos que puedan darse. Es decir, que, para este autor, la salud o enfermedad serian la consecuencia de la interacción que hace el sujeto con los factores psicológicos, biológicos y sociales de su medio externo e interno. Esta definición se relaciona a la perspectiva Bio-Psico-Social de los conceptos salud y enfermedad (Rodríguez Salgado, 1996) quien expresa, que la salud y la enfermedad no son “estados”, sino que constituyen un proceso que tiene muchas y diversas dimensiones. Dicha autora, conceptualiza que el sujeto durante toda su vida va desarrollándose a lo largo de los ejes (salud- enfermedad), se acercará más a uno o a otro según lo que suceda, es decir, se aumenta o rompe el equilibrio entre factores biológicos, físicos, psicológicos, culturales, sociales y del ambiente.

En el marco de este trabajo se estudió una serie particular de síntomas psicológicos agrupados en dimensiones que habitualmente constituyen una medida de clivaje sensible para indagar estados sintomáticos transitorios sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos (Muños, Espinosa de Santillana, Cardenas, Focil & Cavazos, 2005; Sandin, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008).

Estos síntomas son:

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Existe evidencia de la posibilidad de establecer una relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos y bienestar psicológico. En Argentina,

se ha realizado en la Universidad de Palermo de Buenos Aires una investigación que da cuenta de las relaciones que pueden establecerse entre “patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes” (Casullo y Castro Solano, 2002). Los datos de dicha investigación, en términos generales, muestran que el bienestar psicológico está asociado con la ausencia de síntomas, síndromes o patrones de personalidad con significación clínica.

A su vez Cibanal (2013) ha investigado sobre las relaciones entre personalidad, presencia de psicopatologías y bienestar psicológico. Se concluyó que la presencia de psicopatologías se muestra independiente del bienestar psicológico, con excepción de la Escala de Autonomía, que se relaciona de forma positiva, con la hostilidad y los índices de severidad global e índices de síntomas positivos.

Cuenca (2011), lleva a cabo una investigación sobre “Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos un estudio comparativo entre pacientes con asma y población no clínica”. El objetivo de esta investigación es la evaluación de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y su relación con los síntomas psicológicos informados en población general sin enfermedad física crónica comparada con población con diagnóstico clínico de asma bronquial. Los resultados que arribó dicha investigación, es considerar que los síntomas psicológicos tienen un impacto importante sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas en general. Se observó un patrón consistente entre las dimensiones de bienestar psicológico y los dominios de la calidad de vida evaluados, y negativas con síntomas independientemente de la naturaleza de la muestra (clínica-no clínica).

Debido a la escasa existencia de investigaciones que puedan corroborar la relación o no entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los niveles bienestar psicológico en los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNMDP, y entendiendo a su vez, el aporte que esta tesina podría llegar a tener en el corpus de conocimiento científico, la presente investigación pretende dar cuenta de las relaciones existentes entre la presencia de sintomatología psicopatológica y el bienestar psicológico en los estudiantes de la Facultad de Psicología de Mar del Plata, estableciendo que, la presencia de

una mayor cantidad de síntomas psicopatológicos provocaría una disminución en el nivel de bienestar psicológico, es decir, una dificultad en el desarrollo de las capacidades del sujeto y en su crecimiento personal.

METODOLOGIA

Objetivos Generales

Establecer las relaciones que pudieran existir entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el nivel de bienestar psicológico en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Objetivos particulares

- 1) Describir y caracterizar la presencia de síntomas psicopatológicos en los alumnos de la Facultad de Psicología de la UNMDP.
- 2) Describir y caracterizar el nivel de bienestar psicológico de dichos alumnos.
- 3) Establecer relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el nivel de bienestar psicológico.

Hipótesis de trabajo

1) Existe una asociación entre la presencia de sintomatología psicopatológica y el nivel de bienestar psicológico en el sentido de que la presencia de un mayor número de síntomas psicopatológicos se asociaría con una disminución en el nivel de bienestar psicológico.

Tipo de estudio

De acuerdo a Montero y León (2007) se realizó un estudio ex post facto, retrospectivo, de un grupo, basado en un diseño no-experimental, de tipo correlacional.

Muestra

El *universo* comprende a todos los estudiantes regulares de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se trabajó con una *muestra* de conveniencia de 98 alumnos, de ambos sexos, con edades entre 18 y 30 años.

Descripción de los instrumentos

Para obtener datos sobre la presencia de sintomatología psicopatológica en los estudiantes pertenecientes a la Universidad Nacional de Mar del Plata de Psicología se aplicó el SCL-90-R Revisado (*Derogatis Symptom Checklist, Revised, 1999, Casullo, 2004*). Es un instrumento de autoinforme desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual [distress] que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales se debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior.

Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos. Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por:

- 9 (nueve) dimensiones primarias de síntomas Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo)
- 3 (tres) índices globales de psicopatología:
 1. El índice de Gravedad Global (GSI),
 2. El índice de Malestar Positivo (PSDI) y
 3. El Total de Síntomas Positivos (PST).

Las nueve dimensiones primarias de síntomas, se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

1. La dimensión de Somatizaciones evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

2. La dimensión de Obsesiones y compulsiones incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

3. La dimensión de Sensitividad interpersonal se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

4. La dimensión de Depresión está compuesta por ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

5. La dimensión de Ansiedad evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

6. La dimensión de Hostilidad hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

7. La dimensión de Ansiedad fóbica alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

8. La dimensión de Ideación paranoide evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

9. La dimensión de Psicoticismo se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica y son:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

1. Índice de severidad global (IGS)

Es un buen indicador del nivel actual de la gravedad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas

2. Total de síntomas positivos (STP)

Se lo estima contando el total de ítems que tienen una respuesta mayor que cero. En sujetos de población general puntuaciones brutas o inferiores a 3 en varones, o a 4 en mujeres, son consideradas indicadores de un intento consciente de la persona de mostrarse mejor de lo que realmente está (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican tendencia a exagerar la presencia de patologías.

3. Índice de malestar positivo (PSDI)

Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que la aquejan. Se calcula dividiendo la Suma Total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos (STP). Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

La gran popularidad del SCL-90-R en la salud mental puede atribuirse a tres características:

1. Se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección. Es un inventario autoadministrado, las instrucciones e ítems utilizan un vocabulario simple y requieren un mínimo de comprensión lectora (sexto grado). La consigna es simple y la tarea no reviste complejidad, lo que incrementa la validez de la evaluación y reduce el tiempo de administración (normalmente un máximo de 15 minutos). Su aplicación requiere mínimo entrenamiento, facilitando su administración colectiva por personal sin capacitación formal.

2. Permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad.

El SCL-90-R fue diseñado para analizar la psicopatología en tres niveles jerárquicos de complejidad: un nivel global, un nivel dimensional y un nivel sintomático.

En el nivel global, el SCL-90-R caracteriza al evaluado a partir de tres índices generales. El índice de Gravedad Global [GSI] indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas, el índice de Malestar Positivo [PSDI] mide la intensidad de los síntomas percibidos y el Total de Síntomas Positivos [PST], es el número total de síntomas que presenta la persona, independientemente de su gravedad, interpretado como medida de la amplitud de la sintomatología presentada por el evaluado.

En el nivel de análisis dimensional, el SCL-90-R entrega un perfil compuesto por las nueve dimensiones primarias de síntomas antes mencionadas.

En el nivel sintomático, el SCL-90-R permite al evaluador analizar las respuestas a uno o varios síntomas que le parezcan relevantes de acuerdo con los fines de la aplicación y/o según algún modelo o teoría particular.

3. Exhibe buenas propiedades psicométricas

Las propiedades psicométricas del SCL-90 han resultado estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (pacientes vs. no pacientes). La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r=0.70$ en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna. Otros estudios han demostrado, además, que la escalabilidad de las dimensiones es substancialmente satisfactoria y que muestran un comportamiento psicométrico idóneo cuando se analizan con modelos de Teoría de Respuesta al ítem.

Para el estudio de la segunda variable, se tuvo en cuenta los aportes de Ryff (1989, 1998) la cual desarrolló un modelo de Bienestar Psicológico que puede considerarse precursor de los actuales modelos de Psicología Positiva, y que aún hoy continúa siendo una de las más brillantes aportaciones en las teorías y aplicaciones relacionadas con el bienestar humano. Esta autora define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos: el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas

o de placer, y no al revés. En este modelo, cada dimensión es un índice de bienestar en sí mismo, y no un predictor de bienestar, de ahí que señale las consecuencias de mantener niveles óptimos o deficitarios en cada uno de ellos. Otra ventaja añadida al modelo de Ryff es el hecho de que construyó un cuestionario para evaluar las dimensiones. Curiosamente esta escala de bienestar incide en el hecho de que la salud mental positiva es relativamente independiente de la salud mental negativa. Tal y como señala la propia Ryff en sus investigaciones, estas dimensiones se relacionan tanto con una mayor satisfacción vital y un mayor bienestar subjetivo, así como indicadores de una mejor salud física: menores niveles de cortisol (menos estrés), menores niveles de cikotinas (indicador de procesos de inflamación crónicos), menor riesgo cardiovascular y mayor duración de sueño REM (mejor patrón de sueño).

Para evaluar el Bienestar Psicológico de los estudiantes de la UNMdP, se utilizó la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et. al., 2006), la cual se basa en la escala reducida propuesta por van Dierendonck. Esta nueva versión, siendo la primera desarrollada en castellano, consta de 6 escalas y 29 ítems, a los que se responde con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo) y que permiten evaluar las seis dimensiones propuestas por Ryff en su modelo multidimensional del bienestar psicológico:

- 1) Autoaceptación: Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- 2) Relaciones positivas con otras personas: La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener gente en la que pueda confiar.
- 3) Autonomía: Las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones y mantener su independencia y autoridad personal.
- 4) Dominio del entorno: Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.
- 5) Propósito en la vida: Las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que le permitan dotar su vida de cierto sentido.
- 6) Crecimiento personal: Las personas necesitan seguir creciendo como personas, llevar al máximo sus capacidades y desarrollar sus potencialidades.

El nuevo instrumento reduce la longitud de las escalas originales, facilitando su aplicación en diferentes ámbitos como las organizaciones, la intervención social, la promoción de la salud, la gerontología o la psicoterapia, y, a su vez, mejora las propiedades psicométricas de la mayor parte de versiones existentes en inglés.

Análisis de datos

Se realizaron análisis estadísticos de la información obtenida. Para caracterizar a la muestra de bienestar psicológico y las puntuaciones directas de síntomas psicopatológicos, se calcularon los estadísticos descriptivos (media, frecuencias, porcentajes, desvío estándar) .Para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se utilizaron pruebas de correlación múltiple y bivariadas, de Pearson y de Spearman .Se evaluó el tamaño del efecto de las diferencias de esta muestra con muestras normativas y de otros estudios, utilizando la d de Cohen.

Procedimiento

La primera tarea consistió en la administración de los instrumentos a los estudiantes explicándoles el motivo de la misma. Para esto se debió pedir con anterioridad autorización en distintas clases para realizarlo y contactarse también con los estudiantes en el campus. Se les solicitó firmar un consentimiento para participar del estudio.

En segundo lugar, se llevó a cabo la carga de los datos obtenidos para su posterior procesamiento. Cabe aclarar que se mantuvo el estricto anonimato de la información.

Finalmente, se procedió a analizar los datos obtenidos y a establecer relaciones entre los mismos para alcanzar los objetivos.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con el fin de describir y caracterizar el *bienestar psicológico* y las puntuaciones directas de *síntomatología psicopatológica* en los alumnos de la Facultad de Psicología, se realizaron análisis estadísticos descriptivos. Los resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos del nivel de Bienestar Psicológico y Síntomas Patológicos (n=98)*

Variable	Escala	M	D.S
BIENESTAR PSICOLOGICO	Autoaceptación	4,74	0,71
	Relaciones Positivas	5,00	0,86
	Autonomía	4,23	0,75
	Dominio del Entorno	4,72	0,77
	Crecimiento Personal	4,97	0,85
	Satisfacción Vital	4,78	0,78
SÍNTOMAS PATOLÓGICOS	Somatizaciones	0,44	0,42
	Obsesiones y Compulsiones	0,84	0,61
	Sensitividad Interpersonal	0,54	0,61
	Depresión	0,56	0,59
	Ansiedad	0,45	0,40
	Hostilidad	0,35	0,47
	Ansiedad Fóbica	0,21	0,35
	Ideación Paranoide	0,33	0,49
	Psicoticismo	0,22	0,35
	Índice de Severidad Global	0,49	0,50
	Total de Síntomas Positivos	25,60	14,33
Índice de Malestar	1,49	0,42	

Con el objeto de establecer la semejanza o diferencia de los datos obtenidos en este estudio con los valores normativos, se incluyeron los datos de la muestra utilizada por Díaz et al. (2006) para la validación del instrumento y se calculó el tamaño del efecto de la diferencia entre los grupos con la *d* de Cohen. Los datos se presentan en la tabla 2 y 3.

Tabla 2

Comparación de estadísticos de Bienestar Psicológico de la muestra del estudio y la muestra normativa

Escala	Psicología UNMDP (n=98)		Muestra Normativa Díaz et al. (n=467)		<i>d</i> Cohen
	M	D.S.	M	D.S.	
Autoaceptación	4,74	0,71	4,31	0,86	0,54
Relaciones Positivas	5,00	0,86	4,58	0,85	0,49
Autonomía	4,23	0,75	4,24	0,73	-0,01
Dominio del entorno	4,72	0,77	4,31	0,72	0,55
Crecimiento Personal	4,97	0,85	4,57	0,64	0,59
Satisfacción Vital	4,78	0,78	4,47	0,83	0,29

Se puede considerar que la *d* de Cohen representa el número de desviaciones típicas que separan a dos grupos. Por ejemplo, una *d* de 0,5 indica que la diferencia entre grupos en la variable evaluada es de media desviación típica. Cohen (1992) dio algunas referencias para interpretar la magnitud de los tamaños del efecto:

- *d* = 0,20: tamaño del efecto pequeño.
- *d* = 0,50: tamaño del efecto mediano.
- *d* = 0,80: tamaño del efecto grande.

De la comparación de dichas muestras, se puede observar que los valores medios de los estudiantes de Psicología de la UNMDP en las escalas de Autoaceptación, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Satisfacción Vital presentan diferencias de mediana magnitud con las medias de los sujetos de la muestra normativa. La escalas de Relaciones positivas y Crecimiento Personal, resultan de magnitudes de pequeñas a medianas. La Escala de Autonomía no muestra diferencias.

En todas las escalas, con excepción de la Autonomía, los estudiantes de Psicología de la UNMDP tienden a presentar valores superiores a la muestra normativa.

Se presentan en la Tabla 3 los estadísticos de Síntomas Psicopatológicos de la muestra de estudio y de la muestra normativa de la adaptación española del SCL-90 (Gonzalez de Rivera et al, 2006).

Tabla 3.

Comparación de estadísticos de Síntomas Psicopatológicos de la muestra del estudio y la muestra normativa

Escala	Psicología UNMDP (n=98)		Muestra Normativa SCL-90 R (n=467)		d Cohen
	M	D.S.	M	D.S.	
Somatizaciones	0,44	0,42	0,40	- 0,41	0,09
Obsesiones y Compulsiones	0,84	0,61	0,59	- 0,49	0,45
Sensibilidad Interpersonal	0,54	0,61	0,40	0,44	0,26
Depresión	0,56	0,59	0,48	0,44	0,15
Ansiedad	0,45	0,40	0,33	0,38	0,30
Hostilidad	0,35	0,47	0,41	0,52	-0,12
Ansiedad Fóbica	0,21	0,35	0,17	0,31	0,12
Ideación Paranoide	0,33	0,49	0,33	0,46	0,00
Psicoticismo	0,22	0,35	0,18	0,3	0,12

De la comparación de los resultados de los sujetos que componen ambas muestras, se observan diferencias de magnitud entre pequeñas y medianas para las escalas de Obsesiones y Compulsiones; Ansiedad y Sensibilidad Interpersonal, en todos los casos con puntuaciones superiores en los estudiantes de Psicología. En el resto de las escalas, las diferencias no se pueden considerar significativas.

Con el objeto de analizar las relaciones entre los niveles de Bienestar Psicológico y las puntuaciones directas de Síntomas Psicopatológicos, se sometieron los datos a un análisis de correlación bivariada. Los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4.

Correlaciones entre Bienestar Psicológico y Sintomatología Psicopatológica

	AUTOACEPTACION	RELACIONES POSITIVAS	AUTONOMIA	DOMINIO DEL ENTORNO	CRECIMIENTO PERSONAL	SATISFACCION VITAL
SOMATIZACIONES	-0,25(**)	-0,28(**)	-0,28(**)	-0,30(**)	-0,35(**)	
OBSESIONES Y COMPULSIONES				-0,25(*)		0,22(*)
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL		-0,25(*)	-0,30(**)	-0,27(**)		
DEPRESION	-0,36(**)	-0,26(**)	-0,21(*)	-0,35(**)		-0,29(**)
ANSIEDAD	-0,23(*)			-0,20(*)		
HOSTILIDAD	-0,20(*)	-0,30(**)		-0,33(**)	-0,22(*)	
ANSIEDAD FÓBICA						0,19(*)
IDEACION PARANOIDE		-0,26(**)		-0,26(**)		
PSICOTICISMO		-0,23(*)	-0,22(*)	-0,32(**)	-0,20(*)	
INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL						
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	-0,25(*)	-0,35(**)	-0,25(*)	-0,39(**)		-0,29(**)
INDICE DE MALESTAR POSITIVO	-0,25(**)		-0,22(*)	-0,21(*)		

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

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

En la tabla anterior se presentan las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas. Se observa la existencia de una correlación entre la totalidad de las escalas de Bienestar Psicológico con, al menos una de las Escalas de Síntomas Psicopatológicos. Dominio del Entorno, es la escala de Bienestar Psicológico que se asocia de forma negativa con todas las escalas de síntomas, a excepción de la Ansiedad Fóbica, lo que puede interpretarse en el sentido de que se observa una tendencia de que aquellos sujetos que presentan niveles superiores de Dominio del Entorno, tienden a presentar puntuaciones menores en psicopatología, con excepción de la

Ansiedad Fóbica. Por el contrario, Satisfacción Vital es la escala que se haya menormente asociada con las puntuaciones directas de síntomas psicopatológicos, presentando una correlación negativa con Obsesiones y Compulsiones, Depresión y Ansiedad Fóbica.

Somatizaciones y Depresión son las dimensiones que mayormente se asocian a las escalas del Bienestar Psicológico, es decir, cuando una varía la otra también, en el mismo sentido si son positivas y en sentido opuesto si son negativas. Somatizaciones, por su parte, se haya correlacionada de manera negativa con todas las escalas del Ryff, excepto con Satisfacción Vital, y Depresión presenta una correlación negativa con todas las escalas del Ryff, no se encuentra asociada de manera significativa a la escala de Crecimiento Personal. Por otra parte, Ansiedad Fóbica se correlaciona negativamente solo con una escala del Ryff, siendo ésta Satisfacción vital.

De lo expuesto se desprende que Dominio del Entorno de Bienestar Psicológico presenta mayor correlación con las demás variables del SCL 90-R. Esto implica que a mayor nivel de sintomatología psicopatológica menor es la habilidad personal del sujeto para elegir entornos favorables en pos de la satisfacción de sus deseos y necesidades propias. Lo que se traduce como consecuencia: un no funcionamiento óptimo y positivo.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

En el intento de poder responder al primer objetivo de esta tesina, es decir, de describir y caracterizar la presencia de síntomas psicopatológicos en los alumnos de la Facultad de Psicología de la UNMDP, los resultados permitieron determinar que las tres escalas de síntomas psicopatológicos que presentaron puntuaciones mayores fueron:

1º. La dimensión de Obsesiones y compulsiones, que incluye síntomas que se identifican con pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

2º. La dimensión de Depresión, que incluye manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo, tales como estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza y/o ideaciones suicidas.

3º. La dimensión de Sensibilidad Interpersonal, que se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

El segundo objetivo de esta tesina fue describir y caracterizar el nivel de Bienestar Psicológico de los alumnos de la Facultad de Psicología de la UNMDP. Los resultados arribados permitieron dar cuenta que los estudiantes de esta Universidad tienden a presentar valores superiores a la muestra normativa, con excepción de Autonomía, la cual si bien exhibe un valor por debajo a la muestra normativa, esta diferencia no es significativa. Considerando que se concibe a la Autonomía como la capacidad de poder sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales y a la capacidad de resistir en mayor medida la presión social y auto-regular mejor su comportamiento (Ryff y Singer, 2002), los estudiantes de Psicología de la UNMDP no parecen destacarse en estas capacidades, las cuales se hallan presentes en valores moderados.

En el intento de establecer si existe una correlación entre el bienestar psicológico y la presencia de sintomatología psicopatológica, los datos obtenidos permiten corroborar la hipótesis, ya que se ha observado de forma consistente y sistemática que la percepción de mayor cantidad de síntomas psicopatológicos en diferentes escalas, tiende a asociarse con niveles menores de bienestar psicológico.

Los resultados confirman que la Escala de Somatizaciones del SCL – 90 R se asocia con las escalas de Bienestar Psicológico (Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, y Crecimiento Personal). Siendo ésta correlación negativa, se puede interpretar que los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNMDP que perciben una mayor cantidad de síntomas vinculados a disfunciones corporales, tienden a presentar mayores dificultades para sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, la capacidad de marcar metas y objetivos, y la capacidad de sentirse bien consigo mismos.

También se observó una relación negativa significativa entre la Obsesiones y Compulsiones y las escalas de Dominio del Entorno y de Satisfacción Vital. Se puede interpretar que una mayor presencia de síntomas característicos de las Obsesiones y Compulsiones, se asocia a un menor control que el sujeto puede ejercer sobre el mundo, y sobre el contexto que lo rodea, como así también su capacidad de marcar metas y objetivos.

Teniendo en cuenta la relación observada entre la Sensibilidad Interpersonal, con la Autonomía y el Dominio del Entorno, se infiere que cuanto mayor es la Sensibilidad Interpersonal, mayor será la dependencia en los diferentes contextos sociales y menor la capacidad para elegir y/o crear entornos favorables.

En cuanto a la escala de Depresión se observa una correlación negativa con la Autoaceptación, las Relaciones Positivas, la Autonomía, el Dominio del Entorno y la Satisfacción Vital. Por consiguiente, se interpreta que la percepción de una mayor cantidad de síntomas de depresión se asocia a una menor capacidad de sentirse bien consigo mismo, de establecer relaciones estables, de sostener la propia individualidad en diferentes contextos, de resistir en mayor medida la presión social, de habilidades personales para elegir o de crear entornos favorables, para definir objetivos con sentido.

La Ansiedad se manifiesta a través de signos como nerviosismo, ataques de pánicos, miedos. La relación negativa observada con las escalas de Autoaceptación y Dominio del Entorno permite inferir que a mayor cantidad de síntomas de Ansiedad percibidos, disminuye la capacidad del sujeto para relacionarse efectivamente con el entorno y los sentimientos para consigo mismo.

La escala de Hostilidad hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Esta escala presenta, en esta muestra, una correlación negativa con las escalas de Autoaceptación, de Relaciones Positivas, de Dominio del Entorno y de Crecimiento Personal. Se interpreta que esta relación indica que una mayor cantidad de síntomas de hostilidad se asociaría a sentimientos de malestar consigo mismo, a una mayor dificultad para mantener relaciones sociales y para satisfacer necesidades propias, como así también a problemas para desarrollar potencialidades, crecer como persona y desarrollar al máximo sus capacidades.

La escala de Ansiedad Fóbica implica síntomas asociados a un malestar que alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. En este caso, se ha observado una correlación negativa solo con la escala de Satisfacción Vital, lo cual indica que existe una vinculación entre estos síntomas y la dificultad que tiene el sujeto para definir objetivos que le permitan dotar a su vida de un cierto sentido.

Las Relaciones Positivas y el Dominio del Entorno, se asocian con síntomas de comportamientos paranoides y de desórdenes del pensamiento (Ideación Paranoide). Se interpreta que los sujetos que presentan mayor cantidad de síntomas característicos de esta patología, tienden a presentar una mayor dificultad para mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar, como así también una baja capacidad para controlar el mundo y el contexto que lo rodea.

En los resultados se puede visualizar una relación negativa entre la escala de Psicoticismo y los niveles de Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno y Crecimiento Personal. Se infiere que los síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento afectarían el bienestar psicológico del sujeto.

De lo expuesto, se desprende que la dimensión de Dominio del Entorno del Bienestar Psicológico es la que presenta mayor cantidad de asociaciones con las escalas de psicopatología evaluadas por el SCL-90-R. Esto implica que a mayor nivel percibido de sintomatología psicopatológica en diferentes escalas se observa una disminución de la habilidad personal del sujeto para elegir

entornos favorables en pos de la satisfacción de sus deseos y necesidades propias.

Los resultados de esta tesis, concuerdan con los obtenidos en la investigación llevada a cabo por Casullo y Castro Solano (2012) sobre “Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes”, que indican que el bienestar psicológico se encuentra asociado con la ausencia de síntomas, síndromes o patrones de personalidad con significación clínica.

Por otro lado, Cibanal (2013), que investigó sobre las relaciones entre personalidad, presencia de psicopatologías y bienestar psicológico, concluyó que la presencia de psicopatologías se muestra independiente del bienestar psicológico, con excepción de la Escala de Autonomía, que se relaciona de forma positiva, con la hostilidad y los índices de severidad global e índices de síntomas positivos. Diferimos de los resultados arribados por dicha autora, ya que, a partir de nuestra investigación, los datos nos permiten corroborar la correlación entre las puntuaciones de sintomatología psicopatológica y bienestar psicológico.

Si bien se ha confirmado la hipótesis formulada, hay ciertas limitaciones que es necesario destacar. Una de estas limitaciones se refiere al tamaño reducido de la muestra, la cual podría no ser significativa en relación al número total de estudiantes de la Facultad de Psicología. Nos parece interesante que el estudio pueda replicarse a una muestra más amplia, lo que daría la posibilidad de llevar a cabo la diferenciación por sexos y de este modo, incluir una nueva variable de estudio.

Otra de las limitaciones que podría haber incidido alude a no haber considerado posibles circunstancias personales que presumieran la presencia de estímulos emocionales exaltados, los cuales pudieran tergiversar los resultados del instrumento utilizado para medir el bienestar psicológico. A este respecto, la no contemplación de esta variable puede haber impactado en las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del bienestar, afectando consecuentemente los índices de correlación con la sintomatología psicopatológica.

Finalmente, sería conveniente tomar en consideración otras variables intervinientes que también podrían incidir en los resultados de este trabajo,

entre las cuales se encontrarían la edad, otras ocupaciones, circunstancias personales críticas, ciudad de origen, nivel socioeconómico, motivación, ansiedad, salud mental, rasgos de personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento, entre otras.

A modo de cierre, consideramos necesario destacar que la presente tesina aporta un nuevo material teórico e informativo sobre la correlación entre presencia de sintomatología psicopatológica y el nivel de bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la ciudad de Mar del Plata, la cual, hasta el momento presentaba material escaso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.). *La calidad de vida*. (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Andrews, F, Withey, S. (1976). *Social Indicators of Well-Being: Americas' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum.
- APA (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM – IV)*. Barcelona: Masson
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Augsburger, A. (2002): De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales* 81, 61-75.
- Avia, M,D. y Sánchez, M,L. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Berkman, Lisa F. (1995). El papel de las relaciones sociales en Promoción de la Salud. *Medicina Psicosomática*. 57(3), 245-254.
- Boeree, C. (2006). *Personality Theories*. Psychology Department. Shippensburg University.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bravo, C., y Fuentealba, R. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL -90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26, 39-58.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rogers. W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Casas, F., Rosich, M. y Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los adolescentes. *Anuario de Psicología*, 31, 73-86.
- Casullo, M. y Castro, S. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicopatología y psicología clínica*, 3, 129-140.
- Casullo, M. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. SCL-90-R y los estudios epidemiológicos*. Documento de trabajo. UBA.CONICET.
- Cibanal, N. (2013). *Perfiles psicológicos en estudiantes. Relaciones entre personalidad, la presencia de psicopatologías y bienestar psicológico*. Documento de trabajo. Unmdp.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Contini de Gonzalez, E. (2001) Hacia un cambio de Paradigma: de la psicopatología al bienestar psicológico. *Acta psiquiátrica America latina.*, 47 (4); 306-315.
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Derogatis, L. R . (1999). *SCL-90-R, Cuestionario de Síntomas*. Madrid. TEA Ediciones.
- Díaz, D., et, al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.

- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Correlatos transculturales de satisfacción con la vida y la autoestima. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 68, 653-663.
- Diener, E. Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25–41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach–avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804–818.
- Febles Elejalde, et al (2000). El enfoque humanista del desarrollo: posible desde L.S. Vigotsky. *Revista cubana de Psicología*, 4-6.
- First, M; Frances, A. & Pincus, H. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona: Masson.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Gancedo, M. (2008a). Historia de la psicología positiva. Antecedentes aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (comp.). *Prácticas en Psicología Positiva*. Pp. 11-38. Buenos Aires: Lugar.
- Gancedo, M. (2008b). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 15-26.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540– 545.
- Keyes, et al., (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Linley, A. C., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16
- Lopez, S. J. & Snyder, C. R (2003). The future of Positive Psychological assessment: making a difference. En S. J. Lopez & C. R Snyder. *Positive psychological assessment. A handbook of Models and Measures*. Washington: American Psychological Association.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239–249.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.
- Martinez Gonzalez, A., Chacón Fuentes, F., & Martinez Garcia, M. (1993). *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Norstrand.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American psychologist* 35(9), 807-817.

- Montero, I., y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847 – 862.
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1995). Motivational and affective correlates of dependency and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 18, 347–35
- Muñoz Martín, F. (1986). *Estructura de la personalidad*. Biblioteca Básica de Psicología General. España: Ediciones iberoamericanas Quórum, S.A.
- Muñoz, C.L., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M.L., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28 (3), 42-50.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Salud Mental: un estado de Bienestar*. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_men tal.pdf. El día 16 de Abril de 2014.
- Paz, J. R. (1979). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Buenos Aires: Galerna
- Rangel, J. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14, 265-273.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6), 69-81.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28.
- Ryff, C., & Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. (pp 63-73). Londres Oxford University Press.
- Rodríguez S. C. M. (1996). *Salud enfermedad*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología.
- Rogers, C. R. (1986). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Sandín, B., Valiente, M.R., Chorot, P., Santed, M.A & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada de SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Soria, M., Breso, E., Llorens, G, y Grau, G., (2005). *Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del rendimiento académico*. Universidad Jaime I de Castellón. Murcia (España). Pp .170-180.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with and emphasis on self-report. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorder*. Hillsdale NJ: Erlbaum. 681-706.

- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social indicators Research*, 20, 333-354.
- Veenhoven, R. (1991). Is Happiness Relative?, *Social Indicators Research*, 24,1-34.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *El estudio científico del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54., 1063-1070.