



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 2

Junio de 2020

VARIABLES QUE REPERCUTEN EN LA SALUD MENTAL, AUTOCUIDADO Y AUTORREALIZACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y GERONTOLOGÍA

Sandra Rodríguez-Hernández¹

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Se consideran al autocuidado y a la autorrealización como elementos fundamentales para la salud mental en estudiantes de las licenciaturas de Enfermería y Gerontología, derivado de las demandas profesionales que estas áreas presentan frente a la atención y cuidado de personas con diversos sufrimientos o en aras del envejecimiento activo y saludable. El diseño fue transversal descriptivo, muestreo intencional conformado por 250 estudiantes de las Licenciaturas en Enfermería y Gerontología de una institución pública en México. Los instrumentos fueron Ficha sociodemográfica diseñada exprofeso para el estudio, Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL), Inventario de Burnout de Maslach (MBI), Test de propósito vital (PIL), Escala de Bloqueos Gestálticos e Inventario de Orientación Personal (POI). Se concluye que los sujetos que no estudian la carrera que eligieron como primera opción, presentan menores valores de autorrealización, menor sentido de vida, mayor sintomatología psicopatológica y por ende, menor salud mental.

Palabras Clave: Salud mental, Autocuidado, Autorrealización, Enfermería, Gerontología.

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Zwischen. Centro de Desarrollo del Potencial Humano. Correo electrónico: sandrarohe@hotmail.com

VARIABLES THAT OUTCOME IN MENTAL HEALTH, SELF-CARE AND SELF-REALIZATION IN NURSING AND GERONTOLOGY STUDENTS

ABSTRACT

Self-care and self-realization are considered fundamental in mental health in Nursing and Gerontology students as professional call requires one on one attention and care of people suffering or looking for an active and healthy aging. The design was descriptive and transversal, intentional sampling of 250 in Nursing and Gerontology students belonging one Mexican public institution. The tools were sociodemographic sheet purpose built, SCL 90 Test, Maslach Burnout Inventory Test, PIL Test, and POI Test. To sum up, subjects attending this university course not being their first choice, have less self-realization, lack of sense of purpose in life, mayor degree in psychopathological symptoms, thereby lack of mental health.

Key words: Mental Health, Self-care, Self-realization, Nursing, Gerontology

En el personal de enfermería y gerontología existe una demanda en la atención y cuidado holístico al paciente y a la familia de éste; al pretenderse una intervención de calidad instrumental y con características humanas, significa que estos profesionales están obligados a mantener cierto nivel de autocuidado y autorrealización. De ahí la importancia de describir para estudiantes de enfermería y gerontología, las conductas de autocuidado que realizan y aquellas que les hace falta incorporar a su vida cotidiana, de tal modo que puedan convertirlas en parte de su estilo de vida, todo esto en beneficio de la salud mental personal y autorrealización, con el objetivo de impactar a largo plazo en la práctica profesional de los mismos, así como mejores competencias que redunden en lo personal, familiar y comunitario.

Con ésta óptica, se describe a la salud mental como el estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos utilizar capacidades en armonía con los valores generales y de la sociedad, incluye habilidades cognitivas y sociales básicas, capacidad para reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como comprender a otros, flexibilidad y capacidad para hacer frente a los sucesos vitales adversos y funcionar en los roles sociales, relación armoniosa entre cuerpo y mente, mismos que contribuyen, en grados variables, al estado de equilibrio interno (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold y Sartorius, 2015). Se define el autocuidado

como una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado; estas líneas de crecimiento propician un desarrollo integral, se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (Ojeda, 2015). Y se conceptualiza a la autorrealización en los términos de Maslow (1968) como aquella “realización creciente de las potencialidades, capacidades y talentos; como cumplimiento de la misión –o llamada, destino, vocación-; como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de la misma persona” (p.50). También aclara que tiende a contemplarse como un estado de cosas final y definitivo, en vez de un proceso activo extendido a largo de toda la vida, un proceso continuo, en cualquier momento, en cualquier grado, “Ser” en vez de “Llegar a Ser” (Maslow 1968, 1971). En este sentido, más adelante redefine el concepto como:

“...un episodio o un momento en el que las fuerzas de la persona se aúnan de modo particularmente eficiente y de intenso gozo, en el que se hace más integrada y menos dividida, más abierta a la experiencia, más idiosincrática, más perfectamente expresiva, más humorística, más trascendente al ego, más independiente de sus necesidades inferiores, etc. En estos episodios es más él mismo, al realizar con más perfección sus potencialidades; está más cerca del núcleo de su Ser; es más plenamente humano” (1968; p. 132).

Específicamente, la investigación en salud mental dentro del contexto de las profesiones de salud se ha centrado mayoritariamente en los factores que limitan el adecuado desempeño de la profesión: exceso de trabajo (Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, Oliveira y Pedrao, 2010), apoyo social percibido (Pabón, Galvis y Cerquera, 2014), síndrome de burnout (Hernández y Ehrenzweig, 2008; Torres, 2010; Cotelo, 2015), estrés (Pineda, 2012), riesgo suicida, ansiedad, depresión, autoestima (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaulária, Pérez-Bartolomé, Alsina-

Rodríguez, Quinta-Barbero y Granell-Navas, 2010; García-Rivera, Maldonado-Radillo y Ramírez, 2014) y calidad de vida (Zavala y Kiljn, 2014).

Dentro de las líneas de investigación relacionadas a la psicopatología en personal de salud, se encontraron: la inteligencia emocional como rasgo que influye en la sobrecarga y su vinculación con menor satisfacción laboral y síndrome de burnout (Cotelo, 2015); estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud público de México (García-Rivera, Maldonado-Radillo y Ramírez Barón, 2014); el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral que afecta fundamentalmente a los profesionales de la salud (Gutiérrez y Pedraza, 2010; Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014); alteraciones clínicas ligadas a síntomas psicopatológicos, entre los que se mencionan el estrés traumático secundario o desgaste por empatía y mobbing o acoso moral, que afectan no solo la calidad de vida de los profesionales, sino que repercuten en la salud corporal, al comienzo con disfunciones leves (Micin y Bagladi, 2011); nivel de estrés, estrategias de afrontamiento, nivel de burnout, salud general, así como el apoyo social y satisfacción vital del personal de salud (Torres, 2010), además de lo importante que es contar con instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes, así como mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional (Maza, Zavala y Merino, 2009).

También se han investigado diferentes trastornos de salud en estudiantes de enfermería: depresión, ansiedad y síntomas psicósomáticos en estudiantes universitarios (González, Landero y García-Campayo, 2009), alimentación (Iglesias y Escudero, 2010), higiene del sueño, dolor (cefaleas, dolor de cuello, hombros, dolor de espalda y dolor lumbar), conductas repetitivas orientadas al cuerpo (Camargo, Orozco, Hernández y Niño, 2009; Ayala, Pérez y Obando, 2010), efectos nocivos sobre la capacidad física y mental, incluyendo la ocurrencia de accidentes de trabajo y otros agravios relacionados a trabajar horas extraordinarias, necesidad de utilizar ansiolíticos y/u otras drogas, adelgazamientos y/o aumento de peso corporal, episodios de llanto, sensación de tristeza (Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, Oliveira y Pedrao, 2010), dependencia a la nicotina y/o alcohol (Díaz, Díaz,

Hernández, Narro, Fernández y Solís, 2008; Tam y Dos Santos, 2010; López-Maldonado, Villar y Gherardi-Donato, 2011), estrés y síndrome de burnout (Fernández, 2009; Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012), asociación en las dimensiones de síntomas somáticos, alteraciones de conducta y depresión con despersonalización (Santes, Meléndez, Martínez, Ramos, Preciado y Pando, 2009), entre otros.

Se encuentra que la investigación relacionada al cuidado se centra, sobre todo, en el *cuidado informal* (López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009; Montalvo-Prieto y Flórez-Torres, 2009; Bódalo, 2010; Ferré-Grau, Rodero-Sánchez, Cid-Buera, Vives-Relats y Aparicio-Casals, 2011; Moreira y Turrini, 2011; Domínguez, Ruiz, Gómez, Gallego, Valero y Izquierdo, 2012; Paineopán y Kühne, 2012; Bezares-Sarmiento, Márquez-Rosa, Molinero-González, Jiménez-Cruz y Bacardi-Gascón, 2014; Sanjuán, 2014), en menor medida en el *cuidado formal* (Hernández y Ehrenzweig, 2008; Torres, 2010; Arboleda, Moreta, Almeida, Naranjo, Ila y Ac, 2015; Coteló, 2015) o *comparaciones* entre el cuidado informal y el formal (Pabón, Galvis y Cerquera, 2014), lo que supone que el profesional de enfermería y gerontología, prioriza el apoyo hacia los demás y en menor medida hacia sí mismo. Cabe destacar que el autocuidado representa una necesidad en la educación integral superior (Escobar, Franco y Duque, 2011), además de ser considerado como uno de los factores principales para aumentar los efectos positivos y los recursos físicos, emocionales, intelectuales y sociales en los trabajadores del área de la salud (Rodríguez, 2009).

En relación a los factores protectores para el estado de salud en general y la salud mental en particular de los estudiantes de áreas de la salud, se encontraron la práctica de actividad física (Camargo, Orozco, Hernández y Niño, 2009), desarrollo de competencias sociales (González y Lobato, 2008), un estilo de vida promotor de salud con características del tipo autorrealización, responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, relaciones interpersonales, autoestima y apoyo social (Gamarra, Rivera y Alcalde, 2010), resiliencia (Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012), adecuado control y manejo de las emociones (Sanjuán y Ferrer, 2008), así como afectos positivos relacionados a la autoestima, relaciones positivas con otros,

percepción de apoyo social satisfactorio, dominio del ambiente, autonomía y atribución de un sentido y propósito a la propia vida (Zubieta y Delfino, 2010).

En otro orden de ideas, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), en México -en el año 2000- se contabilizaban 195,897 médicos, quienes representaban una tasa de 1.98 por cada 1000 habitantes; había registro de 88,678 enfermeras, con una tasa de 0.90 por cada 1000 habitantes, y en ese entonces no existían datos relacionados al área de gerontología. Los recursos eran entonces insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos se concentraban en los hospitales psiquiátricos. Lo que deja entrever los riesgos psicosociales, de salud física y la posibilidad de ocurrencia o empeoramiento de un desorden mental, el cual puede contribuir directamente al distrés mental (desmoralización, humor depresivo, ansiedad, burnout, etc.), mismo que pudiera no llegar a niveles diagnosticables como desorden mental y aun así ser una considerable fuente de sufrimiento para el servidor de la salud (OMS, 2010).

El Plan para la década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015, dictado por la OPS (2008) solicitaba “Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población”. En dicho Plan, se indicaba también el desarrollo de procesos de educación permanente para el mejoramiento de la calidad de la atención, mayor rendimiento y calidad en la atención en salud, mejora continua en los servicios de salud así como fortalecimiento del liderazgo del personal de salud. Ya el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México (IESM-OPS-OMS, 2011), dejaba en claro que existen pocas escuelas de nivel medio y medio superior que cuenten con psicólogos o realicen actividades de promoción y prevención en salud mental. Elementos que indiscutiblemente tendrían que considerarse en la educación universitaria, tanto por la inversión que representa para el país (OCDE, 2014), como a las universidades, a los estudiantes, a las familias y a la sociedad en general.

A partir de este contexto es que surgió el objetivo de distinguir la diferencia estadísticamente significativa en variables que repercuten en la salud mental, autocuidado y autorrealización en estudiantes de las Licenciaturas en Enfermería y

Gerontología de una institución pública en México, así como definir las correlaciones estadísticamente significativas entre autocuidado y autorrealización en dicha muestra.

MÉTODO

Participantes: El diseño fue transversal descriptivo, con un muestreo intencional conformado por 250 estudiantes de las Licenciaturas en Enfermería (n=122, 48.8%) y Gerontología (n=128, 51.2%) de una institución pública en México, con una edad promedio de 20.63 años (DT 2.14) y un rango de 18 a 33 años. Con respecto al sexo el 85.6% (n=214) fueron mujeres y el 14.4% (n=36) fueron hombres; en el momento de la aplicación, el 28.0% (n=70) cursaba el segundo semestre, 25.6% (n=64) el cuarto, 28.8% (n=72) el sexto y el 17.6% (n=44) el octavo semestre. 171 de los participantes (68.4%) describieron estar estudiando la carrera que eligieron, los restantes (31.6%; n=79) no estaban en la carrera que eligieron como primera opción. En relación con el estado conyugal, el 92.4% (n=132) eran solteros, 5.2% (n=13) casados y el 2.4% (n=6) vivían en unión libre. El 92% (n=230) refirieron no tener hijos(as), 7.2% (n=18) contestaron tener un solo hijo(a) y el 0.8% (n=2) tener dos hijos(as). El 72.4% (n=181) vivían con su familia, 8% (n=20) con familiares, 10.8% (n=27) con compañeros y/o amigos y el 8.8% (n=22) refirieron vivir solos(as). Respecto a la adherencia religiosa, el 87.2% (n=218) se describieron como católicos, 4.8% (n=12) refirieron ser Cristianos, el mismo porcentaje escribió no profesar ninguna religión, 0.8% (n=2) protestantes, 0.4% (n=1) Testigos de Jehová, y un 2% (n=5) optaron por otras distintas.

Por otro lado, el 6.4% (n=16) presentaron una insuficiencia ponderal (<18.5) en relación al índice de masa corporal (IMC), el 65.2% (n=163) estaban en un intervalo normal, 23.6% (n=59) presentaban preobesidad, el 4.4% (n=11) tuvieron una obesidad Clase I y sólo un 0.4% (n=1) obesidad Clase II. El 23.2% (n=58) describieron que trabajaban entre diez y más de 30 horas por semana; el 8.4% (n=21) se encontraban bajo tratamiento médico. Un 80.4% (n=201) de los participantes respondieron que nunca habían fumado, 5.6% (n=14) refirieron fumar en reuniones, 8% (n=20) dijeron que fumaban una vez por semana, 4.4% (n=11) fumaban de dos a tres veces por semana y el 1.6% (n=4) escribieron que fumaban

cuatro o más veces por semana. De la misma forma, el 57.6% (n=144) describieron que nunca habían tomado bebidas alcohólicas, 25.6% (n=64) escribieron que bebían en reuniones, 16% (n=40) una vez por semana y el 0.8% (n=2) dos o tres veces por semana. El 92% (n=230) escribieron que no habían probado ninguna droga, mientras un 7.6% (n=19) reportaron haber consumido algún tipo de droga desde que iniciaron los estudios de licenciatura, un caso (0.4%) no lo reportó.

Cabe mencionar que el 25.2% (n=63) no desarrollaba actividad física, 40% (n=100) reportó realizar actividad física una vez por semana, 24.4% (n=61) dos a tres veces por semana, 7.2% (n=18) realizaban actividad cuatro o más veces por semana y el 3.2% (n=8) de vez en cuando; además, el 19.2% (n=48) habían pertenecido a algún grupo estudiantil. Finalmente, el 48% (n=120) refirieron tener vida sexual activa, mientras el 20% (n=50) describieron haber recibido insultos sexuales, 26% (n=65) acoso sexual y el 12% (n=30) reportaron haber sido víctimas del enojo excesivo de su pareja.

Instrumentos: Los instrumentos con los que se trabajó fueron *Ficha sociodemográfica* diseñada exprofeso para el estudio, en la que se preguntó edad, sexo, licenciatura, lugar de origen, estado conyugal, no. de hijos, vive con, periodo (semestre), elección de carrera, adherencia religiosa, talla y peso, trabaja, tratamiento médico, fumar tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, vida sexual, recibir insulto sexual, acoso sexual, reacción excesiva de la pareja, actividad física y pertenencia a grupo estudiantil de los participantes.

El *Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis* (SCL) creado en 1977, que mide -en 90 ítems- nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar (Índice de severidad global, Índice positivo de malestar y Total de síntomas positivos), con un α mayor al 0.80 en todas las dimensiones (Sánchez y Ledesma, 2009).

Inventario de Burnout de Maslach (MBI) que tiene un α que va de 0.75 y hasta 0.90, evalúa en 22 ítems cansancio emocional, despersonalización y realización personal

en el trabajo, los tres factores que definen al Síndrome de Burnout (Hernández, Llorens y Rodríguez, 2011).

Test de propósito vital (PIL), desarrollado por Crumbaugh y Maholick (1964; citado en Martínez, Trujillo y Trujillo, 2012), que valora el grado en que se tiene un significado o propósito de vida, con un α de 0.83 hasta 0.86.

La *Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía* de Munguía (2016), que mide en 48 ítems los niveles de desensibilización, introyección, proyección, deflexión, retroflexión y confluencia, con un α total de 0.95.

Y el *Inventario de Orientación Personal* (POI) creado por Shostrom (1964; citado en Castanedo y Munguía, 2012), que calcula en 150 ítems el desempeño en 12 escalas de autorrealización (Competencia en el tiempo, Autosoporte, Valores de autorrealización, Existencialidad, Reactividad emotiva, Espontaneidad, Autoconcepto, Autoaceptación, Naturaleza del hombre, Sinergia, Aceptación de la agresión y Capacidad para establecer contacto íntimo), con un α de 0.91 hasta 0.93.

Procedimiento: Los sujetos respondieron de manera anónima y voluntaria a dichas escalas; la aplicación se llevó a cabo de forma colectiva, en lápiz y papel, en una sola sesión con un tiempo aproximado de 65 minutos y dentro del espacio universitario; los participantes no recibieron recompensa de ningún tipo. Al término, los datos fueron procesados en el SPSS-21.

RESULTADOS

Los resultados descriptivos se presentan por separado para cada una de las pruebas aplicadas; respecto al Test de Propósito vital (PIL), los participantes obtuvieron $M=85.85$; $DT=8.65$ para el nivel de logro en el sentido de vida (Tabla 1).

	Estadísticos			
	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Nivel de logro en el sentido de vida	62	109	85,85	8,65

TABLA 1. TEST DE PROPÓSITO VITAL

En relación con el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), se detecta para la subescala de Cansancio emocional $M=23.96$; $DT= 8.50$; para la dimensión

Despersonalización $M=8.80$; $DT=3.98$; y para la de Realización en el trabajo $M=34.55$; $DT=7.22$ (Tabla 2).

	Estadísticos			
	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	10	53	23,96	8,50
Despersonalización	5	27	8,80	3,98
Realización personal en el trabajo	10	48	34,55	7,22

TABLA 2. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

En tanto la Escala de Bloqueos Gestálticos, se observan los siguientes datos: Desensibilización ($M=7.49$; $DT=6.64$), Proyección ($M=4.88$; $DT=3.93$), Introyección ($M=9.70$; $DT=5.85$), Retroflexión ($M=9.12$; $DT=6.01$), Deflexión ($M=9.11$; $DT=5.13$) y Confluencia ($M=6.51$; $DT=4.78$) (Tabla 3).

	Estadísticos			
	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Desensibilización	0	32	7,49	6,64
Proyección	0	19	4,88	3,93
Introyección	0	28	9,70	5,85
Retroflexión	0	32	9,12	6,01
Deflexión	1	27	9,11	5,13
Confluencia	0	28	6,51	4,78

TABLA 3. ESCALA DE BLOQUEOS GESTÁLTICOS

Respecto al POI, se notan los puntajes obtenidos en las dimensiones de Competencia en el tiempo ($M=12.69$; $DT=2.48$), Autoapoyo ($M=76.82$; $DT=11.15$), Valores de autorrealización ($M=19.00$; $DT=2.94$), Existencialidad ($M=17.26$; $DT=3.60$), Reactividad emotiva ($M=14.24$; $DT=2.39$), Espontaneidad ($M=12.14$; $DT=2.41$), Autoconcepto ($M=12.16$; $DT=2.74$), Autoaceptación ($M=11.52$; $DT=2.64$), Naturaleza del hombre ($M=11.04$; $DT=2.02$), Sinergia ($M=5.75$; $DT=1.38$), Aceptación de la agresión ($M=13.76$; $DT=2.84$) y Capacidad para establecer contacto íntimo ($M=16.77$; $DT=3.71$) (Tabla 4).

En lo que se refiere al SCL, en la Tabla 5, se pueden observar los puntajes mínimos, máximos, medias y desviaciones estándar para cada dimensión, según el sexo.

	Estadísticos			
	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Competencia en el tiempo	5	21	12,69	2,48
Autosoprote	5	103	76,82	11,15
Valores de autorrealización	9	25	19,00	2,94
Existencialidad	7	28	17,26	3,60
Reactividad emotiva	8	20	14,24	2,39
Espontaneidad	2	17	12,14	2,41
Autoconcepto	2	16	12,16	2,74
Autoaceptación	6	21	11,52	2,64
Naturaleza del hombre	5	16	11,04	2,02
Sinergia	2	13	5,75	1,38
Aceptación de la agresión	5	20	13,76	2,84
Capacidad para establecer contacto íntimo	5	24	16,77	3,71

TABLA 4. INVENTARIO DE ORIENTACIÓN PERSONAL (POI)

	Estadísticos							
	MASCULINO n=36				FEMENINO n=214			
	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Índice de severidad global	,14	2,48	,69	,52	,14	3,31	,81	,53
Índice positivo de malestar	1,00	4,00	1,56	,62	,94	3,73	1,60	,49
Total de síntomas positivos	8,00	89,00	37,28	17,87	8,00	87,00	42,88	16,86
Somatización	,17	2,92	,74	,59	,00	3,25	,97	,63
Obsesiones y compulsiones	,20	2,50	,98	,60	,10	3,50	1,19	,68
Sensitividad interpersonal	,00	2,78	,74	,74	,00	3,56	,84	,70
Depresión	,15	2,85	,72	,63	,00	3,85	,94	,71
Ansiedad	,00	2,20	,54	,48	,00	3,50	,75	,60
Hostilidad	,00	3,33	,63	,73	,00	4,00	,74	,69
Ansiedad fóbica	,00	2,57	,44	,59	,00	2,71	,45	,56
Ideación paranoide	,00	3,00	,79	,78	,00	3,50	,67	,64
Psicoticismo	,00	2,60	,46	,59	,00	3,00	,41	,51

TABLA 5. INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL

En correspondencia al análisis de las correlaciones llevadas a cabo, se encontró una correlación positiva en la medida del nivel de logro en el sentido de vida del PIL, con respecto a la Realización personal en el trabajo del MBI($r=.191$; $p=.002$) y a las dimensiones de Valores de autorrealización ($r=.150$; $p=.018$) y Autoconcepto ($r=.174$; $p=.006$) del POI; así mismo, correlaciona negativamente con las subescalas de Confluencia ($r=-.218$; $p=.001$), Desensibilización ($r=-.235$; $p=.000$), Deflexión ($r=-.206$; $p=.001$) y Retroflexión ($r=-.141$; $p=.025$) de la Escala Bloqueos Gestálticos; con el Índice de severidad global ($r=-.187$; $p=.003$), Índice positivo de malestar ($r=-.141$; $p=.026$), Total de síntomas positivos ($r=-.217$; $p=.001$), Obsesiones y

compulsiones ($r=-.200$; $p=.001$), Sensitividad interpersonal ($r=-.154$; $p=.015$), Depresión ($r=-.206$; $p=.001$), Ansiedad ($r=-.142$; $p=.025$), Hostilidad ($r=-.144$; $p=.023$), Ansiedad fóbica ($r=-.128$; $p=.043$), Ideación paranoide ($r=-.127$; $p=.046$) y Psicoticismo ($r=-.174$; $p=.006$) del SCL.

La subescala de Cansancio emocional del MBI, correlaciona de forma positiva con Confluencia ($r=.285$; $p=.000$), Desensibilización ($r=.228$; $p=.000$), Deflexión ($r=.318$; $p=.000$), Introyección ($r=.346$; $p=.000$), Proyección ($r=.315$; $p=.000$) y Retroflexión ($r=.349$; $p=.000$) de la Escala Bloqueos Gestálticos y con todas las dimensiones del SCL; por otro lado, correlaciona negativamente con Competencia en el tiempo ($r=-.151$; $p=.017$), Autosoporte ($r=-.140$; $p=.026$), Autoconcepto ($r=-.194$; $p=.002$), Naturaleza del hombre ($r=-.148$; $p=.019$) y Capacidad para establecer contacto íntimo ($r=-.147$; $p=.020$) del POI.

Mientras la subescala de Despersonalización del MBI, correlaciona de forma positiva con Confluencia ($r=.313$; $p=.000$), Desensibilización ($r=.254$; $p=.000$), Deflexión ($r=.273$; $p=.000$), Introyección ($r=.352$; $p=.000$), Proyección ($r=.377$; $p=.000$) y Retroflexión ($r=.297$; $p=.000$) de la Escala Bloqueos Gestálticos y con todas las subescalas del SCL; además tiene una correlación negativa con Autosoporte ($r=-.185$; $p=.003$), Valores de autorrealización ($r=-.162$; $p=.010$), Autoconcepto ($r=-.256$; $p=.000$), Naturaleza del hombre ($r=-.204$; $p=.001$) y Capacidad para establecer contacto íntimo ($r=-.206$; $p=.001$), del POI.

Por último, la subescala de Realización en el trabajo del MBI correlaciona positivamente con las dimensiones de Autosoporte ($r=.163$; $p=.010$), Valores de autorrealización ($r=.280$; $p=.000$), Reactividad emotiva ($r=.154$; $p=.015$), Espontaneidad ($r=.155$; $p=.014$) y Autoconcepto ($r=.230$; $p=.000$) del POI; además correlaciona de forma negativa con Obsesiones y compulsiones ($r=-.134$; $p=.034$), Sensitividad interpersonal ($r=-.140$; $p=.027$), Depresión ($r=-.136$; $p=.032$) y Hostilidad ($r=-.155$; $p=.014$) del SCL.

Respecto a la Escala de Bloqueos Gestálticos, ésta correlaciona de manera negativa con las dimensiones del POI y de forma positiva con el SCL. Finalmente, la correlación entre el SCL y el POI, es negativa en la mayoría de las subescalas (Tabla 6).

		ISG	PSDI	STP	Som	ObCom	Sen Int	Dep	Ans	Host	AnsFob	IdPar	Psic
TC	Correlación de Pearson	-.294**	-.292**	-.235**	-.223**	-.226**	-.283**	-.314**	-.252**	-.250**	-.157*	-.226**	-.254**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
I	Correlación de Pearson	-.406**	-.388**	-.319**	-.219**	-.374**	-.454**	-.401**	-.359**	-.198**	-.346**	-.320**	-.386**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
SAV	Correlación de Pearson	-.345**	-.317**	-.250**	-.194**	-.289**	-.361**	-.319**	-.310**	-.213**	-.306**	-.298**	-.346**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
EX	Correlación de Pearson	-.196**	-.217**	-.161*	-.138*	-.178**	-.233**	-.185**	-.192**		-.135*	-.129*	-.174**
	Sig. (bilateral)	,002	,001	,011	,029	,005	,000	,003	,002		,032	,042	,006
	N	250	250	250	250	250	250	250	250		250	250	250
Fr	Correlación de Pearson						-.178**						
	Sig. (bilateral)						,005						
	N						250						
S	Correlación de Pearson	-.317**	-.300**	-.242**	-.155*	-.261**	-.375**	-.345**	-.238**	-.160*	-.234**	-.256**	-.328**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,014	,000	,000	,000	,000	,011	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
Sr	Correlación de Pearson	-.590**	-.486**	-.516**	-.308**	-.511**	-.618**	-.572**	-.479**	-.396**	-.484**	-.522**	-.580**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
SA	Correlación de Pearson		-.132*			-.137*	-.147*	-.156*					
	Sig. (bilateral)		,036			,030	,020	,013					
	N		250			250	250	250					
NC	Correlación de Pearson	-.283**	-.278**	-.214**	-.168**	-.277**	-.213**	-.250**	-.235**	-.202**	-.274**	-.233**	-.315**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,001	,008	,000	,001	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
SY	Correlación de Pearson	-.205**	-.215**	-.127*		-.189**	-.211**	-.152*	-.178**		-.195**	-.162*	-.238**
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,046		,003	,001	,016	,005		,002	,010	,000
	N	250	250	250		250	250	250	250		250	250	250
A	Correlación de Pearson						-.173**						
	Sig. (bilateral)						,006						
	N						250						
C	Correlación de Pearson	-.350**	-.314**	-.312**	-.253**	-.309**	-.383**	-.338**	-.302**	-.215**	-.267**	-.240**	-.322**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250

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

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

ISG.- Índice de severidad global; PSDI.- Índice positivo de malestar; STP.- Total de síntomas positivos; Som.- Somatización; ObCom.- Obsesiones y compulsiones; SenInt.- Sensitividad interpersonal; Dep.- Depresión; Ans.- Ansiedad; Host.- Hostilidad; AnsFob.- Ansiedad fóbica; IdPar.- Ideación Paranoide; Psic.- Psicoticismo TC.- Competencia en el tiempo; I.- Autoapoyo; SAV.- Valores de autorrealización; EX.- Existencialidad; Fr.- Reactividad emotiva; S.- Espontaneidad; Sr.- Autoconcepto; SA.- Autoaceptación; NC.- Naturaleza del hombre; SY.- Sinergia; A.- Aceptación de la agresión; C.- Capacidad para establecer contacto íntimo

TABLA 6. CORRELACIÓN DE POI Y SCL

DISCUSIÓN

Al considerar que la Salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos utilizar sus capacidades en armonía con valores generales y de la sociedad, que incluye tanto las habilidades cognitivas y sociales básicas, como la capacidad para reconocer, expresar y modular las propias emociones, así

como comprender a otros, la flexibilidad y la capacidad para hacer frente a los sucesos vitales adversos y funcionar en los roles sociales y la relación armoniosa entre el cuerpo y la mente (Galderisi, *et al.*, 2015), y considerando que los temas que más se han estudiado en el contexto de las profesiones de salud se centran mayoritariamente en los factores que limitan el adecuado desempeño de la profesión (Pabón, Galvis y Cerquera, 2014), síntomas de psicopatología (Tomás-Sábado, *et al.*, 2010; García-Rivera, Maldonado-Radillo y Ramírez, 2014) y calidad de vida (Zavala y Kiljn, 2014), entre otras, es que se evidencia la necesidad de revisar las distintas variables que repercuten en la salud mental, autocuidado y autorrealización en estudiantes de profesiones clave para la salud de la población en general.

En el presente estudio se trabajó con las variables sociodemográficas: edad, sexo, licenciatura, lugar de origen, estado conyugal, no. de hijos, vive con, periodo (semestre), elección de carrera y adherencia religiosa, por considerar que impactan en mayor o menor grado en la salud mental, autocuidado y autorrealización de los estudiantes.

Primero, se observa que las mujeres presentan una mayor tendencia a la somatización y a la ansiedad, en consonancia con lo encontrado por González, *et al.* (2009). Luego, los participantes que no estudian la carrera que eligieron como primera opción, despliegan mayor sintomatología patológica que aquellos que si la eligieron, específicamente, las mujeres que están en la carrera que no deseaban, tienen mayor tendencia a síntomas depresivos, mientras los hombres que han elegido la licenciatura ostentan mayor propensión a la hostilidad. Al respecto Londoño (2009) encuentra que una tendencia pesimista en los adolescentes que ingresan a la universidad, asociada al estrés propio del proceso de adaptación a un nuevo contexto y a la necesidad de desarrollar competencias sociales necesarias para responder efectivamente a las demandas que les hace la nueva vida universitaria; para Navea (2012) las metas académicas concuerdan con aspectos vocacionales que se han relacionado con la elección de carreras de ciencias de la salud, especialmente de enfermería, por lo que los estudiantes deben conocer sus razones, creencias y las emociones relacionadas con el estudio, de tal manera que

puedan mantener su compromiso en la tarea y evitar la impulsividad en las actuaciones y en las tomas de decisiones. Por último, Urrutia, Ortiz, Fouilloux, Ponce y Guevara (2014) sugieren otorgar a los alumnos la oportunidad para lograr el éxito a través del mejor desarrollo de las habilidades y potencial con que cuentan mediante estímulos positivos o motivacionales, transmitiéndoles altas expectativas con respecto a su desempeño académico y profesional. Aspectos relevantes si se toma en cuenta que casi un tercio de los sujetos de estudio no están en la carrera que eligieron como primera opción, al mismo tiempo que se evidenció que los estudiantes de enfermería son propensos a presentar ansiedad fóbica, despersonalización e introyección, por lo que se considera urgente revisar no sólo los aspectos vocacionales de los que estudian la carrera de elección, sino las opciones para aquellos que no se encuentran donde esperaban.

Se nota que los estudiantes varones de los cuartos semestres de ambas licenciaturas, presentan mayor grado de patología, aspecto que no es notorio en el caso del sexo femenino, probablemente se relacione con las exigencias sociales atribuidas al hecho de ser mujer en una profesión feminizada, en el sentido que lo mencionan Zavala y Klijn (2014).

Por otro lado, el autocuidado como componente protector inexcusable para el personal de salud, representa una necesidad en la educación integral superior (Escobar, Franco y Duque; 2011), además de ser considerado como uno de los factores principales para aumentar los efectos positivos y los recursos físicos, emocionales, intelectuales y sociales en los trabajadores de éstas áreas (Rodríguez, 2009); dentro de los aspectos de autocuidado que se consideraron relevantes están índice de masa corporal (IMC), encontrarse bajo tratamiento médico, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, tener vida sexual activa, haber recibido insultos de tipo sexual, ser víctimas de acoso sexual o haber vivido reacciones violentas por parte de la pareja, realizar actividad física y pertenecer a algún grupo estudiantil.

En lo que corresponde al índice de masa corporal (IMC), el grupo de Preobesidad y obesidad tiene mayor presencia de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales y con dolores físicos, en coincidencia con lo encontrado por

Ayala, Pérez y Obando (2010), respecto a trastornos menores de salud en estudiantes universitarios; y con Iglesias y Escudero (2010), en correspondencia al cambio de hábitos alimentarios de los jóvenes, caracterizados por una alta ingesta de grasas saturadas y proteínas a expensas de un bajo consumo de cereales, frutas, verduras y hortalizas, y por consiguiente una baja ingesta de fibra, lo que incide en adelgazamientos y/o aumento de peso corporal en estudiantes.

Aquellos participantes que se encuentran bajo tratamiento médico, presentan mayor nivel de sintomatología somática, mayor percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales y con dolores físicos, similar a lo encontrado por Santes, *et al.* (2009) quien localiza asociaciones entre síntomas somáticos, alteraciones de conducta y depresión con despersonalización en estudiantes de enfermería; lo que pudiera explicarse por el manejo de información relacionada con el área de la salud física y los posibles tratamientos.

En tanto el consumo de bebidas alcohólicas, en coincidencia con Díaz, *et al.* (2008) y Tam y Dos Santos (2010), la utilización de alcohol en estudiantes universitarios puede ser riesgoso y dañino; aunque un elevado porcentaje de los sujetos que participaron en ésta investigación reporta no fumar, para López-Maldonado, *et al.* (2011), prácticamente todos los estudiantes de su muestra que hacían uso del cigarro también consumían alcohol, lo que incrementa la necesidad de monitoreo e intervención.

Coincidente con lo encontrado por Rufo y Navarro (2010) respecto a la relación entre vacío existencial, drogadicción y abuso de alcohol en población universitaria, y con Moreno (2013) quien concluye que a mayor grado de sentido de vida, menor nivel de ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte, en estudiantes universitarios; los sujetos de ésta investigación que han consumido algún tipo de droga mientras están cursando los estudios de licenciatura, presentan intentos conscientes de dar una imagen positiva o bien tendencia a exagerar sus patologías, síntomas obsesivos compulsivos, manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas, signos generales de ansiedad, además de indicios referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del

pensamiento, con uso de la deflexión como bloqueo gestáltico, síntomas que pudieran acercarse no sólo a la falta de sentido de vida, sino al vacío existencial.

A pesar de los estudios respecto a los estilos de vida de los estudiantes de enfermería (Gamarra, *et al.*, 2010) y conductas de autocuidado en población similar (Rebolledo, 2010), en relación a temáticas de índole sexual, Chávez, Petrzelowá y Zapata (2009) encuentran una discrepancia importante entre la edad de inicio para tener relaciones sexuales que reportan estudiantes universitarios y la edad que consideran adecuada, concluyen que los valores continúan siendo los tradicionales, expresándose en actitudes conservadoras; por lo que, dados los resultados hallados respecto a vida sexual activa, haber recibido insultos de tipo sexual, acoso sexual o ser víctima de la violencia excesiva por parte de la pareja, en tanto la cantidad y cualidad de sintomatología patológica relacionada, en concordancia con Camargo, Orozco, Hernández y Niño (2009) y Acosta, Ibáñez, Alfonso, Cifuentes, Gamba, Mojica, Vargas y Patiño (2010), los jóvenes requieren programas de promoción de salud que conlleven a que éstos asuman la propia sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, para contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de estos. Por otro lado, el ser víctima de situaciones como recibir insultos y acoso sexuales o a la reacción excesiva por parte de la pareja, le lleva a la persona a exhibir mayor sintomatología psicopatológica, o bien ¿a mayor sintomatología psicopatológica, mayor propensión a ser víctima de situaciones sexuales?

En razón a la realización de actividad física, Camargo, *et al.* (2009) halla hipoactividad en estudiantes de enfermería y Gamarra, *et al.* (2010) descubre que en gran parte de su muestra, el nivel de ejercicio se encuentran entre un nivel medio y bajo, lo que difiere de lo revelado en el estudio que se presenta, pues más de las dos terceras partes de los estudiantes desarrollan algún tipo de actividad física por lo menos una vez a la semana, lo que da razón de la tendencia a dar una imagen positiva, sentimientos de autoeficacia, realización personal en el trabajo y mejor autoaceptación, como factores protectores para el estado de salud en general y la salud mental en particular (Zubieta y Delfino, 2010).

Finalmente, los estudiantes que pertenecen a algún grupo estudiantil presentan comportamientos paranoides (pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía) con una percepción constructiva del hombre, lo cual pudiera explicarse a partir de la necesidad de generar espacios académicos y profesionales en los que haya crecimiento pero en donde obtengan ganancias personales en un primer término y grupales, después; aspectos que se relacionan con lo encontrado por González y Lobato (2008), Gamarra, *et al.* (2010) y Zubieta y Delfino (2010).

En tanto la variable Autorrealización, Maslow (1968) se observa que conforme la definición de las personas sanas, y según los resultados del POI, las dimensiones de Tiempo de competencia, Reactividad emotiva, Autoaceptación y Sinergia son las que se encuentran por debajo del percentil 40, y sólo las de Espontaneidad y Autoconcepto se hallan justo por encima del percentil 50, esto en el perfil promedio de todos los participantes; de acuerdo a Nava (2011), si la mayoría de las puntuaciones se sitúan debajo de la media, puede ser que la persona esté experimentando dificultades en la eficacia personal y que los cambios en la orientación de valores serían benéficos para proporcionarle un desarrollo personal de actualización; por otro lado, según Bernal-Guerrero (2002) el fin de la educación es la autorrealización del hombre, entendida la autorrealización como el desarrollo integral de todas las energías humanas, es decir, acompañar al sujeto hacia la manifestación de los aspectos ideales de salud en marcos culturales concretos. Es necesario considerar varios aspectos: las edades de estudio, el lugar de origen, el propio perfil profesional, las relaciones jerárquicas que establecen con docentes y otros profesionales y el tipo de disciplina que se espera; en este sentido, es que sería recomendable establecer estrategias que faciliten la autorrealización de los estudiantes, pues en esta medida es que podría coadyuvarse en el incremento del nivel de salud general y salud mental de los sujetos de estudio.

No se encontraron estudios que relacionen poblaciones similares respecto a la Escala de bloqueos gestálticos, sin embargo, es importante decir que para Castanedo (2000) cuando las personas no actúan adecuadamente para hacer un cierre, cuando no pueden olvidar las acciones que han ocurrido en el pasado, o cuando no aceptan las situaciones como son, entonces son incapaces de funcionar

de forma sana y enérgica, es decir, toda interrupción o bloqueo en el ciclo de la experiencia significa dejar una necesidad insatisfecha o un asunto inconcluso, evitar darse cuenta; las interrupciones de una persona en dicho ciclo impiden que ésta finalice ese ciclo e inicie otro. En tanto la Escala de Bloqueos Gestálticos, se observa que la mayoría de los sujetos se ubican dentro de intervalos normales en Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión y Confluencia, esto es, están dando cumplimiento al principio de autorregulación orgánica, permitiéndose responder de la mejor forma que les es posible a las distintas circunstancias a las que se enfrentan, aun con que sus respuestas puedan no ser las más saludables.

Respecto al síndrome de Burnout, en el presente estudio se detecta, en la mayoría de los sujetos, cansancio emocional medio, baja despersonalización y elevada realización en el trabajo, es decir, no se halló evidencia del síndrome como tal, lo que se puede explicar bajo el argumento de tratarse de estudiantes y no personal en activo; ello a pesar de la cantidad de estudios que si lo reportan (Hernández y Ehrenzweig, 2008; Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, Oliveira y Pedrão, 2010; Torres, 2010; Pineda, 2012; Coteló, 2015). Sin embargo, se indicaría que al existir síntomas psicopatológicos persistentes en el tiempo, podrían resultar -a la larga- en sufrimiento, quejas físicas y psíquicas en general (Cruz, *et al.*, 2010) cada vez más comprometidas, esto con base en el perfil promedio del SCL, tanto masculino como femenino, en donde excepto una dimensión, se ubican en los rangos Neurótico y Riesgo; o bien, el perfil profesional de los estudiantes de éstas áreas que puede mostrar un mayor nivel de resiliencia, según lo destacó Ríos, *et al.* (2012).

En último lugar, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado (2008) reportan que el logro de sentido se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad y autodeterminación, cumplimiento de metas vitales, visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo, y autorrealización. También se descubre que un alto porcentaje de los participantes presentan Vacío existencial y Falta de propósito en la vida, lo que coincide con Guedes y Oliveira (2013) y Jaramillo, Carvajal, Marín y Ramírez (2008), quienes encuentran un nivel de sentido de vida bajo en estudiantes universitarios, esto puede explicarse por la poca conciencia que

probablemente tengan frente a su propia vida, es decir, esto los lleva a no hacer un afrontamiento adecuado en cuanto a las obligaciones que les presenta la vida y sus consecuencias, a la ambivalencia y dificultad para tomar decisiones, con la subsecuente evasión de las situaciones más difíciles, lo que indica que su libertad está orientada más a las exigencias del medio que a sus propias convicciones o deseos personales.

En conclusión, los sujetos que no estudian la carrera que eligieron como primera opción, presentan menores valores de autorrealización, menor sentido de vida, mayor sintomatología psicopatológica y por ende, menor salud mental. Los hombres que estudian la licenciatura de gerontología poseen una mayor tendencia a la somatización; igualmente, se halla que los estudiantes de la carrera de enfermería manifiestan mayor número de síntomas psicopatológicos en comparación con los estudiantes de gerontología, quienes muestran mayores valores de autorrealización.

Quienes han consumido bebidas alcohólicas (tanto una vez a la semana o en eventos sociales), presentan una mayor tendencia a la despersonalización, acompañada de autoapoyo, afirmación del self y capacidad para establecer contacto íntimo en las relaciones con otros; mientras los sujetos de ésta investigación que han consumido algún tipo de droga exhiben mayores tendencias a síntomas psicopatológicos congruentes con vacío existencial y falta de propósito en la vida, con uso de la deflexión como bloqueo gestáltico; en contraste, aquellos participantes que no han consumido drogas, muestran mejor autoconcepto y mayor afirmación del self.

En la muestra de estudio, tener vida sexual activa es un factor en el que confluyen tanto sintomatología psicopatológica y cansancio emocional, como orientación hacia uno mismo, afirmación de los valores primarios en las personas, trascendencia de las dicotomías, cooperación y habilidad para aceptar la agresión natural. Las experiencias de tipo sexual (ser víctima de insulto sexual, acoso sexual o reacción de enojo excesivo por parte de la pareja) son componentes con un amplio rango de sintomatología psicopatológica, o bien a mayor sintomatología psicopatológica mayor propensión a ser víctima de situaciones sexuales.

Finalmente, a pesar de los niveles de sintomatología psicopatológica, presencia de vacío existencial o falta de propósito en la vida y el perfil de autorrealización por debajo de la media, no existe síndrome de Burnout y los bloqueos gestálticos se encuentran dentro de rangos normales, lo que deja ver la presencia del principio de autorregulación orgánica, en donde los estudiantes hacen lo mejor que pueden hacer con sus propios recursos. De manera general, a mayores niveles de autorrealización, mayor presencia de sentido y propósito de vida, mayor realización personal en el trabajo y menor sintomatología psicopatológica y bloqueos gestálticos. Es decir, a mayor autorrealización, mayor grado de salud mental. Elementos todos, que permitirían proponer intervenciones que faciliten el autocuidado, la autorrealización y por ende la mejora de la salud mental de los estudiantes de estas licenciaturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, S., Ibáñez, E., Alfonso, A., Cifuentes, L., Gamba, S., Mojica, C., Vargas, V. y Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. ***Nova, publicación científica en ciencias biomédicas***, 8(13), 33-43.
- Arboleda J., D. C., Moreta H., C. R., Almeida M., L., Naranjo H., W. T., Ilaja V., B. N., y Ac, D. U. (2015). *Estudio de los predictores del bienestar psicológico según el modelo de Ryff en el personal de enfermería de una institución de salud* (Tesis Doctoral). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
- Ayala V., R., Pérez U., M., y Obando C., I. (2010). Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de enfermería. ***Enfermería Global***, 9(1), 1-13.
- Bernal-Guerrero, A. (2002). El concepto de "Autorrealización" como identidad personal: una revisión crítica. ***Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación***, (16), 11-24.
- Bezares-Sarmiento, V., Márquez-Rosa, S., Molinero-González, O., Jiménez-Cruz, A., y Bacardi-Gascón, M. (2014). Estilos de vida de las mujeres de Ocuilapa de Juárez, Ocozocoautla, Chiapas. ***CienciaUAT***, 8(2), 54-61.

- Bódalo L., E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. **Portularia**, X(1), 85-97.
DOI:10.5218/prts.2010.0007
- Camargo L., D. M., Orozco V., L. C., Hernández S., J., y Niño C., G. I. (2009). Dolor de espalda crónico y actividad física en estudiantes universitarios de áreas de la salud. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, 16(8), 429-436.
- Castanedo, C. y Munguía A., P. G. (2012). **Diagnóstico, Intervención e Investigación en Psicología Humanística** (2da.ed.). Madrid: CCS.
- Castanedo, C. (2000). Como cerrar asuntos inconclusos. **Figura fondo**, (10), 25-36.
- Chávez, M., Petrzalová, J. y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. **Enseñanza e investigación en Psicología**, 14(1), 137-151.
- Cotelo M., M. (2015). *Estudio piloto: inteligencia emocional en cuidadores formales, burnout y satisfacción laboral* (Tesis de grado). Universidad da Coruña, España.
- Cruz R., M., Chaves M., M., Barcellos D., R., Almeida da S., L., Oliveira S., I. A., y Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, 26(1), 52-64.
- Díaz M., A., Díaz M., L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro R., J., Fernández V., H., y Solís T., C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. **Salud mental**, 31(4), 271-282.
- Domínguez, J. A., Ruiz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., y Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. **SEMERGEN-Medicina de Familia**, 38(1), 16-23.
- Escobar P., M., Franco P., Z., y Duque E., J. (2011). El autocuidado: Un compromiso de la formación integral en educación superior. **Revista hacia la Promoción de la Salud**, 16(2), 132-146.
- Fernández M., M.E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis doctoral). Universidad de León, España.

- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., y Aparicio-Casals, M.R. (2011). **Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria**. Tarragona: Publidisa.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., y Sartorius, N. (2015). Hacia una nueva definición de la salud mental. **WPA**, 13(2), 231-233.
- Gamarra S., M. E., Rivera T., H. S., y Alcalde G., M. E. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. **UCV – Scientia**, 2(2), 73-81.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. **Universitas Psychologica**, 8(2), 447-454.
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., y Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. **Summa Psicológica UST**, 11(1), 65-73.
- González F., N. y Lobato F., C. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. **Bordón. Revista de pedagogía**, 60(2), 91-106.
- González R., M. T., Landero H., R., y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. **Revista panamericana de salud pública**, 25(2), 141-145.
- Guedes F., E., y Oliveira S.R., D. D. (2013). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. **Index de Enfermería**, 22(1-2), 25-29.
- Gutiérrez, N.Y. y Pedraza A., C.B. (2010). Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México. **Revista del Instituto Nacional de Cancerología**, 5(2010), 31-35.
- Hernández V., C. I., Llorens G., S. y Rodríguez S., A. M. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. **Fòrum de Recerca**, (16), 837-846.
- Hernández Z., Z., y Ehrenzweig S., Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, 13(1), 127-142.

- IESM-OPS-OMS (2011). **Informe sobre Sistema de Salud Mental en México**. México. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Iglesias, M. T., y Escudero, E. (2010). Evaluación nutricional en estudiantes de enfermería. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, 30(3), 21-26.
- Jaramillo, A. L., Carvajal, S. M., Marín, N. M., y Ramírez, A. M. (2008). Los estudiantes Universitarios Javerianos y su respuesta al sentido de la vida. **Pensamiento psicológico**, 4(11), 199-208.
- Juárez-García, A., Idrovo, A., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. **Salud mental**, 37(2), 159-176.
- Londoño, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. **Acta Colombiana de Psicología**, 12(1), 95-107.
- López G., M., Orueta S., R., Gómez-Caro, S., Sánchez O., A., Carmona de la M., J., y Alonso M., F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, 2(7), 332-339.
- López-Maldonado, M., Villar, M., y Gherardi-Donato, E. (2011). Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19, 707-713.
- Martínez O., E., Trujillo C., Á.M. y Trujillo, C.A. (2012). Validación del Test de Propósito Vital (pil test - purpose in life test) para Colombia. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, XXI(1), 85-93.
- Maslow, A.H. (1968). **El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser** (14va.ed. 2001). Barcelona: Kairós.
- Maslow, A.H. (1971). **La personalidad creadora** (10ma.ed. 2011). Barcelona: Kairós.
- Maza C., M., Zavala G., M., y Merino E., J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. **Ciencia y enfermería**, 15(1), 39-48.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. **Terapia Psicológica**, 29(1), 53-64.

- Montalvo-Prieto, A., y Flórez-Torres, I. E. (2009). Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo. **Aquichan**, 9(2), 135-146.
- Moreira de S., R., y Turrini, R. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. **Enfermería Global**, 10(22), 1-13.
- Moreno G., M.V. (2013). *Sentido de la vida y afectividad negativa (ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte) en Universitarios*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Munguía A., P.G. (Octubre, 2016). Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía. Presentado en XXIV Congreso Mexicano de Psicología, cd. de México.
- Nava F., M. (2011). Autorrealización y vida en pareja en estudiantes universitarios. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa*, **Enseñanza e Investigación en Psicología**, 16(2), 323-338.
- Navea, A. (2012). Un estudio sobre las metas académicas en estudiantes universitarios de enfermería. **Psicología educativa**, 18(1), 83-89.
- OCDE (2014). **México-Nota país-Panorama de la educación 2014: Indicadores OCDE**. Recuperado de <https://www.oecd.org/edu/Mexico-EAG2014-Country-Note-spanish.pdf>
- Ojeda, T. (2015). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, 52(1), 21-27.
- OMS (2006). **Informe sobre la salud en el mundo**. Recuperado de http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex4_es.pdf?ua=1
- OMS (2010). **Entornos laborales saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo**. Suiza: OMS. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- OPS (2008). **Plan para la década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015**. República Dominicana. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4286/plan_decada_rrhh.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pabón P., D., Galvis A., M., y Cerquera C., A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. **Psicología desde el Caribe**, 31(1), 59-77.

- Painepán, B., y Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. **Summa psicológica UST**, 9(1), 5-14.
- Pineda G., C. (2012). *Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en estudiantes universitarios en ciencias de la salud* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España.
- Rebolledo, D.P. (2010). *Autocuidado en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Bío Bio: Un análisis según el modelo de Autocuidado de Dorothea Orem* (Tesis de grado). Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Ríos R., M., Carrillo G., C., y Sabuco T., E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. **International Journal of Psychological Research**, 5(1), 88-95.
- Rodríguez R., J. (2009). *Propuesta de un programa integral de autocuidado basado en la prevención del síndrome de burn out y dirigido al personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico* (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Centroamérica, Costa Rica.
- Rufo O., F., y Navarro G., J. (2010). Abuso de alcohol y sentido de la vida en universitarios de Salamanca. **Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial**, (14), 61-69.
- Sánchez, R.O., Ledesma, R.D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, XVIII(3), 265-274.
- Sanjuán Q., Á., y Ferrer H., M. (2008). Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas: Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. **Investigación y Educación en Enfermería**, 26(2), 226-235.
- Sanjuán S., E. (2014). Cansancio del rol de cuidador: análisis de sus factores relacionados (II). **REDUCA Enfermería, Fisioterapia y Podología**, 6(3), 261-292.
- Santes, M., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M., y Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. **Revista Chilena de Salud Pública**, 13(1), 23-29.
- Tam P., E. y Dos Santos, C. B. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. **Revista Latinoamericana de Enfermería**, 18, 496-503.

- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., y Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. **Enfermería Clínica, 20**(3), 173-178.
- Torres P., J. (2010). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés (un estudio en población sociosanitaria)* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, España.
- Urrutia, M., Ortiz, S., Fouilloux, C., Ponce, E. y Guevara, R. (2014). El rendimiento académico en el primer año de la carrera de médico cirujano: modelo multivariado explicativo. **Gaceta Médica de México, 150**(s3), 324-330.
- Zavala, M., y Klijn, T. (2014). Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. **Revista Brasileira de Enfermagem, 67**(2), 302-305.
- Zubieta, E. M., y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. **Anuario de investigaciones, 17**, 277-283.