ISSN 2218-0559 (CD R) E-ISSN 2220-9026

EureΨka

Revista de Investigación Científica en Psicología.

Órgano Oficial de Comunicación Científica de la Carrera de Psicología.

Vol. 8, Nº 2, 2011

Centro de Documentación, Investigación, Difusión de la Carrera de Psicología

Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas

Eureka | Asunción-Paraguay | Vol.8 | N°2 | pp.144-301 | 2011

Revista Científica de Psicología

Órgano Oficial de Comunicación Científica de la Carrera de Psicología
CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"
Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas
Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción"

Identidad

Editada por el **CDID,** semestralmente, en versión digital, con un tiraje de 100 ejemplares, y electrónica www.psicoeureka.com.py
Recibe artículos para su evaluación durante todo el año. El límite de recepción para el primer N° semestral es el 30 de Abril; para el segundo semestre, el 30 de Setiembre.
EUREKA, busca brindar mayor visibilidad a la producción científica de todas las áreas de la Psicología como ciencia, disciplina y profesión. Correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial, **CDID**, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Independencia Nacional y Comuneros, Asunción-Paraguay, o por correo electrónico a editor@psicoeureka.com.py, revistacientíficaeureka@gmail.com o a norma@tigo.com.py.
Los trabajos presentados para su posible publicación, de preferencia, deberán ser originales e inéditos, estarán sujetos a la programación de la revista y a la evaluación por arbitraje.

©Copyright**: 2011 EUREKA/CDID**
Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.
Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos.

Open access on line: www.psicoeureka.com.py.
El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia Creative Commons, modalidad 4.
Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.

Revista Eureka © 2011 | Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Consultas y sugerencias: editor@psicoeureka.com.py, o a norma@tigo.com.py.

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
ISSN 2218-0559 (CD-R)
E-ISSN 2220-9026

Eureka
Revista Científica de Psicología

Órgano Oficial de Comunicación Científica de la Carrera de Psicología
CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"
Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción"

Consejo Editorial-2011

Editora General
Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)

Consultor Principal Nacional Categoría Profesionales
Lic. Eduardo Cáceres

Consejo Nacional de Consultores Editores: Categoría Profesionales

Magíster Montserrat Armele-Universidad Católica de Asunción
Lic. José Britos-Universidad Católica de Asunción/Universidad Nacional de Asunción
Dra. Ana Caballero-Universidad Nacional de Asunción
MAE Alberto Coronel-Universidad Católica de Asunción
Lic. Bettina Cuevas-Universidad Americana de Asunción
Lic. Oscar Gaona-Universidad Nacional de Asunción
Lic. Miriam González-Postgrados CONACYT Paraguay
Lic. José Jiménez-Sociedad Paraguaya de Psicología
Lic. Franca Lacarruba-Sociedad Paraguaya de Psicología
Lic. Diana S. Lesme-Universidad Católica de Asunción
Lic. Marta Martínez-Universidad Católica de Asunción
Lic. Ariel Ross- Universidad Nacional de Asunción

Equipo Editorial Categoría Estudiantes (2011)
Mariela Monserrat Franco Acosta (Coordinación).
Angie María López Sosa.

Consejo Nacional de Consultores Editores: Categoría Estudiantes

Marcelo Buenahora-Universidad Nacional de Asunción/Rep. SOCIPEPS
Lorena E. Céspedes- Universidad Católica de Asunción (Miembro Editor 2010)
Nicolás Netto- Universidad Católica de Asunción
Antonio Samaniego-Universidad Nacional de Asunción Rep. SOCIPEPS
Irina Smiliansky-Universidad Católica de Asunción (Miembro Editor 2009)
Rossana V.Tolces-Universidad Católica de Asunción (Miembro Editor 2009)

Consejo Internacional de Consultores Editores, Categoría Profesionales

Rubén Ardila Ph.D.-Universidad Nacional de Colombia
Mag. Sara Becerra Flores- Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú
Dr. Jorge Castellá Sarriera-Universidad Federal Rio Grande Do Sul, Brasil
Dra. Cristina Di Domenico- Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
Dr. Justo Reinaldo Fabelo Roche- Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba
Dr. Hugo Klappenbach Universidad de San Luis, Argentina
Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo-Universidad Autónoma de México
M.D. Ana Gabriela Magallanes Rodríguez- Universidad Autónoma de Baja California, México
Dr. Francisco Morales Calatayud-Universidad de La Habana, Cuba
Dr. Enrique Saforcada-Universidad de Buenos Aires, Argentina
Juan José Sánchez Sosa Ph.D- Universidad Autónoma de México
Dr. Arturo Silva- Universidad Autónoma de México
MSc. Isidoro A. Solernou Mesa-Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana, Cuba
José Toro-Alfonso Ph.D-Universidad de Puerto Rico
Dr. Alfonso Urzúa-Universidad Católica del Norte de Chile
Dr. Julio Villegas-Universidad Nacional de Chile

Correctora de Estilo Español/Ingles

Lic. Diana S. Lesme- Universidad Católica de Asunción

Correctora de Redacción Estadística

Lic. Marta Rolón-Universidad Católica de Asunción

ResponsableWeb Master

Nahuel Ayala Gómez

Open access on line: www.psicoeureka.com.py.
El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia Creative Commons, modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.

Revista Eureka © 2011 | Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Consultas y sugerencias: editor@psicoeureka.com.py, o a norma@tigo.com.py.

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
ISSN 2218-0559 (CD-R)
E-ISSN 2220-9026

Eureka
Revista Científica de Psicología

Órgano Oficial de Comunicación Científica de la Carrera de Psicología
CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"
Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción"

Nómina de Autoridades de la Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Gran Canciller: Monseñor Ignacio Gogorza Izaguirre
Arzobispo de Asunción: Monseñor Pastor Cuquejo
Rector: Dr. Pbro. Michel Gibaud
Vicerrectora Académica: Dra. Carmen Quintana Vda. de Horák
Vicerrector Administrativo: Lic. Carlos León Ayala
Director General Administrativo y Financiero: Lic. Fernando Marsá
Secretario General: Abog. Esteban Kriskovich

Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas

Decano: Mag. Ilde Silvero
Vicedecano: Dr. Raúl Fernández
Director Académico: Mag. Roque Acosta
Director Carrera de Psicología: Lic. Eduardo R. Cáceres León

Correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial, **CDID**, **"**Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Independencia Nacional y Comuneros, Asunción-Paraguay, o Por correo electrónico a editor@psicoeureka.com.py o a norma@tigo.com.py.

©Copyright**: 2011 EUREKA/CDID**
Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.
Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos.
Open access online: www.psicoeureka.com.py
El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia CreativeCommons, modalidad 4.
Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.

Revista Eureka © 2011 | Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons
Consultas y sugerencias: editor@psicoeureka.com.py

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
ISSN 2218-0559 (CD-R)
E-ISSN 2220-9026

INDICE

Editorial pp.149-151

Entrevista:

"Entrevista al Director Académico de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Católica". ***Entrevistado:*** Mag. Roque Acosta. ***Entrevistadora:*** Dra. Norma B. Coppari. .....pp. 152-157

Artículos:

"Las Percepciones en la Identificación de Competencias para la Educación Superior". Dr. Oscar Serafini. Universidad Católica de Asunción .....pp. 158-170

"Presente y Futuro de los Servicios de la Salud Mental en Paraguay" Lic. Ma. Celeste Airaldi. Sensorium.....pp. 171-182

"Satisfacción Usuaria en dos Centros Hospitalarios de Caaguazú durante el Segundo Semestre del año 2010". Lic. Maria José Bellenzier Vera, Lic. Eugenia Eliana González Espinoza. Universidad Católica de Asunción. .....pp. 183-199

"Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción". Lic. Johana Vera. Universidad de Integración de las Américas. .....pp. 200-216

"Relación entre Motivación y Hábitos de estudio en alumnos de la Carrera de Psicología de una Universidad privada de Asunción" Lic. Franca LaCarruba. **Investigadores Auxiliares:** F.; Leiva, L.; Morínigo, S.; Pertile, S.; Ruiz D.; Frutos, M Universidad Autónoma del Paraguay.....pp. 217-230

"NTICS- Relación entre Nuevas Tecnologías y Preferencia en la Comunicación de Estudiantes de Educación Media" Dra. Norma Coppari. **Investigadores Estudiantes:** Benítez, L.; Cáceres, S.; Codas, M.; de Mestral, N.; Fugarazzo, C.; Melgarejo, M.; Melgarejo, M.; Noceda, A.; Recalde, G.; Tellechea, A. Universidad Católica de Asunción. .....pp. 231-240

"Influencia del Baile Recreativo en la Depresión y en la Autoestima de Personas Adultas" Lic. María Gabriela Bernardes. Universidad Nacional de Asunción.....pp. 241-253

"Indicadores Depresivos en una Muestra de Pacientes con Obesidad" Mag. María Teresa Galeano. Universidad Católica de Asunción.....pp. 254-266

"Relación entre Estilos de Amor y Satisfacción Sexual en Hombres de 22 y 47 años." Lic. Licia Martínez, Lic. Sandra Rodas. Universidad Nacional de Asunción .....pp. 267-277

"Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en Docentes que Participan de Programa de Prevención y Promoción de Salud." Lic. Gladys Arzamendia. Universidad Nacional de Asunción .....pp. 278-290

Reseña de Libro:

"Elisabeth –Isabel Bongard. Migrante y Protagonista de la Reforma Educacional Alemana en Chile" Psicólogo Gonzalo Salas. Universidad del Mar y Universidad Central, Sede la Serena .....pp. 291-294

Política Editorial .....pp. 295-301

INDEX

Editorial pp.149-151

Interview:

"Interview to the Academic Director of the Faculty of Philosophy and Human Sciences of the Catholic University". It interviewed: Mag. Roque Acosta. Interviewer: Dra. Norma B. Coppari pp.152-157

Papers:

"Perceptions in the Identification of Skills for Higher Education". Dr. Oscar Serafini. Universidad Católica de Asunción pp.158-170

"Present and Future of the Mental Health Services in Paraguay." Lic. Ma. Celeste Airaldi. Sensorium. pp.171-182

"User Satisfaction in two Hospitals in Caaguazú in the Second Semester of 2010" Lic. Maria José Bellenzier Vera, Lic. Eugenia Eliana González Espinoza. Universidad Católica de Asunción pp.183-199

"Patrons of Communication in Couples and the Relation between it and Marital Satisfaction in Teachers of a Private University of Asuncion". Lic. Johana Vera. Universidad de Integración de las Américas. pp.200-216

"Relation between Motivation and Habits of Study in Students of the Career of Psychology of a Private University of Asuncion" Lic. Franca LaCarruba. **Aids Researchers**: Leiva, L.; Morínigo, S.; Pertile, S.; Ruiz D.; Frutos, M. Universidad Autónoma del Paraguay. pp.217-230

"Relationship between New Technologies and Preference in Communication in Students of Second Year of Medium Education" Dra. Norma Coppari. **Student Researchers**: Benítez, L.; Cáceres, S.; Codas, M.; de Mestral, N.; Fugarazzo, C.; Melgarejo, M.; Melgarejo, M.; Noceda, A.; Recalde, G.; Tellechea, A. Universidad Católica de Asunción. pp.231-240

"Influence Recreational Dance in the Mood and self-esteem of Adults" Lic. María Gabriela Bernardes. Universidad Nacional de Asunción. pp.241-253

"Indicators in a Sample of Depressive Patients with Obesity". Mag. María Teresa Galeano. Universidad Católica de Asunción pp.254-266

"Relationship between Love Styles and Sexual Satisfaction in Men between 22 and 47 years". Lic. Licia Martínez, Lic. Sandra Rodas. Universidad Nacional de Asunción pp.267-277

"Quality of Life and Chronic Noncommunicable Disease Involved in Teaching Programme for Prevention and Health Promotion" Lic. Gladys Arzamendia. Universidad Nacional de Asunción pp.278-290

Book Review:

"Elisabeth –Isabel Bongard Migrant and Protagonist of the German Educational Reform in Chile" Psychologist Gonzalo Salas. Universidad del Mar y Universidad Central, Sede la Serena ..... pp. 291-294

Editorial Policy pp.295-301

EureKa
Revista Científica de Psicología

Editorial

"Siglo de gran innovación tecnológica, Sociedad de la Información, Globalización del Conocimiento, nativos y extranjeros digitales", "brecha digital", NTICs, y un interminable etcétera de nuevo vocabulario que agregar al diccionario.

La Revista como medio de difusión tiene como máximo compromiso hacer llegar el conocimiento científico a través de los recursos más actuales que nos brinda la modernidad para hacer posible su democratización y la socialización inmediata de los saberes que son patrimonio de todos, no solo de la elite sabionda.

De ahí la importancia del libre y gratuito acceso (Open access on line), la pronta visibilidad de las publicaciones, la increíble diversidad que hoy nos permite la digitalización del conocimiento en cuantía inimaginable.

Basta acceder a un buscador de publicaciones, de cualquier disciplina, para corroborar como se han multiplicado las ediciones de revistas on line, que de antaño tenían sus presentaciones impresas, y que hoy han visto las bondades de un recurso que no consume papel, contribuyendo a la defensa de nuestra ecología, y ahorrando espacio físico en bibliotecas que igualmente atesoran las cientos de miles de obras impresas.

Para los que crecimos con el libro de texto y búsquedas no informatizadas, disfrutando el placer de ojear las crujientes y olorosas paginas nuevas de un libro, consumiendo largas horas de excursión por las bibliotecas publicas y privadas para hacer un trabajo de revisión, tenemos cierta resistencia, nostalgia y hasta temor de asistir al deceso de la versión impresa.

En este contexto**, Eureka,** como Órgano de Difusión de Investigacion Científica en Psicología, no es la excepción. Es protagonista de este acelerado cambio que nos impele a constantes esfuerzos que nos permitan seguir vigentes y creciendo en la calidad y cantidad de nuestras ediciones.

Por ello siempre es una gran satisfacción ver el cierre logrado del último número del volumen anual.

Presentamos el índice del Vol.8, Nº2, 2011, felicitando a los autores, todos paraguayos, algunos noveles egresados que debutan presentando sus tesis de licenciaturas, y otros con trayectoria en el ámbito de la profesión, la docencia y la investigacion nacional.

Tal es la contribución muy oportuna, en un momento de cambio de la malla curricular de la carrera de Psicología, hacia una basada en competencias, del Dr. Oscar Serafini que encabeza nuestra lista con "Las Percepciones en la Identificación de Competencias para la Educación Superior". Complementa esta temática

de interés para la Psicología educativa el artículo de la Lic. Franca Lacarruba, "Relación entre Motivación y Hábitos de estudio en alumnos de la Carrera de Psicología de una Universidad privada de Asunción"

En el año del Bicentenario, y en un marco de miradas de evaluación y valoración de nuestra identidad nacional, historia, logros y deudas con nuestra comunidad en materia de necesidades básicas como la salud de nuestro pueblo, un aporte contribuye sobre dicha temática, "Presente y Futuro de los Servicios de la Salud Mental en Paraguay" de la Lic. Maria Celeste Airaldi.

La temática de la depresión siempre vigente, al constituirse estadísticamente en una de las mayores disfuncionalidades de nuestro siglo tiene su representación en dos artículos sobre la misma, "Influencia del Baile Recreativo en la Depresión y en la Autoestima de Personas Adultas" de la Lic. María Gabriela Bernardes, e "Indicadores Depresivos en una Muestra de Pacientes con Obesidad" de la Mag. María Teresa Galeano.

Los "Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción" de la Lic. Johana Vera y la "Relación entre Estilos de Amor y Satisfacción Sexual en Hombres de 22 y 47 años" de la Lic. Licia Martínez y Lic. Sandra Rodas nos actualizan sobre la importancia de estudiar los factores que hacen a la satisfacción y el mantenimiento de las relaciones de pareja como fundamento para la unidad y fortalecimiento de la familia.

En la lista de temáticas innovadoras, poco investigadas en nuestro medio, se presentan tres artículos con cuestionamientos muy diversos pero de gran relevancia para nuestra psicología local, porque nos introduce a ámbitos que actualmente cobran transcendencia en las líneas de investigacion globalizadas como son la importancia de la evaluación, como medio para mejorar la calidad de los servicios de salud, la importancia de la educación y la prevención en el modelo de la salud, trascendiendo el de enfermedad, y las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito de la educación de la nuevas generaciones, nativas digitales, que la prefieren y la consumen.

Así, "Satisfacción Usuaria en dos Centros Hospitalarios de Caaguazú durante el segundo semestre del año 2010" de las Lic. María José Bellenzier Vera y Eugenia Eliana González Espinoza. "Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en Docentes que participan de Programa de Prevención y Promoción de Salud" de la Lic. Gladys Arzamendia. Y "NTICS- Relación entre Nuevas Tecnologías y Preferencia en la Comunicación de Estudiantes de Educación Media" de la Dra. Norma Coppari e investigadores estudiantes: Benítez, L.; Cáceres, S.; Codas, M.; de Mestral, N.; Fugarazzo, C.; Melgarejo, M.; Melgarejo, M.; Noceda, A.; Recalde, G.; Tellechea, A.

Este último tema es reforzado en la Entrevista concedida por el Director Académico de la Facultad de Filosofia y Ciencias Humanas de la Universidad Católica. Magister Roque Acosta al referirse en ella, a la importancia de superar en las aulas la brecha digital generacional, entre docentes y estudiantes, y que es lugar común de tratamiento y preocupación en educación de niveles inicial, básico y superior.

Cerramos como es costumbre con la revisión de texto y en esta ocasión el colega chileno Gonzalo Salas nos presenta la obra "Elisabeth –Isabel Bongard. Migrante y Protagonista de la Reforma Educacional Alemana en Chile, un aporte para la reflexión acerca de los movimientos que sustentan la necesidad de la reforma educativa.

Agradecemos y destacamos la labor en el equipo editorial, de las alumnas Mariela Franco y Angie Lopez, hicieron un trabajo de aprendizaje construido, arduo y de constante perfeccionamiento, que hoy al cerrar este Nº2 las ve convertidas en destacadas y competentes editoras.

El equipo editorial de la Revista pone de manifiesto, la importancia, de que más estudiantes de psicología aprecien el valor de publicar como parte del perfil científico practicante de nuestra ciencia, disciplina y profesión. El mensaje es valido también para nuestros colegas en ejercicio y nuestras autoridades académicas.

La Universidad debe promover y desarrollar políticas de investigacion, difusión e innovación científica más notorias y de impacto significativo para el desarrollo del conocimiento básico, aplicado y tecnológico de las ciencias de nuestro país. La Psicología es una ciencia que requiere descubrir y producir sus propias leyes y principios que regulan el comportamiento psicológico, para luego aplicarlos en los diversos ámbitos de su intervención aplicada y ser vista como promotora de salud y bienestar psicológico. Nuestros productos deben tener garantía, esto es, deben estar basados en evidencia para ser una ciencia confiable y respetada.

La Editora General

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):152-157, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"Entrevista al Director Académico de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Católica de Asunción, Mag. Roque Acosta[1]"

"Interview with the Academic Director Faculty of Philosophy and Human Sciences, Catholic University of Asunción, Mag. Roque Acosta"

Editora General y Entrevistadora/Editor and Interviewer:
Dra. Norma Coppari de Vera[2]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" [3]

Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Asunción, 4 de Noviembre del 2011

Nota Solicitud de Entrevista.
Estimado Mag. Roque Acosta
Director Académico de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas
Universidad Católica

De nuestra más alta consideración

Por la presente solicitamos nos permita acceder a una Entrevista para la Revista EUREKA, Vol. 8, N° 2, 2011, cuya fecha de edición está programada para el mes Diciembre/11.

Usted puede optar por contestar las siguientes preguntas vía documento escrito y enviado por correo electrónico, o permitir la grabación de sus respuestas en formato entrevista directa, con alguna de las consultoras del Consejo Editorial.

En esta nueva etapa, **Eureka** como **Órgano Oficial de la Carrera de Psicología,** de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción", tiene el propósito de brindar mayor visibilidad a la producción científica de los investigadores profesionales y estudiantes nacionales y extranjeros. Con ello, creemos contribuir y promover al desarrollo del perfil científico-profesional de la Psicología y ciencias afines como disciplina, ciencia, y profesión.

[1]Correspondencia puede ser remitida a: roque@conexion.com.py
[2]Dra. Norma Coppari (M.S.,M.E.), CDID "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay. Correspondencia a: norma@tigo.com.py
[3]Correspondencia remitir a: editor@psicoeureka.com.py, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

A continuación, se detallan las preguntas, con la aclaración de que usted puede incorporar los cambios que considere pertinentes, y reenviar sus respuestas a la misma dirección de correo electrónico: norma@tigo.com.py en un plazo no mayor a siete días hábiles.

Protocolo de Entrevista:

1. En el marco de su investigación, que factores motivaron su interés?

2. Con relación a su tema: Brecha digital entre profesores y estudiantes preuniversitarios y su incidencia en la educación desde las teorías de Marshall McLuhan, cuál es el balance que Usted podría hacer respecto al logro de sus fines máximos de investigación?

3. Basada en su pregunta de investigación; Cómo incide esta brecha digital enseñanza-aprendizaje y en el rendimiento académico de los estudiantes, podría mencionarlos si los hubiere?

4. Finalmente, y de nuevo agradeciendo su tiempo para la entrevista, que opinión merece el sistema educativo desfasado en su enfoque en relación al tipo de alumno que tenemos hoy?

Con nuestros mejores deseos de éxito en su gestión, le saluda atentamente,

Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)
Editora General

Desarrollo de la Entrevista.

1. En el marco de su investigación, que factores motivaron su interés?

R1: Todo nos indica que no estamos viviendo solamente una época de cambios, sino que somos parte de un cambio de época fuerte, que viene a partir de diversos factores, sobre todo por la revolución tecnológica. Así como en su momento se dio la revolución industrial, ahora a través de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, de las TICS, se está dando una profunda transformación en el panorama mundial en todos los órdenes, en el orden económico, en el orden político, en el orden social, pero sobre todo, en el orden cultural. Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación han creado nuevos lenguajes, estos nuevos lenguajes han creado una nueva cultura, que es la cultura digital, y esta cultura digital ha dado nacimiento a un nuevo tipo de ser humano, a una nueva antropología, el nativo digital, o los nativos digitales, es decir, aquellas personas que nacieron y crecieron ya en una relación natural y cotidiana con las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y por consiguiente, tienen una nueva manera de pensar, de ver el mundo, de relacionarse, de actuar; su mente funciona de una manera distinta. Entonces veo que las instituciones tradicionales de la sociedad como: la Iglesia, la Familia, la Escuela, el Sistema Educativo, en este caso, la Universidad, tienen que entender estos profundos cambios que están ocurriendo en el mundo, y tienen que dar cuenta y entender qué son los nativos digitales.

¿Por qué tratar de entenderlos? Porque si no se los entiende, no se puede acompañar adecuadamente el proceso de formación de estos jóvenes, de los adolescentes y niños, nativos digitales, que tendrá como resultado que la institución irá por un lado y la gente por otro. Entonces, lo que yo noto, es que en el caso concreto de las Universidades, en particular de la Universidad Católica, muchos profesores nos quejamos de que los estudiantes cada vez leen menos, parece que nuestras clases les aburren, no están atendiendo; da la impresión que no les interesa, que no entienden. Lo que pasa es que los profesores enseñamos y evaluamos desde el paradigma que nosotros manejamos, que es el paradigma racional, cartesiano, de la linealidad, de la secuencialidad, del pensamiento abstracto, del pensamiento científico. No consideramos que los nativos digitales han desarrollado otros protocolos perceptivos y cognitivos, propios de los nacidos en la Galaxia Internet, como lo denomina Castells (2001), y al ser evaluados desde el paradigma propio de la Galaxia Guttemberg (McLuhan, 1969), se aplazan.

Debemos preguntarnos ¿qué está pasando? Y ver si el problema está en nosotros, los profesores, o está en la institución. No obstante, hay que considerar otros factores. Es cierto también que algunos estudiantes no quieren estudiar, vienen con una deficiente formación del colegio; vienen con deficiencias estructurales ya desde los niveles de educación básica, de la secundaria; pero no es menos cierto que el sistema educativo no considera que los jóvenes de hoy están estimulados de otra manera, a partir de la convivencia y el uso de las nuevas tecnologías: de la televisión, de los DVD`s, de los Ipad, de los Iphone, de los Blackberry, del internet, de la notebook; es la cultura del estímulo sensorial, del hemisferio derecho del cerebro. Hay un choque cultural en el aula, y a partir de ahí planteo el problema de investigación: "¿Cuánta brecha existe entre docentes y estudiantes preuniversitarios en el acceso y uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información? ¿Qué diferencias existen entre las competencias perceptivas y cognitivas de docentes y estudiantes como consecuencia de la brecha digital existente? ¿Cómo incide esta brecha digital en las estrategias de enseñanza-aprendizaje y en el rendimiento académico de los estudiantes?

La brecha digital se define como la separación que existe entre las personas, comunidades, estados, países, que utilizan la tecnología de información y comunicación como una parte rutinaria de su vida diaria y aquella que no tiene acceso a la misma, y aunque las tengan no saben como utilizarlas, una visión integral sobre el significado de la brecha digital implica además de su descripción y medición, la identificación de las utilidades que tienen las TICS en múltiples sentidos.

Nuestra percepción, en el caso de los profesores, no es que la brecha sea en términos de acceso. Muchos profesores tienen acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación; tienen notebook, Blackberry, celular, internet, tienen ya en muchos casos incluso el Ipad, pero la brecha existe sobre todo en el uso que hacen de las mismas, es decir, si bien tienen acceso a las TICS, no las usan en la cotidianidad de su tarea de enseñanza-aprendizaje en la Universidad; no forman parte de su estrategia didáctica.

El sistema educativo vigente sigue paradigmas y estrategias vinculados con la "galaxia Gutenberg",

la cultura del libro, donde el énfasis está puesto en la lecto-escritura y la gramática; la conceptualización y memorización; el raciocinio y el silogismo; hay linealidad, secuencialidad, abstracción. Es lo que McLuhan (1989) denomina el dominio absoluto del hemisferio izquierdo del cerebro en desmedro del hemisferio derecho, que es el espacio de lo acústico, que abarca 360º, de la resonancia, de los sentimientos, de la convergencia y de la totalidad.

Los profesores enseñan desde el paradigma de Gutenberg y evalúan a los estudiantes desde esa perspectiva, sin tener en cuenta que los jóvenes han desarrollado otros protocolos cognitivos, perceptivos, y de relacionamiento. Teniendo en cuenta esta percepción, la investigación pretende establecer la existencia de una brecha digital, sobre todo en términos de uso de las TICS en la cotidianidad del aula y de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Nos preguntamos hasta qué punto incide en el rendimiento académico, en los logros de los objetivos educativos, esa brecha que existe entre profesores y estudiantes en términos digitales

2. Con relación a su tema: Brecha digital entre profesores y estudiantes preuniversitarios y su incidencia en la educación desde las teorías de Marshall McLuhan, cuál es el balance que Usted podría hacer respecto al logro de sus fines máximos de investigación?

R2: No puedo hacer un balance, pues todavía estoy en proceso de elaboración del proyecto.

3. Basada en su pregunta de investigación; Cómo incide esta brecha digital en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en el rendimiento académico de los estudiantes?

R3 Reitero, estoy todavía en la fase de hipótesis y diseño metodológico. Nos interesa establecer las diferencias existentes ente las competencias perceptivas y cognitivas de docentes y estudiantes como consecuencia de la brecha digital; determinar cómo incide esta brecha digital en la estrategia de enseñanza-aprendizaje y el rendimiento académico de los estudiantes.

Nuestra población de estudio será el curso de admisión de la Universidad Católica. En el curso de admisión estamos recibiendo a los jóvenes que vienen de los diversos colegios secundarios de Asunción o del país.

Los objetivos específicos son describir el acceso y uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación de docentes y estudiantes de los cursos de admisión de la Universidad Católica del Paraguay, comparar las competencias cognitivas y perceptivas existentes entre profesores y estudiantes a partir del acceso y uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación; establecer las diferencias que existen entre profesores y estudiantes en términos de uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en los procesos de enseñanza-aprendizaje; determinar la incidencia de la brecha digital entre profesores y estudiantes en el rendimiento académico de los estudiantes pre-universitarios. Desde el punto de vista teórico pretendo reactualizar un autor clásico de la comunicación de la década del 60 del siglo XX, Marshall McLuhan, un canadiense que planteó que el medio en

la época de la tecnología eléctrica está remodelando y reestructurando los patrones de la interdependencia social y cada uno de los aspectos de nuestra vida privada; nos está forzando a reconsiderar y reevaluar prácticamente cada pensamiento, cada acción, y cada institución que hasta hoy se daba por establecido.

Todo está cambiando: nosotros, la familia, el barrio, la educación, el gobierno, la relación con los otros; esto lo decía Marshall McLuhan en 1969 en su libro "El Medio es el Masaje", un inventario de efectos. En su página 8, dice que las sociedades siempre han sido moldeadas por la índole de los medios con que se comunican los hombres, que por el contenido mismo de la comunicación. El alfabeto y la tecnología de la impresión, o sea, el libro, han promovido y estimulado un proceso de fragmentación, un proceso de especialización y de separación. La tecnología eléctrica promueve y estimula la unificación y el envolvimiento, es imposible comprender los cambios sociales y culturales si no se conoce el funcionamiento de los medios. La nuestra, es una época para cruzar barreras, para borrar antiguas categorías, para exploraciones, cuando se equilibran con imaginación dos elementos aparentemente contradictorios, cuando se los pone en formas nuevas y singulares, de ello resulta a menudo sorprendentes descubrimientos.

Subrayamos esto: el aprendizaje, el proceso educacional, durante mucho tiempo se asocio exclusivamente con lo adusto, con lo excesivamente serio y pesado.

Nuestro tiempo presenta una oportunidad única para aprender mediante el humor, un chiste penetrante e incisivo puede tener más significación que las banalidades encuadernadas entre dos tapas de libro, dice Marsahll McLuhan. El medio es el masaje, es una mirada a nuestro alrededor para ver qué está pasando, los viejos y tradicionales conceptos de un pensar y un actuar privados, aislados, que son los patrones de la tecnología mecánica, están muy seriamente amenazados por nuevos métodos de instantánea recuperación eléctrica de la información almacenada por el banco de legajos procesados electrónicamente por computadora. Esto lo decía McLuhan en 1969.

Hoy día, ustedes los estudiantes buscan información instantánea en google o en cualquier otro buscador en internet para acceder a información y conocimiento. Entonces, en este contexto, el profesor no es el que sabe todo, porque no se trata de transmitir conocimiento; el conocimiento ya está almacenado ahí y el alumno tiene el conocimiento en la punta del dedo, al hacer un clic, al googlear, al ir a un link, al buscar información. Entonces ¿cuál es el rol del profesor en este proceso?

Ya no es el profesor banco de datos que provee de conocimiento e información al alumno pasivo; lo que el profesor tiene que hacer en este contexto es entender cómo opera la mente de los jóvenes, de los estudiantes de la era digital, y a partir de ahí construir con ellos su propio conocimiento, acompañándole a construir un conocimiento apropiado y adecuado para la resolución de los problemas que les afectan, a eso es a lo que tiene que apuntar el profesor.

McLuhan ya lo decía en 1969: hay un mundo de diferencia entre el habla y el ambiente de información eléctrica integrada del hogar moderno; el niño de hoy queda perplejo cuando ingresa al ambiente del siglo XIX que

caracteriza todavía el sistema educacional con información escasa pero ordenada y estructurada por patrones, temas y programas fragmentados y clasificados, con los que los chicos de hoy ya no se sienten a gusto.

4. Finalmente, y de nuevo agradeciendo su tiempo para la entrevista, que opinión le merece el sistema educativo desfasado en su enfoque en relación al tipo de alumno que tenemos hoy?

R4: Mi hipótesis es que a partir de las NTIC, los nativos digitales han estimulado más el hemisferio derecho del cerebro, el de la resonancia, el del sonido, el de la inteligencia emocional más que el hemisferio izquierdo. La educación sigue insistiendo en enseñar y evaluar a partir del hemisferio izquierdo, cuando que, la mente de los nativos digitales ha estimulado también el hemisferio derecho.

Es ahí donde creo que hay una brecha, un desfasaje entre el sistema educativo y los estudiantes que vienen a nuestra universidad. Esta pretende ser una investigación aplicada, en el sentido de que voy a estudiar concretamente lo que está sucediendo en la universidad. Haremos dos tipos de comparaciones: una comparación entre los docentes y los estudiantes y una comparación entre una sede de la capital y una del interior del país. Veremos si existen diferencias cualitativas y cuantitativas en términos de acceso y uso de las NTICS en el ambiente de aula.

La información obtenida servirá como insumo para la toma de decisiones en la propia institución, para determinar qué políticas, qué cambios se deben introducir en el sistema educativo, y a qué acciones nos obligan estos cambios, entre los cuales, lo más probable, es que haya necesidad de una reconversión estructural de la propia institución en términos de infraestructura y de propuesta curricular y, por otro lado, será necesaria una adecuación, una conversión profunda en la propia mentalidad sobre la formación y capacitación de los docentes.

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):158-170, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"LAS PERCEPCIONES EN LA IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR."

"PERCEPTIONS IN THE IDENTIFICATION OF SKILLS FOR HIGHER EDUCATION."

Investigador Titular: Oscar Serafini[1]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" [2]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

Uno de los procedimientos para la identificación de las competencias profesionales en Educación Superior ha sido la consulta a los actores involucrados. El objetivo del presente estudio es estimar la "fiabilidad" de las percepciones mediante la verificación del grado de acuerdo entre respondentes considerados individual y colectivamente como estamentos académicos.

Un cuestionario sobre competencias, aplicado a cuatro estamentos de la carrera de Ingeniería civil de la Universidad Católica de Asunción, produjo los datos de base. Para el propósito mencionado, se emplearon técnicas multivariadas como el Análisis Factorial, el Escalamiento Multidimensional y el Análisis de Perfiles.

Los resultados del estudio sugieren una fiabilidad aceptable de las percepciones colectivas e individuales. Desde la perspectiva metodológica la información obtenida resulta plausible y útil para la toma de decisiones académicas.

Palabras clave: Competencias, Competencias profesionales, Percepciones académicas.

Abstract

One of the procedures for the identification of skills in higher education has been the consultation of stakeholders. The aim of this study was to estimate the "reliability" of perceptions by checking the degree of agreement among respondents considered individually and collectively as academic category.

A questionnaire on skills, applied to four levels of the civil engineering career at the Catholic University of Asuncion, produced the data base. For the purpose mentioned, we used multivariate techniques such as factor analysis, multidimensional scaling and Profile Analysis.

[1]Correspondencia remitir a: oserafini@rieder.net.py, Oscar Serafini. FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

2 Correspondencia puede ser remitida revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

The results suggest an acceptable reliability of individual and collective perceptions. From the methodological perspective the information obtained is credible and useful for making academic decisions.

Key words: Competencies, professional competencies, academic perceptions.

Estado del Conocimiento

La investigación sobre competencias profesionales ha despertado creciente interés en el ámbito de la Educación Superior. Un ejemplo es el Proyecto Tuning que integra varias Universidades europeas y latinoamericanas, uno de cuyos propósitos es el de formular perfiles académicos comunes. (González y Wagenaar, 2006)

Se han empleado diferentes aproximaciones metodológicas en las investigaciones sobre competencias. Una de ellas ha sido la consulta a los actores o estamentos académicos, mediante instrumentos valorativos sobre la pertinencia, importancia, desarrollo, etc. de capacidades específicas. Se espera, obviamente, que los resultados sean útiles para la toma de decisiones en las áreas de interés. Esto supone que la información obtenida sea "fiable"; es decir, internamente consistente, libre de percepciones sesgadas colectivas o individuales. Más adelante se proponen nociones operacionales de *fiabilidad.*

En este contexto, el presente artículo explora la utilidad de algunos procedimientos multivariados a los efectos de evaluar la *fiabilidad* de la información en términos de acuerdos o coincidencias entre respondentes, considerados individual y colectivamente.

Los datos de base resultaron de la aplicación del Cuestionario "TUNING COMPETENCIAS ESPECÍFICAS EN INGENIERÍA CIVIL" elaborado en el marco del Proyecto Tuning- América Latina descrito en la referencia mencionada. Se aplicó a estamentos de la carrera de Ingeniería Civil de una Universidad Privada de Asunción. El cuestionario recogía las percepciones de estudiantes, académicos (docentes y administradores), graduados y empleadores sobre la importancia y desarrollo de 19 competencias propuestas. (Véase la Tabla Nº 1)

Los tópicos tratados fueron los siguientes:

- Coincidencia entre **estamentos** en sus estimaciones sobre importancia y desarrollo de las competencias.
- Acuerdo entre **respondentes individuales** sobre importancia de las competencias.
- Comportamiento del **instrumento** en términos de consistencia interna.

En cada caso, se formula una pregunta pertinente y se describe sucintamente el procedimiento utilizado para responderla.

Resultados

1. Coincidencia de las respuestas entre estamentos

- **¿En qué medida los estamentos coinciden en sus estimaciones sobre la importancia de competencias específicas para el ejercicio de la Ingeniería Civil?**

Considérense los datos de la Tabla Nº 1. En la misma aparecen los promedios de los puntajes atribuidos a cada competencia, según una escala de cuatro categorías, cuya amplitud varía de 1 (poco importante) a 4 (muy importante).

Tabla Nº 1: Importancia relativa de las competencias. Medias por estamento.

Nº		Graduados	Empleadores	Académicos	Estudiantes
		$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
1	Aplicar conocimientos de las ciencias básicas y ciencias de la ingeniería civil	3.48	3.90	3.53	3.73
2	Identificar, evaluar e implementar las tecnologías más apropiadas para su contexto	3.58	3.79	3.77	3.73
3	Crear, innovar y emprender para contribuir al desarrollo tecnológico	3.52	3.45	3.43	3.77
4	Concebir, analizar, proyectar y diseñar obras de ingeniería civil	3.87	3.96	3.77	3.83
5	Planificar y programar obras y servicios de ingeniería civil	3.87	3.83	3.63	3.77
6	Construir, supervisar, inspeccionar y evaluar obras de ingeniería civil	3.87	3.69	3.69	3.80
7	Operar, mantener y rehabilitar obras de ingeniería civil	3.55	3.27	3.41	3.63
8	Evaluar el impacto ambiental y social de las obras civiles	3.58	3.31	3.47	3.47
9	Modelar y simular sistemas y procesos de ingeniería civil	3.29	3.03	3,17	3.27
10	Dirigir y liderar recursos humanos	3.84	3.41	3.40	3.30
11	Administrar los recursos materiales y equipos	3.90	3.55	3.43	3.57
12	Comprender y asociar los conceptos legales, económicos y financieros para la toma de decisiones, gestión de proyectos y obras de ingeniería civil	3.87	3.41	3.60	3.70
13	Abstracción espacial y representación gráfica	3.42	3.03	3.31	3.07
14	Proponer soluciones que contribuyan al desarrollo sustentable	3.68	3.34	3.50	3.37
15	Prevenir y evaluar los riesgos en las obras de ingeniería civil	3.93	3.68	3.60	3.83
16	Manejar e interpretar información de campo	3.93	3.34	3.50	3.77
17	Utilizar tecnologías de la información, software y herramientas para la ingeniería civil	3.77	3.76	3,63	3.73
18	Interactuar con grupos multidisciplinarios y dar soluciones integrales de ingeniería civil	3.61	3.55	3.60	3.27
19	Emplear técnicas de control de calidad en los materiales y servicios de ingeniería civil	3.81	3.79	3.62	3.63

Fuente: ISYT Resultados de la aplicación del cuestionario "tuning competencias específicas de ingeniería civil, facultad de cyt/uc", 2006.

Para responder a la pregunta, se calcularon los coeficientes (r) de Pearson entre las columnas de la tabla, generándose la siguiente matriz de intercorrelaciones:

Tabla Nº 2: Correlaciones entre estamentos. Importancia de las competencias

	X1	X2	X3	X4
(X1) Empleadores	1	.48	.70	.84
(X2) Egresados	.48	1	.53	.56
(X3) Estudiantes	.70	.53	1	.66
(X4) Académicos	.84	.56	.66	1

La matriz muestra que los valores de los coeficientes van de moderados a altos (r = 0.48 a r = 0.84). En este sentido, puede inferirse que los diferentes estamentos tienden a asignar un orden de importancia similar a las competencias identificadas.

Sin embargo, no todos los estamentos muestran el mismo grado de acuerdo. Así, por ejemplo, entre empleadores y académicos la coincidencia es mayor (r=0.84) que entre estudiantes y egresados (r=0.53).

En esta línea, podría hablarse de **distancia** (o proximidad) entre estamentos, en términos de la similitud de sus percepciones.

2. Distancias entre estamentos

Con el objeto de facilitar una captación global de las **distancias** en el sentido mencionado, se presenta el Gráfico Nº 1. En el mismo, los estamentos están representados por puntos en un espacio de dos dimensiones. Para establecer la posición de los puntos se apeló al Análisis Factorial (componentes principales) de la Matriz de la Tabla Nº 2.

Como se sabe, el Análisis Factorial es un grupo de técnicas multivariadas cuyo propósito es identificar la estructura subyacente a matrices de covariación. Los componentes de la estructura suelen denominarse "factores". Así, es posible describir o explicar los datos de dichas matrices mediante un número menor de dimensiones que el de las variables definidas originalmente. En este caso se utilizó el Análisis Factorial tipo Q, como lo describe Comrey (1985).

El análisis ha identificado dos factores en la matriz de la Tabla Nº 2. Los coeficientes factoriales de cada estamento en dichos factores, han permitido situar los puntos correspondientes en el espacio, en la línea del Escalamiento Multidimensional Métrico.

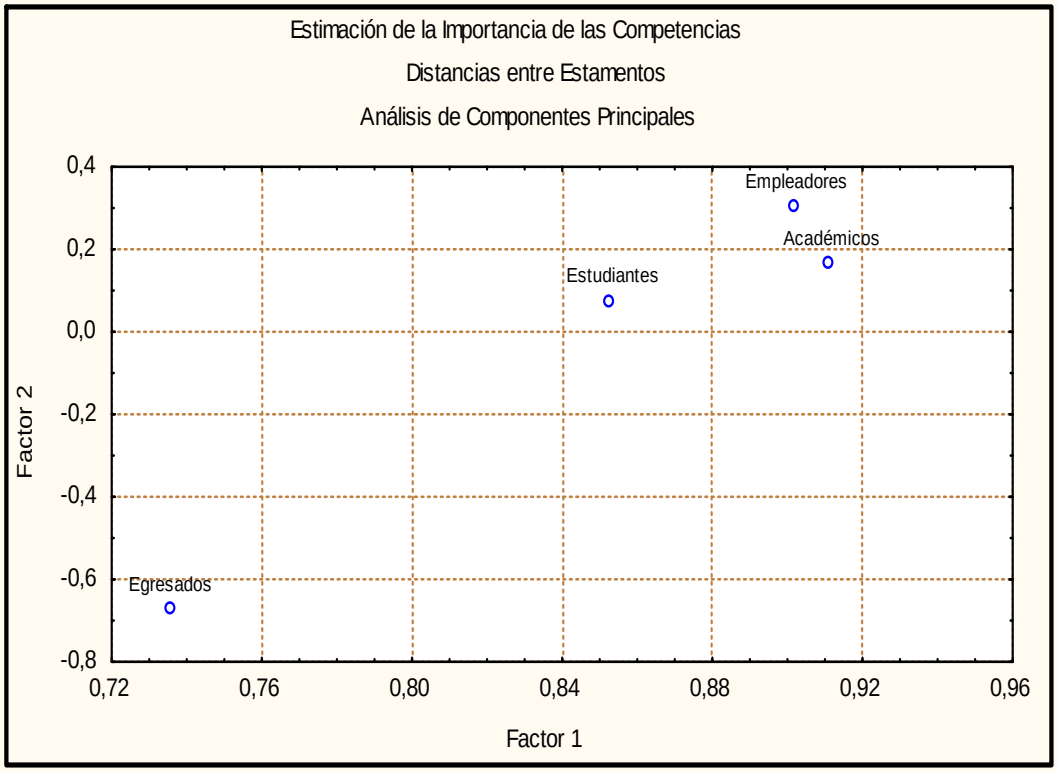


Gráfico Nº 1: Distancias entre estamentos académicos

Una observación de interés para la carrera, muestra que los puntos que representan a los estamentos de empleadores, estudiantes y académicos están próximos entre sí y distantes del de egresados.

Los tres primeros formarían así un aglomerado con estimaciones similares sobre la importancia de las competencias.

Si esta estructura es confirmada por replicaciones del estudio en otros contextos, podrían hacerse inferencias plausibles al respecto de las percepciones *globales* de los estamentos, que serían útiles para decisiones sobre, *perfiles de salida*, *planes de* estudio, *sistemas de promoción*, *comunicación entre estamentos*, etc.

¿Cuál es el grado de coincidencia de los estamentos respecto al *nivel de desarrollo* de las competencias durante el transcurso de la carrera?

Para responderla, se emplearon los procedimientos descritos en el apartado anterior, partiendo de los datos de la tabla Nº 2.

Tabla Nº 2: Nivel de desarrollo de las competencias. Medias por estamento.

Nº	Graduados	Empleadores	Académicos	Estudiantes
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
1	3.16	3.38	3.00	2.80
2	3.06	2.62	2.72	2.47
3	2.55	2.38	2.15	2.10
4	2.71	3.10	2.93	2.34
5	2.74	2.90	2.72	2.48
6	2.71	2.52	2.71	2.10
7	2.71	2.07	2.48	1.90
8	1.68	2.10	1.89	1.72
9	2.10	2.14	2.04	1.89
10	2.16	1.93	2.04	2.21
11	2.52	2.55	2.36	2.52
12	2.61	2.10	2.52	2.52
13	2.93	2.72	2.82	2.79
14	2.42	2.27	2.17	2.24
15	2.58	2.41	2.34	2.44
16	2.55	2.65	2.59	2.48
17	2.35	3.00	2.86	2.27
18	2.22	2.45	2.44	2.07
19	2.64	2.93	2.74	2.21

Fuente: ISYT. Resultados de la aplicación del cuestionario "tuning competencias específicas de ingeniería civil, facultad de cyt/uc", 2006

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson que se muestran en la tabla Nº 3.

Tabla Nº 3: Correlaciones entre estamentos. Desarrollo de las competencias.

	X1	X2	X3	X4
(X1) Empleadores	1	.88	.72	.84
(X2) Egresados	.88	1	.77	.78
(X3) Estudiantes	.72	.77	1	.69
(X4) Académicos	.84	.78	.69	1

Como se observa, todos los coeficientes son altos, según los rangos interpretativos usuales. Esto permite inferir que los diferentes estamentos coinciden, prácticamente, en el nivel de desarrollo adjudicado a las competencias durante el ciclo de formación profesional.

3. Similitud entre Perfiles de Estimación de las competencias

Otra forma de explorar el acuerdo entre estamentos es la de indagar la similitud entre "perfiles" de estimación de cada uno respecto al mismo conjunto de competencias. Se entiende por **perfil,** el resultado de la *descripción real o ideal de un ente determinado (sujeto, proyecto institución) en términos de varias dimensiones relacionadas, funcional o teóricamente, y consideradas simultáneamente.*

Existen varios tipos de perfiles que pueden clasificarse según diferentes criterios:

- Según su **lenguaje de presentación**, los perfiles pueden ser **cualitativos** o **cuantitativos**. Los segundos se formulan en forma gráfica o numérica.
- Por su **componente valorativo**, se distinguen los perfiles **obtenidos** (reales) de los **normativos** (ideales o padrones). Por ejemplo, ciertas competencias relevantes para una profesión suelen constituir su *perfil ideal o normativo*.
- Según el **número de casos** incluidos, los perfiles pueden corresponder a **individuos** o a **colectivos** sociales.
- Por su **referencia temporal**, puede hablarse de perfiles **sincrónicos** o **diacrónicos**.

En el presente trabajo se estudiaron perfiles **cuantitativos, normativos, colectivos** y **sincrónicos**.

3.1. Análisis de perfiles

El Análisis de Perfiles (AP) es un procedimiento multivariado simple que puede proveer información útil sobre las distancias entre perfiles, sus niveles (en el marco de una determinada escala), la dispersión de sus valores, las semejanzas o diferencias en su configuración, etc. Nunnally y Berstein (1995).

En este apartado, se analizará la *similaridad configuracional* entre perfiles. La misma, puede definirse como *el grado* de *correspondencia entre los valores (altos y bajos) de las dimensiones comunes de dos o más perfiles cuantitativos*. Nótese que, cuando *se* representan gráficamente y la similaridad es total, los segmentos correspondientes son paralelos. El siguiente gráfico muestra las variaciones de los *niveles de importancia* atribuidas a cuatro competencias según cada estamento.

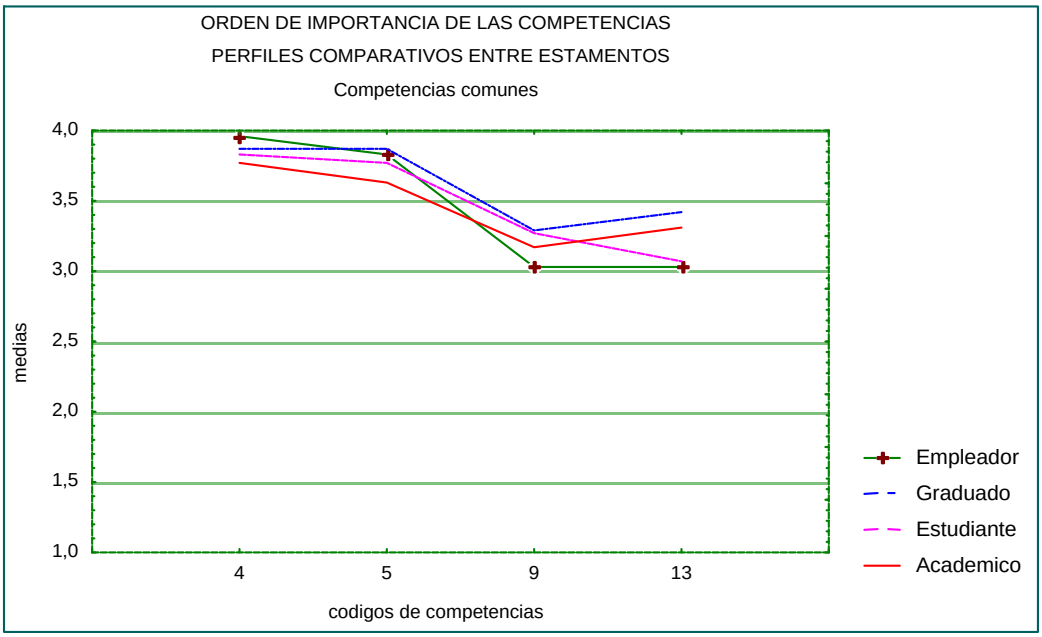


Gráfico Nº 2: Similitud entre perfiles de estimación.

Códigos de Competencias

4 Concebir, analizar, proyectar y diseñar obras de ingeniería civil.
5 Planificar y programar obras y servicios de ingeniería civil.
9 Modelar y simular sistemas y procesos de ingeniería civil.
13 Abstracción espacial y representación gráfica.

Puede observarse una clara similaridad configuracional de los perfiles, efecto de la coincidencia de las estimaciones. Por ejemplo, la competencia "Concebir, analizar, proyectar y diseñar obras de ingeniería civil" ha sido percibida como relevante por todos los estamentos.

Este grupo de competencias fue escogido por su carácter ilustrativo, pero, obviamente, cualquier otro puede someterse al AP.

El grado de similitud entre perfiles se cuantifica mediante el Coeficiente de Similaridad Configuracional (ES2). (Serafini, 1988). El ES2 varía de 0 (máxima disimilaridad) a 1 (similaridad total). La interpretación de los valores intermedios puede hacerse según el siguiente cuadro.

Considérese la siguiente matriz de Coeficientes ES2, correspondientes a los perfiles presentados en el Gráfico Nº 2.

Cuadro Nº 1: Interpretación de los valores de ES2

Valores de ES2	Similaridad Configuracional
0.70 a 1.00	Alta
0.50 a 0.69	Moderada
0 a 0.49	Baja

Tabla Nº 8: Matriz de Coeficientes de Similaridad Configuracional (ES2) entre perfiles estamentarios.

	X1	X2	X3	X4
(X1) Empleadores		0.764	0.716	0.732
(X2) Egresados	0.764		0.714	0.831
(X3) Estudiantes	0.716	0.714		0.721
(X4) Académicos	0.732	0.831	0.721	

Como era de esperar todos los coeficientes son altos, según los cortes interpretativos del cuadro Nº 1.

Como síntesis del presente apartado, puede inferirse que el A.P. ha contribuido con evidencias adicionales sobre las coincidencias entre estamentos respecto al atributo en estudio.

4. Acuerdo entre respondentes individuales sobre importancia de las competencias.

- **¿En qué medida los respondentes, considerados individualmente, están de acuerdo sobre la importancia de las competencias propuestas para el ejercicio de la Ingeniería Civil?**

Sin duda, la misma relevancia de la coincidencia entre *colectivos* (estamentos) respecto a la fiabilidad de la información, puede atribuirse al acuerdo entre *individuos*.

Un indicador frecuentemente usado para estimar la variación (diversidad) de las percepciones estimadas, según alguna escala numérica, es la Desviación Típica. Sin embargo, resulta difícil interpretar sus resultados, si no se dispone de valores de referencia.

Como alternativa, se propone el **Coeficiente de Acuerdo (A)**. El mismo se basa en la **relación entre la coincidencia de las respuestas a un instrumento y su distribución en un conjunto de categorías de un sistema clasificatorio o escala**. Así, cuando el acuerdo es completo, las respuestas se concentran en una sola categoría; cuando el desacuerdo es total, todas presentan la misma frecuencia.

El **Coeficiente de Acuerdo** (**A**)**,** resulta de una adaptación simple del **Coeficiente de Entropía Relativa** (**R**) propuesto por Scott y Wertheimer (1964)[1]:

A = 1 - R Donde:

R se define operacionalmente como:

$\mathbf{R = H_x / H_{max\ k}}$

$\mathbf{H_x = \sum(p_i . \log_2 1/p_i)\ i}$

$\mathbf{H_{max} = \log_2 k}$

Donde

$\mathbf{p_i}$: frecuencia relativa en cada categoría de la escala

k: número de categorías de la escala

Los valores de (R) están inversamente relacionados con la predictibilidad de un evento o fenómeno, en relación con un conjunto de resultados posibles. En este sentido, los valores bajos de (R) implican la reducción del nivel de incertidumbre sobre la decisión clasificatoria, de la misma forma en la que se interpretan los valores altos de (A).

Amplitud del Coeficiente de Acuerdo (A)

Los valores de (A) varían de 0 (máximo desacuerdo) a 1 (acuerdo total) de las respuestas de un grupo de sujetos respecto a algún atributo o variable de interés. Los padrones interpretativos para valores intermedios son los siguientes:

Cuadro Nº 2: Correspondencia entre valores de A y nivel del acuerdo.

Valores de A	Acuerdo
0.60 a 1.00	Alto
0.30 a 0.59	Moderado
0.00 a 0.29	Bajo

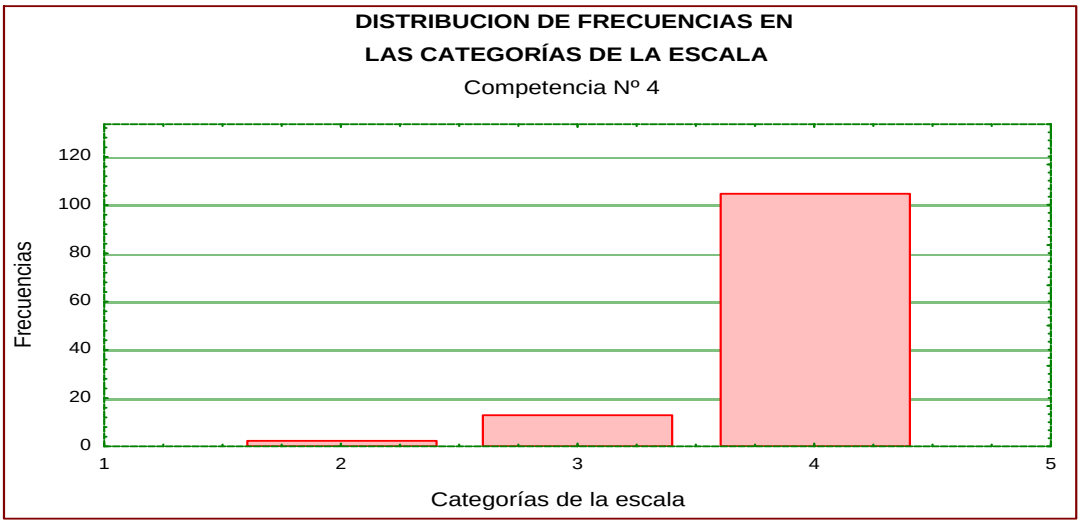


Gráfico Nº 3: Frecuencia de respuestas sobre importancia de la competencia nº 4.

Un ejemplo comunica mejor las nociones descritas. El gráfico Nº 3 muestra la frecuencia de las respuestas individuales referidas a la importancia de la competencia Nº 4 "Concebir, analizar, proyectar y diseñar obras de ingeniería civil".

<u>Categorías de la escala</u>

1 Nada
2 Poco
3 Suficiente
4 Mucho

Nótese la concentración de respuestas en la categoría Nº 4, producto del acuerdo de las percepciones individuales. Esto se expresa adecuadamente en el valor obtenido de A = 0.70.

Como contraste, el Grafico Nº 4 muestra la distribución de las percepciones sobre nivel de desarrollo de la competencia Nº9.

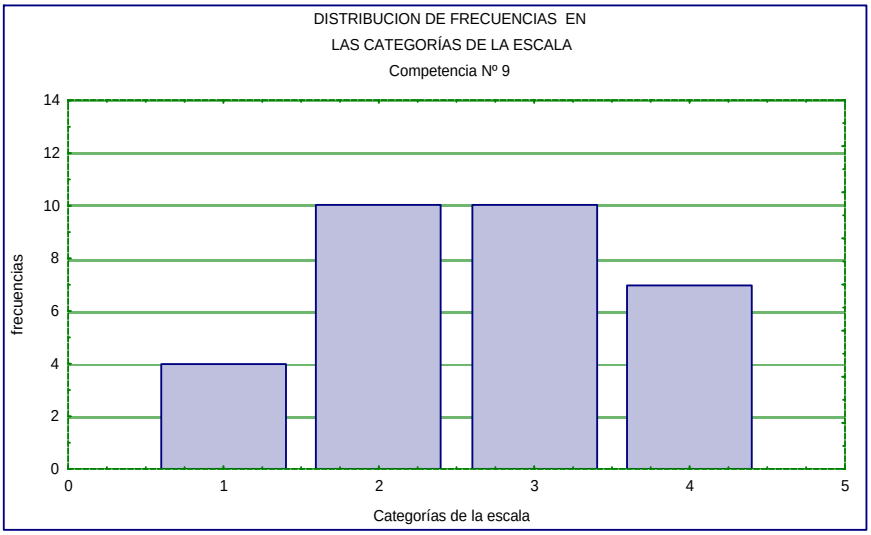


Gráfico Nº 4: Frecuencias de las percepciones sobre nivel de desarrollo de la competencia Nº 9

Coeficiente de acuerdo **(A)** sobre las percepciones individuales respecto a nivel del desarrollo de la competencia Nº 9= 0.34 (Moderado).

Categorías	Proporciones (P)
1	0.219
2	0.323
3	0.323
4	0.225

El valor de A para la competencia No. 9 es claramente menor que el calculado para el caso de la competencia No. 4, lo que es coherente con la diferencia en la concentración de las respuestas respectivas.

Al parecer, los ejemplos descritos muestran la utilidad de (A) como indicador del acuerdo entre respondentes individuales. Como se calcula para cada ítem (competencia) se requiere la consideración simultánea de un conjunto de valores para una inferencia apropiada sobre el acuerdo global. La mediana y los cuartiles de A pueden servir como una aproximación práctica. Para el caso de la importancia de las competencias en estudio (ver Tabla 1) se tiene:

Mdn (A) = 0.48
Q_3 (A) = 0.56
Q_1 (A) = 0.40

Según la interpretación sugerida en el Cuadro No. 2, el nivel de acuerdo entre individuos se halla dentro de límites aceptables, ya que el valor mínimo puede interpretarse como "moderado" según dichos criterios.

4. Comportamiento del instrumento en términos de consistencia interna

- **¿Cuál es el grado de fiabilidad (consistencia interna) del instrumento utilizado para el presente estudio?**

El cuestionario "Tuning – Competencias específicas de Ingeniería Civil", incluye dos componentes de 19 ítems cada uno. El primer componente indaga sobre "importancia que tiene la competencia o habilidad para el ejercicio de la profesión"; el segundo sobre "el nivel en que la habilidad o competencia se ha desarrollado en la Universidad".

La fiabilidad instrumental puede estimarse mediante varios procedimientos. Uno de ellos es el cálculo del coeficiente THETA (θ) descrito por Carmines y Zeller (1983), en el marco del Análisis Factorial.

El coeficiente se basa en la relación entre el número de ítems y la raíz latente (autovalor) correspondiente al primer factor extraído en el análisis.

En el presente caso, los valores hallados fueron:

Para el primer componente:
$\theta = 0.85$
Para el segundo componente:
$\theta = 0.90$

Se acepta, generalmente, que valores de θ mayores que 0.80 indican una fiabilidad adecuada para este tipo de instrumentos.

Discusión

Como se dijo, el propósito del presente estudio era estimar la credibilidad de la información obtenida sobre competencias profesionales, a partir de las **percepciones** de los actores involucrados.

Operacionalmente, se la ha definido como el grado de **coincidencia** entre colectivos (estamentos), es decir, el **acuerdo** entre sujetos individuales sobre atributos específicos de las competencias y la **confiabilidad** del instrumento.

Se ha apelado, principalmente, a procedimientos multivariados para generar los indicadores cuantitativos pertinentes. Así, a partir de una presentación matricial de los datos, se emplearon el Análisis Factorial y el Análisis de Perfiles. Para el caso del acuerdo entre individuos, se utilizó el Coeficiente de Acuerdo (A), sugiriendo cortes interpretativos para estimar el grado de plausibilidad de las inferencias a partir de los valores de A.

Los hallazgos muestran que, según los indicadores considerados, la consistencia interna de la información obtenida en la consulta a los actores académicos, es aceptable, con algunas reservas señaladas en los apartados correspondientes.

Desde la perspectiva metodológica, el análisis de las *matrices de proximidad* calculadas en respuestas a las preguntas, puede resultar útil como insumo para decisiones académicas en el área de perfiles profesionales.

Referencias

Carmines, E. y Zeller, R. (1983). *Reliability and Validity Assesment.* Beverly Hills: SAGE Publications

Comrey, A. (1985). *Manual de Análisis Factorial.* Madrid: Catédra.

González, J. y Wagenaar, R., eds. (2006). *Tuning Educational Structures in Europe II.* Universidad de Deusto-Universidad de Groningen, Bruselas.

Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica.* Mc Graw-Hill Inc., México.

Scott, W. y Wertheimer, M. (1964). *Introduction to Psychological Research.* John Wiley & Sons, Inc. New York.

Serafini, O. (1991). *Los perfiles profesionales estructurados*. Revista Portuguesa de Educaçao. 4 (1), pp. 25-36 I.E. – Universidade do Minho.

Serafini, O. (1988). *Análisis de Perfiles en Ciencias de la Educación: Coeficientes ES1 y ES2 de similaridad configuracional entre perfiles cuantitativos*. Revista Paraguaya de Sociología. Año 25, Nº. 72, pp. 193-200.

Recibido: Octubre de 2011
Aceptado: Noviembre de 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):171-182, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"PRESENTE Y FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN PARAGUAY."

"PRESENT AND FUTURE OF THE MENTAL HEALTH SERVICES IN PARAGUAY"

Investigador Titular: María Celeste Airaldi Moujan[1]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"[2]

Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

El servicio de salud pública en Paraguay está limitado por la carencia de recursos técnicos, económicos y humanos, además de falta de gratuidad en la atención, a pesar de las políticas legales vigentes. Para la atención en salud mental se destina únicamente el 1% del presupuesto anual de la nación para salud.

Afortunadamente, la nueva política nacional de salud mental, aprobada en enero del 2011, se orienta a la erradicación de las violaciones de los derechos humanos sufridas por los usuarios, por medio de la desmanicomialización gradual y la reinserción comunitaria.

Con el objetivo de ejemplificar los servicios de salud mental en Paraguay, en este artículo se presentan antecedentes, informes y políticas que resumen la situación actual en la que se encuentran las personas con discapacidad y trastornos mentales, además de los nuevos proyectos planificados para la próxima década.

Palabras clave: Paraguay, Salud Mental, Manicomio, Hospital Psiquiátrico, Internación.

[1] Correspondencia puede ser remitida a cairaldi@sensorium.com.py, Lic. María Celeste Airaldi, Directora de Sensorium. Avda. Los Yerbales 18, PB, Ciudad del Este, Alto Paraná, Paraguay.

[2] Correspondencia remitir a: editor@psicoeureka.com.py, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

Abstract

The public health service in Paraguay is limited due to the lack of technical, economical and human recourses, and also for the scarcity of free medical assistance, in spite of the current legal policies. For the mental health attention, only 1% of the national health budget is provided.

Luckily, the new mental health policies, approved in January 2011, are oriented to the eradication of the human rights violations suffered by the users, considering the gradual deinstitutionalization and community reinsertion.

With the goal of sampling the mental health services in Paraguay; background, reports and policies are presented in this article. They summarize the current situation of the handicapped and mentally disabled, as well as the new projects planned for the next decade.

Key words: Paraguay, Mental Health, Mental Hospital, Psychiatric Hospital, Hospitalization.

Estado del Conocimiento

La República del Paraguay, según la clasificación del Banco Mundial, corresponde a un país de ingreso medio-bajo (Banco Mundial, 2009). Dada su limitación de ingresos financieros, el país sufre restricciones en todas las áreas consideradas vitales para el desarrollo de la calidad de vida de sus habitantes, incluyendo salud y educación.

En lo que a salud se refiere, más allá del contexto legal vigente, en la práctica cotidiana, la atención gratuita es casi inexistente, situación preocupante si se considera que solamente el 20% la población tiene algún tipo de seguro de salud (Alianza Patriótica para el Cambio, 2008).

Tan carente es la situación de la salud pública en el país, que en su introducción, la propuesta de salud del actual gobierno (electo para el periodo 2009-2013) establece: “En nuestro país, no tenemos razones para estar orgullosos con lo que se hizo históricamente por la salud de nuestro pueblo. Los modelos que adoptamos a lo largo de nuestra historia han sido ineficientes, incapaces de dar mínimas respuestas a los problemas más elementales.” (Alianza Patriotica para el Cambio, 2008)

Ya en cuanto a salud mental, aún el modelo reinante es el manicomial, centrado en la única institución del Estado que ofrece atención a personas con trastornos mentales: el Hospital Psiquiátrico de Asunción (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010), el cual posee notorias limitaciones de recursos financieros, técnicos y humanos, además de antecedentes de violaciones de los derechos humanos (Irala de Kurz, 1997; Mental Disability Rights International, s/f).

Para desarrollar el tema de la situación actual de los servicios de salud mental en Paraguay, así como sus antecedentes y proyecciones futuras, la presente monografía tiene por objetivo central resumir informes de diferentes entes gubernamentales y organismos internacionales, además de ejemplificar políticas y proyectos sanitarios del país.

El Sistema de Salud Paraguayo.

La Constitución Nacional del Paraguay, vigente desde 1992, establece en su artículo 68, que "el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad" y que "nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes".

La entidad responsable de velar por la salud de los ciudadanos paraguayos es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), a través del Sistema Nacional de Salud. La Superintendencia de Salud es la institución encargada de controlar y supervisar a todas las entidades de salud del país. La atención en salud pública está representada en los Hospitales Regionales, el Hospital de la Universidad Nacional de Asunción, el Hospital Militar, el Hospital de Policía y los centros gubernamentales y municipales (con sus puestos de salud). Además, se incluye al Instituto de Previsión Social (IPS), que tiene la finalidad de resguardar a los trabajadores que aportan un porcentaje de su salario a cambio del cuidado de su salud y su jubilación. (Organización Panamericana de la Salud, s/f).

El actual Sistema Nacional de Salud consta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que se orientan a la descentralización de la atención, poniendo énfasis en la comunidad, al mismo tiempo que se promueve la prevención y la promoción de la salud. Para ello, las RISS disponen de un directorio de servicios de salud mental, si bien en su mayoría los servicios especializados siguen sirviendo a la zona de la capital y alrededores.

El sistema de las RISS está conformado por Redes de Atención Primaria en Salud (RAPS), la Red de Atención Especializada, la Red de Atención a las Urgencias y la Red de Atención Hospitalaria, además de otras redes complementarias, incluyendo una red de transporte y otra de información (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

Los fondos del MSP y BS provienen del presupuesto del Estado, además de contar con recursos propios y externos. Para el 2011, el presupuesto del Estado establecido para la salud equivale aproximadamente a U$ 1.026.290.302 en moneda local, constituyendo un promedio de U$158 por habitante por año, en un país donde el salario mínimo vigente es equivalente a U$ 415 (Congreso de la Nación Paraguaya, 2011).

A pesar del marco legal establecido en la Constitución Nacional y de las instituciones encargadas de proteger la salud y promover la calidad de vida de la ciudadanía paraguaya, en la práctica, la atención sanitaria totalmente gratuita es inexistente. Esto se debe a múltiples factores, desde geográficos y políticos, hasta financieros y socioeconómicos. Esta carencia de la gratuidad sanitaria, convierte al Paraguay en un país donde, aún en el siglo XXI, el 1,2% de la población muere por diarrea, el 0,9% por tuberculosis y 1% por enfermedades nutricionales y anemia. Además, el 78,3 % de los paraguayos carece de cualquier seguro de salud. (Alianza Patriotica para el Cambio, 2008).

Entre los principales problemas que posee el sistema de salud pública del Paraguay está la falta recursos humanos y técnicos, además de la ausencia de participación social, la mala distribución geográfica de los recursos humanos y el incumplimiento de las leyes vigentes en relación a la salud. (Alianza Patriótica para el Cambio, 2008)

Precisamente uno de los factores más limitantes para una buena atención en salud pública es la mencionada distribución dispareja de recursos humanos, ya que el 70% de los médicos del país se encuentra en la capital y sus alrededores, siendo que esta región solo alberga al 26% de la población nacional (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2006). Esto acarrea numerosos inconvenientes, ya que muchos pacientes se ven imposibilitados de recibir atención médica a causa de los problemas logísticos y económicos que ocasiona el traslado a otra ciudad.

Salud Mental en Paraguay.

En un país donde la atención médica básica está tan restringida, resulta muy difícil poder invertir fondos de salud pública para la mejoría de los trastornos mentales. En consecuencia, del presupuesto del Estado destinado a la salud, solo el 1% corresponde a salud mental (según el presupuesto 2011, equivale a un valor promedio de U$ 10.262.903 en moneda local) (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2006).

Además, Paraguay carece de leyes de salud mental, pero sí posee políticas y planes que abordan el tema. Si bien el artículo 58 de la Constitución Nacional de 1992, ampara a las personas excepcionales, incluyendo en esta categoría a discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, no existen regulaciones específicas a la internación involuntaria, el derecho a la elección del tratamiento impartido, la responsabilidad legal u otras cuestiones asociadas.

En el año 2006, empleando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó un estudio que permitió recabar información sobre la situación de los servicios en el país, el cual fue plasmado en un informe con resultados alarmantes. Se comprobó que, como únicamente el 2% de los profesionales médicos se dedican a salud mental, existen solo treinta y cinco profesionales del área por cada 100.000 habitantes, siendo en su mayoría psicólogos (28,9: 100.000). En cuanto a los psiquiatras, la distribución es de uno cada 100.000. Además, no existen enfermeros ni auxiliares capacitados para atender a pacientes psiquiátricos. Escasean los trabajadores sociales y los terapeutas ocupacionales por una la limitada oferta académica. En muchos centros de atención, son artesanos o personas entrenadas en oficios quienes hacen a la vez de terapeutas ocupacionales.

Paraguay cuenta con un único hospital psiquiátrico, el cual está ubicado en Asunción y tiene financiación del Estado (recibe el 84% del presupuesto destinado a salud mental). La institución posee un promedio de cuatrocientas camas, con una mayoría de pacientes con esquizofrenia. Entre el año 2000 y el 2005 la disponibilidad de camas aumentó un 8%, demostrando que en vez de buscar métodos para descentralizar la hospitalización psiquiátrica, como sugiere la tendencia internacional, se están otorgando recursos para aumentarla.

Según el informe de la OMS, el 68% de los pacientes permanece menos de un año hospitalizado, pero un 10% queda institucionalizado más de diez años.

Se desconocen las cifras de internaciones involuntarias, pero entre 11% y 20% son sometidos a contención o aislamiento (OPS /OMS, 2006).

Dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud, los servicios públicos de atención a la salud mental existentes, más allá del Hospital Psiquiátrico, incluyen el Centro de Control de Adicciones de Asunción y cinco centros de día, a saber (Frachi Rodríguez, 2011):

- Centro de Día para Niños y Niñas con Trastornos Generalizados del Desarrollo (Centro de Salud Nro. 3) (ubicado en Asunción).

- Centro El Puente, para rehabilitación, acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional de pacientes con trastornos mentales y retraso mental leve (ubicado en Asunción).

- Centro Arte-Día, para rehabilitación psicosocial por medio de arteterapia, musicoterapia, danzaterapia y acompañamiento psicológico a pacientes con trastornos mentales en general (ubicado en Asunción)

- Centro de Día Refugio para el Alma, un espacio de esparcimiento y acompañamiento terapéutico de personas con trastornos mentales, y el único del país con inclusión de familiares y amigos en sus proyectos (ubicado en Yaguarón, Departamento de Paraguarí).

- Centro de Atención a la Juventud, un servicio de salud general para población adolescente que incluye proyectos de rehabilitación y reinserción para pacientes con trastornos mentales (ubicado en Asunción)

La población infantojuvenil es la más desfavorecida, pues no existen centros de internación que ofrezcan alas específicas o atención psiquiátrica para niños y adolescentes. De hecho, solo el 3% de las camas del hospital psiquiátrico de Asunción está destinada a esta faja etaria. En general, los pacientes menores son atendidos por profesionales de la psicología o la psicopedagogía de manera ambulatoria en centros comunitarios o privados.

Salud Mental y Derechos Humanos en Paraguay.

Según Gable, Vásquez, Gostin & Jiménez, (2005), de las treinta y cinco naciones que forman parte de Latinoamérica y el Caribe, solamente dieciséis poseen una ley específica de salud mental. Desafortunadamente, Paraguay no es una de ellas.

Como en la mayoría de los países, Paraguay tiene leyes generales de salud pública y de no discriminación, incluyendo el mencionado artículo 58 de la Constitución Nacional de 1992. Sin embargo, estas leyes no consideran específicamente los aspectos relacionados a salud mental, como ser la capacidad legal y la inimputabilidad, la voluntariedad y el consentimiento ante los tratamientos y las internaciones, entre otros.

Si bien Paraguay se ha adherido a varios acuerdos internacionales que velan por los derechos de las personas con trastornos mentales y/o discapacidad (incluyendo la Convención Interamericana de los Derechos Humanos, la Declaración de Caracas, el Protocolo de San Salvador y la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad), aun en la actualidad son numerosas las violaciones a los derechos humanos que se observan en el país (Caldas de Almeida, 2005).

En Paraguay, las personas con discapacidad y trastornos mentales sufren la desocupación y el abandono, pues carecen de opciones terapéuticas, oportunidades laborales y de inclusión educativa (Irala de Kurz, 1997).

La situación más crítica en cuanto a violación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidad se observa en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, la cual obtuvo interés internacional cuando una comisión de Mental Disability Rights International (MDRI) realizó una visita de observación al manicomio y, además de la superpoblación de la institución (110% de su capacidad), documentó a dos menores desnudos, aislados en celdas y sin servicios sanitarios básicos ni camas. Además, los internos adultos compartían los mismos espacios que los niños y adolescentes (Mental Disability Rights International, s/f).

La auditoría de MDRI concluyó que los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Asunción vivían en situaciones insalubres (incluyendo excremento, orina y basura en estado de putrefacción en espacios comunes), ausencia de tratamientos protocolizados, carencia de medicamentos y alimentación, falta de atención médica clínica, psiquiátrica y odontológica, y registros médicos negligentes, entre otras barbaries. De hecho, las estadísticas de internación del hospital entre los años 2001 y 2003 confirman que 46,06% de los internos carecían de diagnóstico (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2004).

Tal fue la situación de negligencia, que en el 2003, la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) debió imponer medidas cautelares al manicomio, por petición de MDRI y el Center for Justice and International Law (CEJIL). Estas medidas cautelares imperaban al Gobierno Paraguayo a la detención del tratamiento infrahumano recibido por los internos, junto con la gradual desmanicomialización de los más de cuatrocientos pacientes crónicos para su reinserción comunitaria. La intervención de CIDH derivó en la firma de un acuerdo con el Gobierno para acatar la liberación, siendo éste el primero de su especie en Latinoamérica, ya que garantizaba los derechos de los pacientes que viven y reciben tratamientos mentales en su comunidad. Además, fue el primer proyecto urgente que la CIDH presentó para proteger la vida de los internos psiquiátricos, poniendo especial énfasis en mujeres y niños (Mental Disability Rights International, s/f).

Penosamente, en julio de 2004, la CDIH se vio ante la necesidad de prolongar por 6 meses más las medidas de urgencia establecidas, pues una nueva auditoría de MDRI reportó mejorías en las condiciones de internación de los pacientes, pero aún por debajo de las normas internacionales de derechos humanos, ya que todavía había cientos de pacientes sin un diagnóstico y tratamiento estandarizado. Esto fue corroborado también por el Atlas de Internación del Hospital Psiquiátrico del período 2001-2003, donde se comprueba que a los seis meses del alta, casi un cuarto de los pacientes debía ser reingresado, y que a los dos años, el 47% volvía a ser internado, aspecto que demuestra que no solo los tratamientos eran ineficaces, sino que carecían de orientación a la funcionalidad social (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2004).

La ineficiencia de los tratamientos impartidos, se ve en el hecho de que ciudadanos paraguayos viajen a Brasil y Argentina, por atención en salud mental (Irala de Kurz, 1997).

En 2005, por intermedio de la CIDH, MDRI y CEJIL firman un acuerdo con el Gobierno Paraguayo, en el cual se comprometen en un plazo no mayor a cinco años, a realizar la desmanicomialización gradual de los internos e instaurar servicios de salud mental comunitaria. Asimismo, se estipuló la promulgación de una ley nacional de salud mental. Este plazo ya ha fenecido y ninguna de las acciones prometidas se han cumplido, y si bien la ley tiene media sanción en la Cámara de Diputados del Paraguay, no ha sido aun aprobada (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

No obstante, como parte de la liberación de los internos y en respuesta a las medidas cautelares impuestas, en el año 2007, se inicia un plan de hogares sustitutos, cuyo objetivo es la reinserción comunitaria, si bien continúan con una visión manicomial de la atención en salud mental. A la fecha, son tres los hogares sustitutos económicamente independientes de los cuales dispone el país, aunque los mismos se encuentran en situación crítica por falta de apoyo financiero, social y cultural (López, 2011).

Cabe resaltar que en julio del 2008, la CIDH debió imponer nuevas medidas cautelares por violación de los derechos humanos al Hospital Psiquiátrico, las cuales fueron recién levantadas en septiembre de 2010 (Mental Disability Rights International, s/f).

Futuro de los Servicios de Salud Mental en Paraguay.

El actual gobierno de Paraguay ha establecido una nueva política de salud, basada en los principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social,
para evitar así eliminar, o al menos disminuir, las violaciones a los derechos humanos relacionadas con el acceso a la salud, tanto mental como general. Esta nueva política de salud busca eliminar la brecha existente entre la población más pobre y la de clase media-alta, pues la primera carece de atención médica y acceso a medicamentos gratuitos, por lo que el índice de mortalidad es notoriamente elevado aún en patologías totalmente prevenibles y tratables (Alianza Patriótica para el Cambio, 2008).

Si bien se ha mencionado que existen leyes que garantizan el acceso a la salud, el propio documento emanado del proyecto de salud del gobierno actual estipula que “no es que no tengamos leyes sino que éstas no se cumplen” (Alianza Patriótica para el Cambio, 2008). Pero más allá de las políticas, los proyectos y las leyes que los amparan, existe aún el problema de la falta de datos estadísticos y epidemiológicos, por lo cual resulta poco probable realizar planificaciones eficaces que respondan a las reales necesidades sanitarias del país.

Dentro del marco de la propuesta de salud 2009-2013 de la Alianza Patriótica para el Cambio (2008), en lo que respecta específicamente a salud mental, se ha incluido un apartado denominado “Paraguay, un país que promueve la salud mental”, donde se promete “tolerancia cero” ante las situaciones de diversa índole, algunas de las cuáles son directamente relacionadas a aspectos de las enfermedades mentales, mientras que otros tienen una correlación indirecta, pero probablemente causal sobre la salud mental, por lo cual se podrían agrupar en dos categorías para su mejor comprensión: Aspectos relacionadas a la atención en salud mental y factores potencialmente causantes de sufrimiento psicológico.

Entre los primeros, se encuentran la falta de acceso a los servicios de salud mental, la carencia de redes sociales de apoyo integral y de comunidades terapéuticas, la adicción en todas sus formas y las hospitalizaciones psiquiátricas

infrahumanas, crónicas e innecesarias. En relación a los factores potencialmente causantes de sufrimiento psicológicos, se cita a la violencia intrafamiliar, la emigración parental, el abuso sexual, las frustraciones por falta de empleo o bajos ingresos, la sobrecarga de alumnos en las aulas, la violencia en los medios de comunicación social y la deprivación afectiva, entre otros.

Asimismo, el proyecto de salud vigente propone una mayor integración de las personas con discapacidad, a través de más y mejores oportunidades para una vida autónoma, ya sea por medio de un aumento de los accesos edilicios y de transporte público, como de proyectos de inclusión educativa, planes de seguridad social, acceso a programas de rehabilitación y desarrollo, y por sobre todo, eliminación de las violaciones a los derechos humanos de las personas con capacidades diferentes.

Para cumplir con estos postulados, se han prometido censos e investigaciones demográficas y epidemiológicas que permitan recabar datos sobre la real situación de las personas con trastornos mentales y/o discapacidades (Alianza Patriótica para el Cambio, 2008).

Otro aspecto a resaltar es que en enero de 2011 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha aprobado una nueva Política Nacional de Salud Mental, vigente para el período 2011-2020. Esta se centra en un proyecto de desmanicomialización, bajo el modelo descentralizado-humanista y orientado a la comunidad.

La nueva política de salud mental se ha valido del modelo italiano de Basaglia, el Bureau de Alternativas a la Psiquiatría de Europa y el Movimiento Solidario de Salud Mental de América Latina. Han sido de relevancia también las experiencias obtenidas en Río Negro (Argentina) y Río Grande do Sul (Brasil) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

La nueva política nacional de salud mental, enmarcada en el lema “Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud” y el principio de que “no hay salud sin salud mental”, se basa en los valores de respeto a la vida y a la diversidad, humanización y calidad de la atención, responsabilidad ciudadana, competencia de los profesionales, solidaridad y perseverancia en la ejecución de los propósitos y objetivos propuestos. En consecuencia, se orienta a la rehabilitación y desarrollo integral de las personas con trastornos mentales para su reinserción social con compromiso ciudadano. Para lograr estos objetivos, el Gobierno, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Hacienda, está realizando negociaciones para transferir fondos presupuestarios al área de salud mental y ampliar los recursos disponibles (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010). No obstante, más allá del mayor presupuesto, se debe encontrar una solución a la falta de capacitación técnica de los profesionales y auxiliares, y a la ineficaz distribución geográfica de los servicios de atención, los cuales limitan la accesibilidad a los centros de salud mental.

Uno de los puntos más interesantes de esta nueva política de salud mental es que, por primera vez en Paraguay, se ha puesto énfasis en la calidad de vida y en la prevención, por medio de la reducción de situaciones que favorecen el sufrimiento psíquico y la aparición de trastornos mentales. Asimismo, se han contemplado acciones protectoras, educativas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras para potenciar la autonomía de las personas con trastornos mentales, con el objetivo de eliminar gradualmente el modelo de institucionalización crónica. Para ello, se espera la erradicación del

desarraigo, el aislamiento, el hacinamiento, la cronificación, la estigmatización y demás situaciones que violan los derechos humanos, por lo cual, desde este nuevo modelo, las personas que requieran internación en su fase aguda, podrían hacerlo en hospitales generales que tengan una unidad de atención en salud mental, aprobando internaciones involuntarias únicamente cuando se cumplan cuatro criterios:

1) Que exista una situación de crisis que no pueda ser abordada en la red comunitaria; 2) Que la persona tenga un diagnóstico corroborado por al menos dos profesionales de salud mental; 3) Que el diagnóstico implique una situación de riesgo para sí mismo y/o para terceros; y 4) Que en caso de no realizarse una intervención terapéutica urgente, el deterioro consecuente sea potencialmente irreversible. Asimismo, las intervenciones deberán ser breves (no mayores a 72 horas) y contar siempre que sea posible por un consentimiento informado (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010). Cabe resaltar que si bien estas son condiciones ideales enmarcadas dentro de los convenios internacionales de protección de los derechos humanos de personas con trastornos mentales, deberán estar estipuladas dentro de una ley de salud mental para poder asegurar su cumplimiento en todo el territorio nacional, situación que hasta la fecha no se ha concretado.

Otro aspecto digno de ser destacado es el interés puesto en la participación social y la reinserción comunitaria, por medio de lo que se ha llamado "desmanicomialización cultural, presupuestaria y edilicia". En este punto, el objetivo está puesto en reducir la estigmatización que sufren las personas con trastornos mentales y/o discapacidades en Paraguay, pues una mayor interacción en la comunidad permitiría desmitificar muchos de los aspectos negativos relacionados a sus patologías.

De esta manera, en el marco de las nuevas políticas de salud mental, se han estipulado cuatro pilares de trabajo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010):

1. Análisis de las necesidades en el área de salud mental para promover la calidad de vida y salud en general, con tolerancia cero hacia los padecimientos psíquicos y la discapacidad.
2. Cambiar el modo de atención, del modelo asistencialista centrado en la hospitalización, hacia el promocional, centrado en la prevención y rehabilitación.
3. Asumir un nuevo modo de gestión y participación social, incluyendo la desmanicomialización cultural y presupuestaria.
4. Utilizar una lógica de trabajo transeccional.

Asimismo, la Red Integrada de Servicios de Salud, prevé incorporar también redes de atención especializada ambulatoria en salud mental, las cuales serían instaladas en centros comunitarios, hospitales distritales o generales, según la disponibilidad regional. Estos centros tendrían una red territorial de atención cada 75.000 habitantes y serían conformados mínimamente por un psicólogo, psicopedagogo, trabajador social, terapeuta ocupacional o artesano, médico clínico y/o psiquiatra (Frachi Rodríguez, 2011). Si bien este proyecto es de gran relevancia para la atención de los pacientes con discapacidad y/o enfermedades mentales en su comunidad, no es la primera vez que se propone, ya que el Informe de los Derechos Humanos en Paraguay del año 1997 (Irala de Kurz, 1997), lo postuló como una sugerencia de solución a los problemas de distribución y logística de los servicios de atención en salud mental. Esto podría deberse a que su puesta en marcha depende de aspectos más allá de los programáticos, incluyendo los financieros, políticos, técnicos y de recursos humanos.

Conclusiones

Un análisis crítico de las diferentes fuentes consultadas permite concluir que la situación de los servicios de salud mental en Paraguay es preocupante, especialmente por los limitados recursos financieros, técnicos y humanos disponibles, pues más allá de una ampliación presupuestaria del Estado para el sector, si no se cuentan con profesionales capaces de asumir los nuevos puestos, será imposible prolongar la red asistencial. Considero que este es un punto que requiere especial consideración. La falta de oferta académica para trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, así como la ausencia de capacitación técnica específica para enfermeros psiquiátricos y auxiliares, se convierte de esta manera en un asunto de salud pública. Asimismo, la limitada disponibilidad de profesionales psiquiatras y su dispareja distribución geográfica, son elementos que restringen la posibilidad de mejorar la situación de los servicios de atención en salud mental, a pesar de los nuevos programas y políticas establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Siguiendo con los problemas de distribución geográfica no equitativa en términos de atención, se debe resaltar el punto de que existe un único centro de internación psiquiátrica de fondos públicos en el país, lo cual genera además de problemas económicos para los pacientes que necesitan trasladarse a la capital, un aumento del porcentaje de internaciones crónicas, pues en muchas ocasiones, los familiares no realizan un seguimiento del tratamiento y, nuevamente por problemas económicos, no vuelven a Asunción a buscar a las personas internadas. Esto obviamente favorece el aislamiento social y elimina toda posibilidad de reinserción comunitaria.

Precisamente sobre los tratamientos impartidos en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, llama la atención el elevado porcentaje de internos que carecen de diagnóstico (46,06%, según la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos; 2004). Se subentiende entonces que, si casi la mitad de las personas institucionalizas en el manicomio se encuentran sin un cuadro patológico identificado dentro de los estándares diagnósticos internacionales, no están recibiendo un tratamiento acorde a sus necesidades, y por ende, no podrán obtener el alta que les permita autonomía y funcionalidad dentro de la sociedad.

Más allá de aquellos internos que sí poseen un diagnóstico y un tratamiento protocolizado, es necesario resaltar las repetidas denuncias de violaciones de los derechos humanos ocurridas en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, lo cual, si se considera que es el único centro del país al que pueden acceder las personas con trastornos mentales, resulta una situación de impotencia para quienes requieren de sus servicios, así como una preocupación adicional para sus familiares.

Pero aunque se optimicen los aspectos mencionados, mientras no exista un marco legal específico que proteja a las personas con trastornos mentales, considero que los esfuerzos seguirán siendo en vano, pues no se podrán oficializar mejorías en la atención que reciben si no están regularizadas las consideraciones jurídicas que permitan erradicar las violaciones de los derechos humanos que viven cotidianamente estas personas en el país. Sobre este punto, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) de Buenos Aires, presenta en el año 2009 un informe con consideraciones jurídicas relacionadas a la promulgación de una ley de salud mental en Argentina, el cual también es viable y coherente para Paraguay.

El informe estipula que para poder cumplir con los acuerdos y convenciones internacionales sobre los derechos de las personas con trastornos mentales, además de crear una ley específica de salud mental, se requieren modificaciones legislativas, incluyendo cambios en los códigos procesales civiles y penales, tanto sea para dotar a los enfermos de personería jurídica, como para garantizarles derechos en referencia a su consentimiento frente a los tratamientos impartidos, igualdad de oportunidades laborales y educativas, objetividad sobre su competencia legal y demás aspectos que propicien su condición de "igual" frente a las personas que no sean usuarias de los servicios de salud mental. En este punto el CELS menciona que la única forma de comprender las necesidades de las personas con trastornos mentales es garantizando su participación activa en la creación de la ley de salud mental.

Si bien la situación presente es crítica, la instauración de la nueva Política Nacional de Salud Mental 2011-2020 podría ser prometedora de grandes avances en la atención de servicios de salud mental de Paraguay. Su énfasis en la reinserción social y la erradicación del desarraigo comunitario podría ser una solución para gran parte de los problemas que se observan actualmente. No obstante, se debe ser objetivo al considerar que su implementación total requerirá un tiempo considerado, además de un cambio de paradigma, de la "institucionalización" a la "desmanicomialización". Cabe a los profesionales de la salud mental favorecer ese cambio de paradigma por medio del apoyo a la nueva política de salud mental, al mismo tiempo que se actualizan permanentemente para poder garantizar la prestación de servicios de calidad técnica.

En este punto, queda al pueblo paraguayo esperar la implementación de estos cambios en materia de salud mental, para así exterminar definitivamente la estigmatización que las personas con trastornos mentales sufren, pasando así a ser usuarios de derechos. Y esto solo será posible por medio de la promulgación de una ley nacional de salud mental.

Referencias

Alianza Patriótica para el Cambio. (2008). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud con Equitativa*. Propuesta de salud 2008-2013. Asunción.

Banco Mundial. (2009). *Paraguay*. Recuperado el 27 de junio de 2011. Extraído de: www.datos.bancomundial.org/pais/ /paraguay

Caldas de Almeida, J. M. (2005). *Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe*. Revista Panamérica de Salud Pública, 18, pp. 314-326.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2009). *Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia.* Buenos Aires: CELS.

Congreso de la Nación Paraguaya. (2011). *Ley 4.249, que aprueba el presupuesto general de la nación para el ejercicio fiscal 2011*. Asunción: Poder Legislativo de la República del Paraguay.

Constitución Nacional del Paraguay (1992). Asunción: Poder Legislativo de la República del Paraguay.

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (2004). *Atlas de internación del Hospital Psiquiátrico: Descripción y análisis de la estadística años 2001-2003.* Fernando de la Mora: Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos.

Frachi Rodríguez, A. M. (2011). *Directorio de servicios de atención a la salud mental en la red integrada de servicios de salud - RISS.* Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Gable, L., Vásquez, J., Gostin, L., & Jiménez, H. V. (2005). *Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions*. Pan American Journal of Public Health , 18, 366-373.

Irala de Kurz, R. (1997). *Informe de Derechos Humanos en Paraguay 1997.* Asunción: Coordinadora de los Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY).

López, C. (2011, Junio 26). *Médico Critica la "Manicomialización" de Institutos Psiquiátricos.* Asunción: Diario ABC Color.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010). *Política nacional de salud mental 2010-2020.* Asunción.

Organización Panamericana de la Salud. (s/f). "*Paraguay: resumen del análisis de situación y tendencias de salud".* Recuperado el 27 de junio de 2011. Disponoble en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_600.htm

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe WHO-AIMS sobre el sistema de salud mental en Paraguay.* Asunción: OPS/OMS.

Recibido: Setiembre del 2011
Aceptado: Noviembre del 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):183-199, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"SATISFACCIÓN USUARIA EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS DE CAAGUAZÚ DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2010"

"User Satisfaction in two Hospitals in Caaguazú in the Second Semester of 2010"

Investigadoras: Maria José Bellenzier Vera[1], Eugenia Eliana González Espinoza[2]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"[3]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

Esta investigación se efectuó con el objetivo de comprobar si existen diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de dos centros hospitalarios de Caaguazú, utilizando un análisis descriptivo, comparativo y transversal, y teniendo en cuenta variables sociodemográficas y hospitalarias (Análisis Intra-sujeto e Inter-sujeto). La muestra constó de 192 mujeres y 58 hombres en la Institución A, y 234 mujeres y 16 hombres en la Institución B. Un total de 250 participantes en cada Centro. Para la selección se utilizó un muestreo intencional no probabilístico de participación voluntaria. Se registraron diferencias significativas en el grupo de Edad y Escolaridad en los factores "Infraestructura", "Calidad de la Atención", "Satisfacción del Usuario" en las Instituciones A y B respectivamente, encontrándose con alto nivel de satisfacción los Adultos Mayores y aquellos usuarios con un nivel de preparación primaria. También, se encontró diferencia significativa al nivel alfa 0,01 en el factor "Participación del Usuario" en la comparación entre ambas instituciones, donde los usuarios de la Institución A (2,78) están satisfechos y los de la Institución B (2,39) insatisfechos.

Palabras clave: Satisfacción Usuaria, Centros Hospitalarios, Estudio Descriptivo, Comparativo y Transversal, Análisis Intra e Inter-sujeto.

[1] Correspondencia puede ser remitida a: majo_bellenzier@yahoo.com.ar Lic. María José Bellenzier Vera. Psicóloga Clínica, Asunción-Paraguay

[2] Correspondencia puede ser remitida a: euge_spinoza@hotmail.com Lic. Eugenia González Espinoza. Psicóloga Clínica, Asunción-Paraguay

[3] Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

Abstract

This research was conducted to find the difference in the degree of satisfaction of patients from two Caaguazú hospitals, using descriptive analysis and cross comparison and considering sociodemographic and hospital variables (Intra-subject and Inter-subject analysis). The sample consisted of 192 women and 58 men in Institution A, and 234 women and 16 men in Institution B, totaling 250 participants in each center. Intentional non-probabilistic voluntary participation was used to select the sample.
There were significant differences in the groups Age and Education when analyzing the factors "Infrastructure" "Quality Care", "User Satisfaction" in Institutions A and B respectively. A high level of satisfaction was reported from the elderly and those patients with an education level of a primary school. Also, significant differences were found at the alpha 0.01 level with the factor "User Participation" in the comparison between the two institutions, where patients from Institution A (2,78) were satisfied and patients from Institution B (2,39) were unsatisfied.

Key words: User satisfaction, Hospital Center, Descriptive Analysis, Cross Comparison, Intra-subject and Inter-subject Analysis.

Estado del Conocimiento

La presente investigación busca determinar y comparar el grado de satisfacción de los usuarios de dos centros hospitalarios de Caaguazú durante el segundo semestre del año 2010. La satisfacción usuaria es identificada a partir de las necesidades y expectativas de los usuarios en relación al servicio utilizado, y estas últimas residen en la percepción subjetiva de las personas. Por ello es elemental indagar qué piensan los usuarios para saber que ofrecerles y de esta manera promover mejoras en la atención otorgada.

La satisfacción usuaria es uno de los principales objetivos de las reformas de salud llevadas a cabo en varios países latinoamericanos. Es un enfoque del sistema de salud como un todo, que reúne variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales; y utiliza herramientas de gestión propias de la administración y la economía. (Araneda, Leiva y Retamal, 2003).

Las investigaciones relacionadas a esta temática son escasas en el Paraguay, por lo que es primordial generar nuevos ejes de investigación para llenar lagunas del conocimiento.

La Satisfacción Usuaria es una experiencia racional en la cual el usuario compara los resultados obtenidos en su experiencia con el servicio, con sus expectativas. (Max-Neef, 1994; Moyano, 1994; Fischer, 1994; Lobos, 1995; Carreño y Moraga, 1997; Rey, 2000; Abril, Pérez y Cubillas, 2003; Andía, 2002; Sosa, Sosa y Gómez, 2003, citados en Araneda, Leiva, y Retamal, 2003). De esta manera el grado de satisfacción se relaciona con las reacciones que la persona presenta después de recibir el servicio.

Dicha satisfacción está determinada por factores propios del usuario y de la organización. Los que corresponden al usuario son las necesidades, las expectativas, los valores, el esfuerzo que realiza la persona para acceder al servicio y la percepción de los resultados. Respecto a la organización son las características

propias de los proveedores del servicio de manera individual (clima organizacional, cooperación, cohesión, pertenencia, interacciones sociales, conocimiento de la tarea, capacitación, reconocimiento y retroalimentación, todas variables que inciden de manera directa en el desempeño de los funcionarios y en el servicio entregado) y de la organización en su totalidad (costos del servicio y posición de la organización en el mercado).

Los factores que inciden de manera determinante en la satisfacción con la atención recibida, corresponden a: relación médico-paciente (información que el profesional brinda al usuario, participación del paciente, escucha y empatía, y atención que considere la dimensión psicosocial en dicha relación), y variables demográficas (sexo, edad, escolaridad y antigüedad en el servicio). (Abril, Pérez y Cubillas, 2003 citados en Araneda, Leiva, y Retamal, 2003). Es decir, la satisfacción con el servicio implica una serie de evaluaciones del tipo cognitivo y emocional, de la estructura, proceso y resultado de la atención misma.

Arndt (citado por Araneda, Leiva, y Retamal, 2003) señala en su modelo de satisfacción usuaria y calidad de vida, que la satisfacción dependerá de la comparación que los usuarios hagan entre la percepción del entorno (el impacto subjetivo del espacio físico en las personas) y las expectativas de calidad (lo que cada cliente espera satisfacer y en qué grado el servicio prestado lo hace) que se tenga de los productos/servicios ofrecidos por la organización. Tanto la percepción del entorno como las expectativas de calidad dependen de un entorno objetivo (la estructura física objetivamente entendida con que cuenta la organización), y de comparaciones sociales y temporales (influencia de amigos, parientes en la decisión de uso del servicio y de cuán satisfecha la persona está ahora con respecto a épocas anteriores y/o posteriores). Finalmente, de acuerdo a Arndt y Descouviéres (citados por Araneda, Leiva, y Retamal, 2003) existe una influencia personal o de los factores subjetivos de cada cliente, tanto sobre sus expectativas como sobre sus percepciones.

En síntesis, la organización, determinada por factores internos y externos, ofrece bienes/servicios al usuario. Éste inicialmente los percibe, para luego compararlos con las expectativas que posee respecto del grado en que esos bienes/servicios satisfacen las tensiones producidas por la necesidad subyacente. Si el usuario percibe que el grado de satisfacción de sus tensiones es alto, el servicio satisfará al usuario. De lo contrario, el usuario se encontrará insatisfecho.

En un estudio realizado en México por Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, y Nigenda-López (1998) se encontró que el 81,2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y para el 18,8% fue mala. Los principales motivos que definieron la calidad fueron el trato personal (23,2%) y la mejoría en salud (11,9%). Y los motivos de mala calidad fueron los largos tiempos de espera (23,7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11,7%). Los encuestados que utilizaron servicios de seguridad social percibieron 2.6 veces más frecuente mala calidad de atención que aquellos que acudieron a servicios privados.

En Cuba Chang, y cols. (1999) hallaron que más del 50% estaba satisfecho con la higiene, el orden y el confort; el 98,5% de los pacientes estaba satisfecho con el trato dado por el personal médico; el 89,4% de los usuarios se mostró satisfecho con el servicio recibido. En relación con el análisis de la variable

sexo, el número de insatisfacciones se comportó muy similar en ambos sexos; y según la variable edad, los grupos más insatisfechos fueron los de 20 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 a 49 años.

La investigación de Hernández Leyva, y cols. (2002) llevada a cabo en México, determinó que la proporción global de sujetos satisfechos era de 64,8 % y la de insatisfechos de 35,2 %. Un elemento que reportó alta insatisfacción (46,2%) fue el relacionado con la atención previa a la consulta, es decir, la dificultad para la obtención de la cita y los tiempos de espera prolongados. Las variables asociadas a insatisfacción fueron: edad entre 14 y 34 años, no vivir en pareja, uso de los servicios menor a tres veces en seis meses y menos de un año de aseguramiento.

También en México, Jiménez y Villegas, y cols. (2003) encontraron que la satisfacción de UED (usuarios externos directos) tenía un índice de 70%, mientras que del UEI (usuarios externos indirectos) era de 74%, ambos dentro de los límites de mínima satisfacción. Las debilidades encontradas con base en la percepción del usuario externo directo e indirecto fueron el deficiente trato personal e individualizado, la escasa educación para la salud y el autocuidado, la falta disposición para resolver dudas, la insuficiente explicación del procedimiento durante su realización, la presentación poco frecuente al ingreso o al inicio de las labores. Las fortalezas manifestadas fueron la cortesía en el saludo, la orientación sobre el servicio al ingreso y durante su estancia, la disposición para aclarar dudas que le surgen al usuario, la capacidad para la realización del procedimiento, el tiempo que tarda en otorgar la asistencia y tiempo que utiliza para realizar los procedimientos.

En el estudio de Gómez Vaquero, y cols. (2004) efectuado en Barcelona, el 99 % de los pacientes evalúo como muy bien o bien la estancia en urgencias, al personal sanitario, la coordinación entre los distintos profesionales y el horario de visitas. Los aspectos de hotelería fueron los peor valorados, entre ellos el nivel de ruido de la unidad (44 % de los pacientes calificaron con regular o malo).

En México Ortiz Espinosa, Muñoz Juárez, y Torres Carreño (2004) hallaron que la proporción de pacientes satisfechos fue del 84,9 %; la misma varió según el servicio recibido entre las diferentes especialidades e instituciones. Para la seguridad social la mayor proporción se encontró en los servicios de medicina interna y cirugía, y para los hospitales sin seguridad social fueron los servicios de traumatología y ortopedia. Del total de los usuarios insatisfechos con la atención recibida las mayores proporciones de mala calidad se encontraron en las instituciones de seguridad social (39,41% vs 19,42%). Las omisiones en los procesos de revisión y diagnóstico constituyeron las principales variables relacionadas con insatisfacción.

Brizuela, Cárdenas, y Espínola (2005) efectuaron una investigación en Asunción en la cual el 83,2% de los encuestados dijo que le informaron con claridad sobre la evolución de su enfermedad y el resultado de las pruebas que le hicieron, y el 43,8% recibió explicación antes de operarle o de realizarle pruebas molestas o dolorosas. Sobre el confort del paciente, 42,9% de los entrevistados considero como muy buena la limpieza de su lugar de internación, 44,6% como buena, 11,4% como regular y 1,1% como mala. En relación al trato personal, el 78,8 % manifestó que fue llamado por su nombre por el personal del servicio. En cuanto a la atención que recibieron de los médicos, el 71,1% la calificaron como muy buena, el 26,6% como buena y el 1,6% como regular. En términos generales, las variables que resultaron de peso en esta valoración fueron de mayor a menor según los

resultados: atención recibida de los médicos, solicitud del consentimiento informado, cuidados recibidos del personal de enfermería, limpieza de la habitación, información sobre la evolución de su enfermedad, tiempo que se tarda en atender, temperatura de la comida, ruido en la habitación, calidad de la comida, grupo de edad, ruido en la habitación por máquinas, y dirigirse al paciente por su nombre.

Ramírez de la Roche, y cols. (2005) evaluaron la satisfacción de los usuarios en México. Entre el 80 y 100% de los usuarios evaluaron como satisfactorios los procedimientos realizados (toma de peso, talla, temperatura y tensión arterial, revisión del médico, preguntas de molestias, y explicación del uso del medicamento) durante la consulta. Después de la consulta, el 84% afirmó que la atención fue como esperaba, el 93% de los usuarios percibió como buena la atención del prestador del servicio, y el 87,2% consideró que solucionó el problema por el que acudió a consulta.

En Perú Terrones Vásquez, y cols. (2006) analizaron la percepción del usuario externo con relación a la estructura, procesos y resultados. Respecto a sí el usuario recibió el saludo, sólo el 26,6% dijo recibir el saludo, el 65,9% no recibió el saludo de la persona que lo atendió, 7,5% prefirió no opinar. En cuanto a la amabilidad y la cordialidad en la atención, el 37,4% manifestó haber sido tratado amablemente, el 46,3% refirió que no recibió amabilidad, y el 16,3% no opino. El 57% de los usuarios dijo que espero mucho tiempo para ser atendido, al contrario del 38,8% que dijo no haber esperado mucho tiempo, y el 4,2% no opino al respecto. El 65% de los usuarios dijo que encontró todos los medicamentos que le recetaron, el 100% recibió completos los medicamentos que solicitó, y el 79% refirió que los precios son justos. El 41,6% de los usuarios manifestó estar satisfecho con la atención recibida, el 36,9% opinó lo contrario, y el 21,5% no opinó sobre este aspecto.

En México Avila (2007) efectuó un estudio para conocer la satisfacción del usuario en relación con la atención recibida. Los resultados arrojaron un promedio de calificación global de satisfacción de 61,96 % satisfechos y 38,04% no satisfechos. En relación a la pregunta si "el médico conoce los problemas relacionados a la salud" el 69,14% respondió de mucho a bastante; así mismo en la confianza que le inspira su médico el 74,40 % y respecto a la orientación que el médico le ofrece al paciente el 69,86 % respondieron de mucho a bastante.

En Colombia Olivar, Rueda Pérez, y Rueda Valle (2007) realizaron una investigación que pretendía evaluar el grado de satisfacción de los usuarios. El 78,7% de los encuestados calificó la infraestructura como excelente. El 97,3% consideró el trato del personal de salud de satisfactorio. El 16,14% expresó cierto grado de inconformidad en la forma como el médico explicó el diagnóstico.

En España González, y cols. (2008) compararon la satisfacción de los usuarios de 4 hospitales. En los resultados se hallaron diferencias entre los hospitales respecto a la edad, el número de ingresos anteriores, el tipo de servicio, los días de estancia y las preguntas que evaluaban el tiempo de espera desde que el usuario llegó al hospital hasta que fue ingresado. Aunque el grado de satisfacción fue alto, se pudieron detectar diferencias en función del hospital y el área de evaluados. Así, los usuarios ingresados en el hospital 3 mostraron mayor grado de satisfacción en los factores información, trato y bienestar (medias de 85, 80,8 y 70,1,

respectivamente), frente al hospital 1, que recibió la valoración más negativa en los dos primeros factores (78,1 y 76,2, respectivamente), y el hospital 2, que obtuvo la puntuación más baja en bienestar (63,1). En el resto de los factores no hubo diferencias claras en lo que respecta a los centros mejor y peor valorados.

Navas Orozco, Navas Orozco, y Sibaja Valverde (2008) buscaron establecer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de una clínica en Costa Rica. Los tiempos de espera para obtener la cita y ser llamados en la consulta fueron considerados como satisfactorios y regularmente satisfactorios. En relación al trato brindado por el personal, el personal de enfermería los atendió de forma amable, cortés y colaborador; el trato del personal médico fue evaluado como regular, bueno y muy bueno. En cuanto al aseo y la limpieza, un alto porcentaje de entrevistados la percibieron como regular.

Problema de Investigación.

Conforme al marco teórico sustentado y al análisis de los antecedentes citados surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de dos centros hospitalarios de Caaguazú según datos recabados durante el segundo semestre del año 2010?

¿Existen diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de dos centros hospitalarios de Caaguazú según datos recabados durante el segundo semestre del año 2010?

Hipótesis

A partir de estas preguntas se establecen las siguientes hipótesis:

H_1: Probablemente existan diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de dos centros hospitalarios de Caaguazú según datos recabados durante el segundo semestre del año 2010.

H_0: Probablemente no existan diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de dos centros hospitalarios de Caaguazú según datos recabados durante el segundo semestre del año 2010.

Para responder a estas interrogantes se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

1. Determinar el grado de satisfacción usuaria en dos centros hospitalarios de Caaguazú sobre datos recabados en el segundo semestre del año 2010.
2. Comparar el grado de satisfacción usuaria en dos centros hospitalarios de Caaguazú sobre datos recabados en el segundo semestre del año 2010.

Objetivos Específicos

1. Describir las muestras en cuanto a Variables Sociodemográficas (Sexo, Edad, Estado Civil, Escolaridad, y Procedencia).
2. Describir las muestras según Variables Hospitalarias (Tipo de Paciente, Tipo de Consulta, Tipo de Aseguramiento y Servicio utilizado al momento de la aplicación del instrumento).

3. Comparar las puntuaciones de las medias según Variables Sociodemográficas en los 7 factores medidos por la *Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos (ESUHP) obtenidas en la Institución A.*
4. Comparar las puntuaciones de las medias según Variables Hospitalarias en los 7 factores medidos por la *Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos (ESUHP) obtenidas en la Institución A.*
5. Comparar las puntuaciones de las medias según Variables Sociodemográficas en los 7 factores medidos por la *Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos (ESUHP) obtenidas en la Institución B.*
6. Comparar las puntuaciones de las medias según Variables Hospitalarias en los 7 factores medidos por la *Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos (ESUHP) obtenidas en la Institución B.*
7. Comparar la satisfacción de los usuarios de ambos centros hospitalarios en los 7 factores medidos por el instrumento aplicado (Calidad de la Atención, Calidez y Comodidad de la Atención, Proceso Integral de Atención al Usuario, Costos, Infraestructura, Participación del Usuario, y Educación al Usuario).

Método

Participantes

La técnica de muestreo fue de tipo intencional, no probabilística y de autoselección. En la Institución A donde existe un aporte mensual participaron 250 usuarios, y en la Institución B que presta servicios gratuitos también fueron encuestadas 250 usuarios.

En la selección de los participantes se tuvo en cuenta los siguientes criterios*:*

- Usuarios de ambos sexos de entre 15 – 78 años que recibieron atención (consulta externa e internación), incluyendo a los acompañantes de los pacientes menores de edad, adultos mayores o personas con alguna limitación para responder a la entrevista.
-Participantes que expresaron su voluntariedad, y que no estaban haciendo uso del servicio por primera vez.

Se reconoció como válidas las evaluaciones de familiares o acompañantes de pacientes, considerando que éstos asisten regularmente a los centros hospitalarios en calidad de acompañantes o por cuenta propia.

Dispositivos

El instrumento utilizado fue la "Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos (ESUHP)" elaborada por Andrea Araneda Fuente-Alba, Marcelo Leiva Bianchi, y Norma Retamal Peña. Fue publicada por PSICOM Editores (2009).

La fiabilidad del mismo es de 0,92 y está formado por un conjunto de 30 afirmaciones, 2 de las cuales están expresadas en sentido inverso (Ítems 6 y 11).

El tipo de medición del instrumento, corresponde a una escala de Likert, graduada según cuatro categorías de respuesta, a saber: *Muy Falso, Falso, Cierto, Muy Cierto,* y calificables con puntuaciones del 1 al 4, dependiendo del sentido de cada ítem.

Diseño

Dicha investigación se define como descriptiva porque permitió especificar las características sociodemográficas de las muestras estudiadas. También es de carácter exploratorio porque en los antecedentes de ambas instituciones no se registraron estudios sobre el tema.

Se recurrió al método comparado a fin de establecer diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios en ambos centros hospitalarios.

Se trata de un estudio de corte transversal, ya que se estableció un período de tiempo para realizar la recolección de los datos que fueron analizados.

Procedimiento

Fase de Pre-Evaluación

Se realizó la revisión de literatura correspondiente y la adquisición del instrumento. Se enviaron las cartas de solicitud a los encargados de las instituciones en cuestión a fin de determinar las posibilidades de realizar la investigación. También se elaboró el Manual de Procedimientos para consensuar ítems que podrían dar lugar a confusión en el momento de aplicar la escala y las instrucciones a ser dadas a los participantes.

Fase Piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto con el objetivo de adaptar el instrumento. Se entrevistó a 21 participantes de la población de la Institución A. Así mismo, se elaboró un Manual de Procedimientos en idioma guaraní ya que muchos usuarios se comunican mediante dicho idioma.

Fase de Evaluación

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre del año 2010 de lunes a viernes en los turnos mañana - tarde dentro de la Institución A, y únicamente en el turno mañana dentro de la Institución B, debido a que el servicio de consultorio funcionó únicamente en ese turno por temporada de vacaciones de varios médicos.

Fase de Corrección

Se codificaron las encuestas por institución, las variables sociodemográficas y los ítems de la escala. Luego, se procedió a organizar las respuestas obtenidas en el programa Microsoft Office Excel 2003 para disponer de una sábana de datos. Ésta última permitió analizar los datos mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 15.

Análisis y Discusión de Resultados

Las puntuaciones registradas fueron analizadas por medio de técnicas de estadística descriptiva e inferencial, con ayuda del software SPSS versión 15.0 en español para Windows. Se realizó un análisis intra-sujeto e inter-sujeto y se trabajó con niveles de significación de $\alpha = 0,05$ y $\alpha = 0,01$.

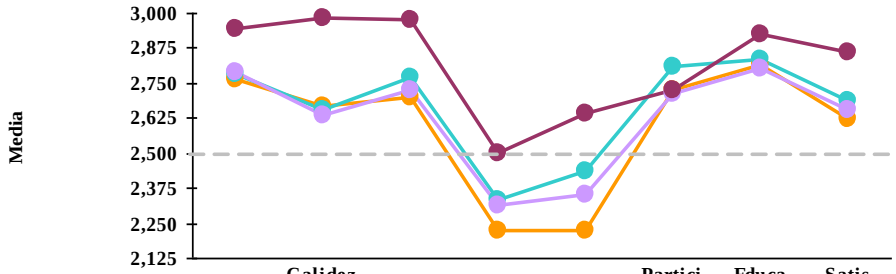
Se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad mediante la "Prueba Levene". En base a los resultados obtenidos se utilizaron los estadísticos paramétricos "Prueba T-student", "Prueba F" (ANOVA), y "Prueba DMS" para realizar las comparaciones.

Al ser rechazados los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se aplicó el estadístico no paramétrico "Kruskal-Wallis".

Este apartado se organiza en tres secciones, el primero que describe las muestras según variables sociodemográficas y variables hospitalarias, el segundo en el que se realiza la comparación intra-muestral, y el último que expone los resultados de la comparación inter-muestral.

Comparación Intramuestral.

Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Variables Sociodemográficas en la Institución A.



	Calidad	Calidez y Comodidad	Proceso Integral	Costos	Infraestructura	Participación Usuario	Educación Usuario	Satisfacción Usuaria
Adolescente	2,76	2,67	2,69	2,22	2,22	2,72	2,81	2,62
Adulto Joven	2,78	2,65	2,77	2,33	2,44	2,81	2,83	2,68
Adulto Medio	2,79	2,63	2,73	2,31	2,35	2,71	2,80	2,65
Adulto Mayor	2,94	2,98	2,97	2,50	2,64	2,72	2,93	2,86

Gráfico N° 1: Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Edad en la Institución A.

En la variable Edad, se encontró Diferencia de Rangos Promedio Significativa al nivel 0,05 en el factor "Infraestructura" mediante la prueba Kruskal y Wallis. Mientras que los adultos mayores se mostraron satisfechos con las características de la planta física del centro hospitalario, los demás grupos se encontraban insatisfechos porque consideraron estas características como inadecuadas. Por cuestiones de salud relacionados a la edad probablemente, estos usuarios recurren con mayor frecuencia a la institución, lo que les permite conocer mejor el funcionamiento y establecer una relación cercana con el plantel humano del centro sanitario. Además, podría ser que los adultos mayores sean menos críticos con la atención sanitaria que reciben ya que sus expectativas y exigencias parecen ser menores.

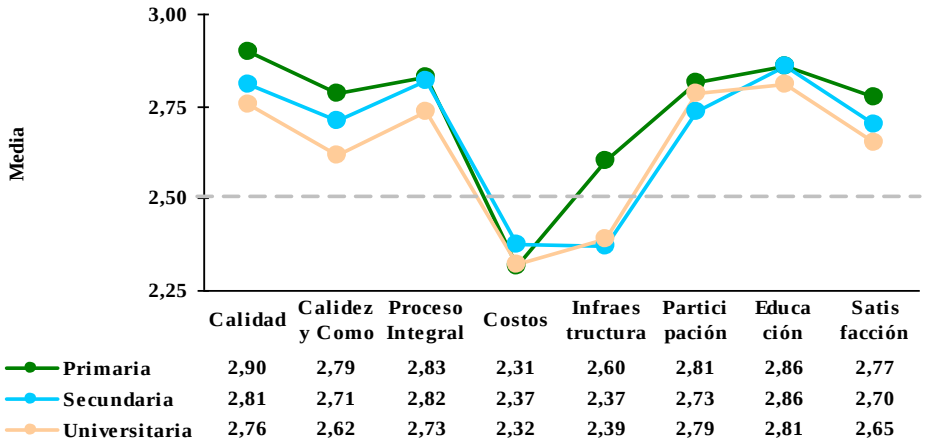


Gráfico N° 2: Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Escolaridad en la Institución A.

Con la prueba DSM se obtuvo diferencia estadísticamente significativa al nivel 0,05 en "Satisfacción Usuaria" (Tabla 1). Se diferenciaron los usuarios con instrucción primaria y los usuarios universitarios (p=0,0171). La diferencia de 0,12 puntos a favor de los usuarios con preparación primaria hace suponer que estos usuarios tienen una mejor apreciación respecto al servicio entregado por la institución, ya que ven satisfechas sus necesidades y expectativa.

Tabla 1: Comparaciones Múltiples según Escolaridad en la Institución A.

DMS

Variable dependiente	(I) Escolaridad	(J) Escolaridad	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Calidad	Primaria	Secundaria	,0884	,2124
		Universitaria	,1415	**,0153**
Calidez y Comodidad	Primaria	Secundaria	,0744	,3722
		Universitaria	,1678	**,0146**
Infraestructura	Primaria	Secundaria	,23298	**,0048**
		Universitaria	,2135	**,0017**
Satisfacción Usuaria	Primaria	Secundaria	,07396	,2281
		Universitaria	,1205	**,0171**

Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Variables Sociodemográficas en los 7 factores medidos por la Escala en la Institución B.

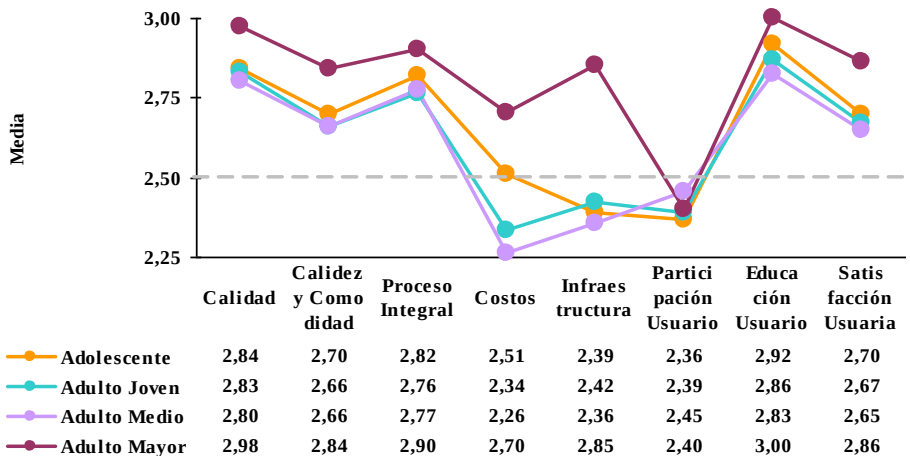


Gráfico N° 3: Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Edad en la Institución B.

En la variable Edad, mediante la Prueba de Kruskal y Wallis se hallaron Diferencia de Rangos Promedio Significativa al nivel alfa 0,05 en "Satisfacción Usuaria". De este resultado se podría inferirse que los adultos mayores se encuentran más satisfechos que los adolescentes, adultos jóvenes y adultos medios, ya que percibirían que el servicio entregado por la institución satisface sus necesidades y expectativas.

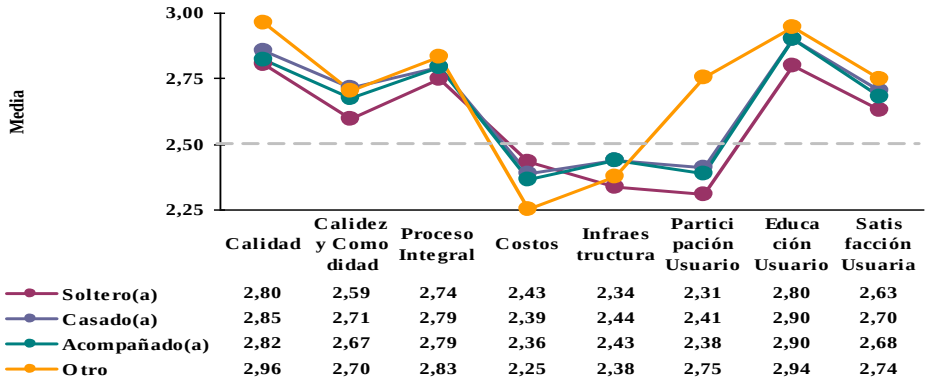


Gráfico N° 4: Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Estado Civil en la Institución B.

En la variable Estado Civil, se halló diferencia de medias significativa al nivel alfa 0,05 en "Participación del Usuario".

El grupo "Otro" - que incluye a viudos, separados y divorciados - se distingue de los grupos de solteros (p=0,0073), casados (p=0,0326) y acompañados (p=0,02204) en este factor.

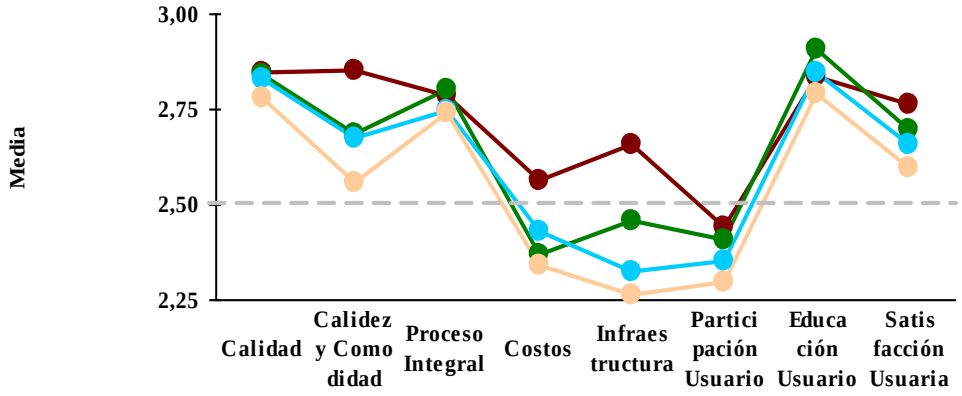
Teniendo en cuenta la Escolaridad, se encontró diferencia de medias significativa al nivel alfa 0,01 en "Infraestructura".

Mediante la prueba DSM (Tabla 2) se halló en "Infraestructura" que los usuarios analfabetos se distinguen de los usuarios con instrucción secundaria (p=0,0211) y universitaria (p=0,0119).

En este mismo factor, se diferencian los usuarios con preparación primaria de los usuarios con instrucción secundaria (p=0,0299) y universitaria (p=0,02597). También a través de la prueba DSM (Tabla 4) se encontró que en "Calidez y Comodidad de la Atención", los usuarios analfabetos se diferencian de los usuarios universitarios (p=0,0272).

Por último, en "Satisfacción Usuaria", los usuarios con instrucción primaria difieren de los usuarios universitarios (p=0,0398).

A partir de estos resultados, podría sostenerse que la satisfacción usuaria decrece conforme aumenta el nivel de preparación de los usuarios. Probablemente, para los usuarios de menor educación acceder y utilizar los servicios de salud ya influye en su satisfacción.



	Calidad	Calidez y Comodidad	Proceso Integral	Costos	Infraestructura	Participación Usuario	Educación Usuario	Satisfacción Usuaria
Analfabeto(a)	2,84	2,85	2,78	2,56	2,66	2,44	2,83	2,76
Primaria	2,84	2,68	2,80	2,36	2,45	2,41	2,90	2,69
Secundaria	2,83	2,67	2,75	2,43	2,32	2,35	2,85	2,65
Universitaria	2,78	2,55	2,74	2,34	2,26	2,30	2,79	2,59

Gráfico N° 5: Comparación de las Puntuaciones de las Medias según Escolaridad en la Institución B.

Tabla 2: Comparaciones Múltiples según Escolaridad en la Institución B.

DMS

Variable dependiente	(I) Escolaridad	(J) Escolaridad	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Calidez y Comodidad	Analfabeto(a)	Primaria	,1681	,1506
		Secundaria	,1796	,1422
		Universitaria	,2955	**,0272**
Infraestructura	Analfabeto(a)	Primaria	,2029	,1389
		Secundaria	,3322	**,0211**
		Universitaria	,3949	**,0119**
	Primaria	Analfabeto(a)	-,2029	,1389
		Secundaria	,1292	**,0299**
		Universitaria	,1919	**,02597**
Satisfacción Usuaria	Primaria	Analfabeto(a)	-,0659	,3884
		Secundaria	,0383	,2472
		Universitaria	,0988	**,0398**

Comparación Intermuestral

Comparación de la Satisfacción de los Usuarios de ambos centros hospitalarios en los 7 factores medidos por la Escala.

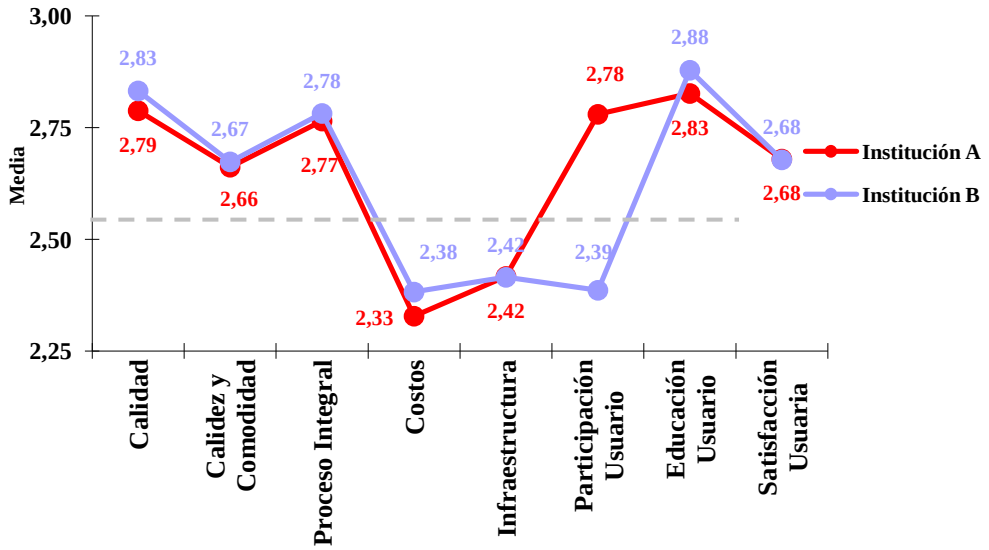


Gráfico N° 5: Comparación de las Puntuaciones de las Medias en ambos centros hospitalarios en los 7 factores medidos por el instrumento aplicado.

Al comparar las puntuaciones de las medias de los usuarios de ambos centros hospitalarios en los 7 factores medidos por la escala se halló diferencia

de medias significativas al nivel alfa 0,01 en el factor "Participación del Usuario". Esta diferencia podría sustentarse en el aporte que hacen los usuarios de la Institución A para el seguro de salud. También el nivel de preparación puede ser un aspecto que influye en esta diferencia, ya que los usuarios de la Institución A cuentan con un nivel superior de instrucción en contraste con los de la Institución B de menor nivel de instrucción. Otro aspecto que podría estar influyendo es la presencia de una actitud conformista en los usuarios de la Institución B al momento de juzgar los servicios.

A pesar de esta diferencia los pacientes de ambas instituciones están satisfechos en la misma medida en el puntaje global de "Satisfacción Usuaria" (2,68-2,68).

Conclusión

Al determinar y comparar la satisfacción usuaria en ambas instituciones se puede realizar las siguientes conclusiones:

En cuanto a las características sociodemográficas, en la muestra de la Institución A predominaron las mujeres de entre 31-44 años, casadas con preparación universitaria, y provenientes de la zona urbana de Caaguazú. La muestra de la Institución B estuvo conformada por mujeres de entre 21-30 años, viviendo en unión de hecho con preparación primaria y provenientes del casco urbano de la ciudad.

Respecto a las variables hospitalarias, la muestra de la Institución A fue constituida por pacientes ambulatorios de Clínica Médica y aportantes de la institución. Los participantes de la muestra de la Institución B fueron pacientes del servicio ambulatorio de Gineco-Obstetricia.

La edad y la escolaridad son variables asociadas a factores de la satisfacción usuaria. A mayor edad y menor nivel de instrucción, más probabilidad de satisfacción con las características de la planta física de la institución. Cuanto menor es el nivel de instrucción de los usuarios mejor percepción tienen éstos de la atención en cuanto a calidad, calidez y comodidad. También el menor nivel de instrucción se asocia a mayor satisfacción usuaria.

De acuerdo a la comparación intramuestral según variables sociodemográficas en la muestra de la Institución B, puede afirmarse que el sexo es una variable que no afectó a la satisfacción usuaria.

La edad y la escolaridad influenciaron la evaluación de los usuarios en la muestra de la Institución B. A mayor edad y menor nivel de instrucción se encontró mayor satisfacción usuaria. El estado civil afectó la percepción de los usuarios en "Participación del Usuario" y "Calidez y Comodidad de la Atención".

Considerando las variables hospitalarias se concluye que el tipo de paciente, el tipo de consulta y el servicio utilizado no repercutieron sobre la satisfacción usuaria en la muestra de la Institución B.

En el estudio al determinar la percepción de los usuarios en relación a los servicios proveídos por las instituciones mencionadas se halló satisfacción usuaria en ambas muestras. Sin embargo, al comparar ambas muestras en los 7 factores medidos se registró diferencia significativa en el factor "Participación del Usuario".

La diferencia podría sostenerse en la siguiente situación: el hecho de abonar un importe mensual por el seguro de salud, hace que los usuarios de la Institución A se sientan con mayor oportunidad de intervenir y decidir en algunos aspectos de su atención. El mayor nivel de instrucción les permite informarse sobre sus derechos como usuarios de la institución, por consiguiente saben lo que pueden demandar en cuanto a calidad de la atención.

Por su parte, los usuarios de la Institución B perciben que no tienen esa oportunidad de intervenir y decidir sobre el proceso de su atención. Esto podría relacionarse a la conformidad de los usuarios con la atención porque al ser ésta gratuita se convierte en la primera opción de acceso. Esta conformidad a su vez está asociada al menor nivel de preparación de estos usuarios lo que hace que estén menos empoderados para realizar reclamos o sugerencias a la institución.

En la necesidad de aumentar la calidad de atención en los centros hospitalarios esta investigación se convierte en antecedente para continuar midiendo la satisfacción usuaria. Así mismo, el estudio da a conocer un instrumento que puede seguir adaptándose a las características de la población usuaria del país.

En relación a las limitaciones encontradas, se puede señalar la inexistencia de estudios científicos sobre satisfacción usuaria en el ámbito de la salud en el país que pudieron servir de antecedentes. Otra limitación fue la falta de información teórica sobre la temática de investigación propuesta.

También la dificultad de acceso a instrumentos válidos y confiables para la medición de la satisfacción usuaria se presentó como limitación (en este caso superada). Respecto al instrumento utilizado, se agregaron la necesidad de adaptación de la escala utilizada por las confusiones que generaban en los participantes los ítems 15-16- 22- 28-30, y el inconveniente de registrar los ítems 13-21 correspondientes al factor “Costos” por la gratuidad de los servicios de la Institución B.

Al momento de la interpretación de los resultados, los aspectos cualitativos hubiesen sido de mucho valor para comprender los motivos de satisfacción o insatisfacción.

En base a las limitaciones analizadas, se sugiere agregar métodos cualitativos con el objetivo determinar las razones de la satisfacción o insatisfacción. Otra recomendación es adaptar el instrumento utilizado a las características de la población estudiada incluyendo el idioma guaraní. A partir de la presente investigación surgen nuevos aspectos que pueden ser tomados para futuros estudios que permitan ampliar los conocimientos teóricos y metodológicos de la satisfacción usuaria. Entre estos aspectos se pueden citar: explorar las expectativas de los usuarios, estudiar la satisfacción de los usuarios internos (funcionarios) de los centros hospitalarios, y extender las variables de estudio para medir la satisfacción usuaria. La evaluación de un servicio de salud, con base a la satisfacción de sus usuarios es también tarea de los psicólogos clínicos para contribuir a elevarla, participando en la evaluación y ajuste de los servicios a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de las instituciones de salud.

Referencias

Araneda, A., Leiva, M., y Retamal, N. (2003). *Escala de Satisfacción Usuaria para Hospitales Públicos*. En Vera – Villaroel, P., y Oblitas, L. (2010). *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud.* pp. 12-13. Bogotá: PSICOM EDITORES.

Ávila, G. (2007*). Satisfacción del Usuario en Relación a la Atención Recibida por el Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar N° 16 Infonavit, la Estancia, Colima*. Tesis de Grado en Medicina Familiar, Universidad de Colima-México. Obtenido el 13 de julio del 2010 desde http://digest.ucol.mx/tesisposgrado/Pdf/Gildardo Guadalupe Avila Hernadez.pdf

Brizuela, M., Cárdenas, M., y Espínola, S. (2005). *Encuesta de Satisfacción de Usuarios. Hospital de Clínicas de Asunción.* Revista Científica Tendencias en Medicina. ISSN: 0797-7271. 4, 109-112.

Chang de la Rosa, M., Alemán Lage, M.C., Cañizares Pérez, M., e Ibarra, A.M. (1999). *Satisfacción de los Pacientes con la Atención Médica*. Revista Cubana Médica General Integral, 15 (5), pp. 541-547. Obtenido el 3 de setiembre de 2010 desde http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n5/mgi09599.pdf

Gómez Vaquero, C., Guillamont Salvador, J., Salazar Soler, A., Juan Pastor, A., Novelli Redón, A., y Corbelli Virós, X. (2004). *Evaluación de la Satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias*. Obtenido el 24 de febrero del 2011 desde http://www.semes.org/revista/vol16_6/3.pdf.

González, N., Quintana, J., Bilbao, A., Esteban, C., San Sebastián J.A., de la Sierra, E., Aizpuru, F., Escobar, A. (2008). *Satisfacción de los Usuarios de 4 Hospitales del Servicio Vasco de Salud.* Gaceta Sanitaria 22 (3). Obtenido el 14 de marzo de 2011 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112008000300006&script=sci_arttext.

Hernández Leyva, B., Garcia Peña, C., Anzures-Carro, R., y Orozco-López, M. (2002). *Satisfacción de Usuarios en Unidades de Medicina Familiar*. Rev Med Inst Mex Seg Soc, 40(5), pp. 373-378. Obtenido el 3 de setiembre del 2010 desde http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025b.pdf

Jiménez y Villegas, M.C., Ortega Vargas, M.C., Cruz Ayala, G., Corchado, M.C., Quinteros Barrios, M.M., Mendoza Romero, E., Antúnez de la Rosa, M.R., Solís Pérez, M.T., y Hernández Treviño, M.E. (2003). *Satisfacción del Usuario como Indicador de Calidad*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 11(2), pp. 58-65. Obtenido el 7 de marzo de 2011 desde http://issuu.com/dr.ppach/docs/satisfacci_n_del_usuario_como_indicador_de_calidad

Navas Orozco, W., Navas Orozco, Y., y Sibaja Valverde J. (2008). *Grado de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios que Ofrece la Sección de Medicina General de la Consulta Externa de la Clínica Solón Núñez Frutos en Febrero de 2008.* Tesis de Maestría en Administración con énfasis en Servicios de la Salud, Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica. Obtenido el 14 de febrero del 2011 http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis9.pdf

Olivar, D., Rueda Pérez, M., y Rueda Valle, M. (2007). *Encuesta Satisfacción de Usuarios del Servicio de Urgencias Hospital Local del Norte ISABU.* Tesis para optar al título en especialista en Auditoría en Salud, Universidad Autónoma de Bucamanga. Floridablanca-Colombia. Obtenido el 4 de setiembre del 2010 desde http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/62/1/Encuesta

Ortiz Espinosa, R., Muñoz Juárez S., y Torres Carreño E. (2004). *Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México*. Rev. Española de Salud Pública ISNN 2004; 78(4): 1135-5727. Obtenido el 14 de marzo desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272004000400010&script=sci_arttext

Ramírez de la Roche, O., López Serrano, A., Barragán Solís, A., y Arce Arrieta, E. (2005). *Satisfacción del Usuario en una Unidad de Medicina Familiar de una Institución de Seguridad Social de la Ciudad de México.* Archivos en Medicina Familiar, 7(1), pp. 22-26. Obtenido el 1 de julio del 2010 desde http://redalyc.uaemex.mx/pdf/507/50770107.pdf

Ramírez-Sánchez, T.J., Nájera-Aguilar, P., y Nigenda-López, G. (1998). *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios*. Salud Pública de México, 40(1), pp. 1-10. Obtenido el 1 de julio del 2010 desde http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf

Terrones Vásquez, W., Sirlopu Oliva, J., Inga Anable, F., Gómez Arévalo, R., Pérez Mesquita, G., Valera Tello, E., y Baltuano Villafuerte, N. (2006). *Informe de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Atendido en el Departamento de Farmacia. Hospital Iquitos "César Garayar García", Iquitos 2006* [Documento en Internet]. Obtenido el 04 de setiembre del 2010, de http://www.hospitaliquitos.gob.pe/main/descargas/calidad/11.pdf

Varella Mallou, J., Rial Boubeta, A., y García Cueto, E. (2003). *Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.* Psicothema, 15(4), 656-661. Obtenido el 15 de febrero del 2011, de http://www.psicothema.com/pdf/1120.pdf

Vera – Villaroel, P. y Oblitas, L. (2010). *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud.* Bogotá: PSICOM EDITORES.

Recibido: Diciembre del 2011.
Aceptado: Diciembre del 2011.

REVISTA EUREKA/CDID
Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.
Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

FE DE ERRATAS

"Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción".

Publicado en el Vol. 8, N°2, pp. 200-216,2011

Johana Vera Herrero[1]

Antes de dar paso al detalle de la Fe de erratas, quien suscribe, Lic. Johana Vera Herrero considera oportuno hacer las aclaraciones con respecto a los instrumentos utilizados en el estudio: *"Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción"*. El trabajo de investigación respondió a requisitos académicos para optar por el título de Licenciatura en Psicología, que se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2011. El tema de investigación elegido fue comunicación y satisfacción marital. Para ese efecto la autora del artículo realizó la búsqueda de las fuentes pertinentes y trato, en un primer momento, contactar con la fuente original, pero no hubo respuesta de retorno de la autora, Dra. Ruth Nina Estrella. Para entonces se hallo en la web una investigación de colegas chilenos relacionada al tema con instrumentos, visitada el 14 de marzo del 2011 y disponible a la fecha en: http://www.psicologoallendes.com/files/Tesis%20Estudio%20Comparativo%20de%20los%20patrones%20de%20comunicaci%C3%B3n.pdf, y quien refiere, Lic. Johana Vera Herrero se valió de dicha información secundaria, sin conocimiento previo de la situación de dicho trabajo y de sus autores para la elaboración del presente articulo en fe de erratas. Al no ser la fuente primaria de la Escala de Comunicación Marital original, se cometieron una serie de errores involuntarios que forman parte de un proceso de aprendizaje que marca un antes y un después para la autora. El artículo en fe de erratas, previo a su publicación por la Revista EUREKA, fue sometido a evaluación por jueces pares y aprobado, desconociendo esta situación. A partir de lo expuesto, presento las disculpas correspondientes a la autora de los instrumentos, la Dra. Ruth Nina Estrella.

[1]Correspondencia puede ser remitida a: johanavh24@hotmail.com Lic. Johana Vera Herrero. Universidad de la Integración de las Américas. Asunción-Paraguay

Se deja Constancia de Fe de erratas con indicación de las páginas afectadas de cuanto sigue:

Página 200: en el párrafo del resumen, donde dice en la versión traducida al español por Estrella (1991), **debe decir**: versión modificada por Camus et al., (2009), y en donde dice Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir**: Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981), versión al castellano por Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 201: En el párrafo del Abstrac, donde dice, translated by Nina Estrella (1991) **debe decir**: modified version by Camus et al., 2009, y en donde dice, Satisfaction Marital Scale of Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir**: Satisfaction Marital Scale of Road, Browden y Fraizier (1981) spanish version by Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 203: en donde dice, Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir**: Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) versión al castellano por Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 205: En el párrafo donde se cita a Ruth Nina Estrella **se aclara:** que la información referente a la construcción de los patrones de comunicación marital comunicativos, disparejos y callados **corresponden a un trabajo doctoral realizado por la autora exclusivamente**, en la cual se llevaron a cabo 7 estudios previos, con una población aproximada de 2000 personas casadas, Dra. Ruth Nina Estrella (1991).

En la misma pagina **Página 205:** Este párrafo fue escrito por la autora, Dra. Ruth Nina Estrella entre las correcciones que realizó para aclarar la información referente a los instrumentos y los objetivos para los cuales se construyó. Con respecto a la escala de estilo de comunicación (ECOM) y la escala de comunicación marital (COMARI) creadas por la misma autora que se cito en el trabajo, **se da a conocer en este documento**, que los objetivos de la disertación de ambas investigaciones fueron; 1) Construir las escalas de estilo y comunicación marital con índices de consistencia interna estables 2) Establecer patrones de comunicación en los matrimonios y su relación con el estilo de comunicación.

En la misma **Página 205:** está la información que menciona a las investigaciones con población de 2 países). En el segundo párrafo de la primera columna **se menciona** una información sobre la comunicación marital con muestras de dos países, México y Puerto Rico, con respecto a ello **se corrige** la información, dado que estos datos corresponden a un trabajo de tesis de maestría que consistió en un estudio transcultural sobre auto divulgación y satisfacción marital hecho por Dra. Ruth Nina Estrella (1986) y no se refieren al estudio de la Escala de Comunicación Marital.

Página 206: el párrafo de definición operacional del instrumento, donde dice Puntuación obtenida en la Escala de Comunicación Marital (Nina Estrella 1991) **debe decir**: Escala de Comunicación Marital, versión modificada por Camus et al., (2009). En donde dice (Estrella 1991, citado en Camus, Pico y Ortiz 2009) **debe decir:** Camus et al.,(2009).

Página 207: Donde dice La categoría que se presenta a continuación corresponde al análisis de los Patrones de Comunicación: 1. Hablan nada, 2. Hablan poco, 3. Hablan mucho **debe quedar de la siguiente manera**: La categoría que se presenta a continuación corresponde al análisis de los Patrones de Comunicación: 1. Nunca 2.Casi nunca 3.Regularmente 4.Casi siempre 5.Siempre.

Página 213: Primera columna, primer párrafo, donde se cita la Escala de Comunicación Marital **debe ser**: COMARI y no COMARITO.

Se corrigen las tablas (7 p. 210), (8, p.210), (9, p. 210) y (10, p.211) adjuntándose las dos versiones:

Versión del Artículo en Fe de erratas:

Tabla 7. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar acerca de los hijos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Hablan Poco**	15	**38,5**	38,5	38,5
	Hablan Mucho	24	**61,5**	61,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 8. *Comunicación con respecto a la relación marital de los participantes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Hablan Poco**	17	**43,6**	43,6	43,6
	Hablan Mucho	22	**56,4**	56,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 9. *Comunicación sobre la familia extendida de los participantes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Hablan Poco**	19	**48,7**	48,7	48,7
	Hablan Mucho	20	**51,3**	51,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 10. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar entre sí (todas las dimensiones)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Hablan Poco**	20	**51,3**	51,3	51,3
	Hablan Mucho	19	**48,7**	48,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Versión corregida

Tabla7. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar acerca de los hijos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Casi nunca**	15	**38,5**	38,5	38,5
	Siempre	24	**61,5**	61,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 8. *Patrones de Comunicación utilizados por los participantes para hablar sobre la relación marital*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Casi nunca**	17	**43,6**	43,6	43,6
	Siempre	22	**56,4**	56,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 9. *Patrones de Comunicación utilizado por los participantes para hablar sobre la familia extendida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Casi nunca**	19	**48,7**	48,7	48,7
	Siempre	20	**51,3**	51,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tabla 10. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar entre sí (todas las dimensiones)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	**Nunca**	20	**51,3**	51,3	51,3
	Siempre	19	**48,7**	48,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):217-230, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"RELACIÓN ENTRE MOTIVACIÓN Y HÁBITOS DE ESTUDIO EN ALUMNOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE ASUNCIÓN"

"RELATION BETWEEN MOTIVATION AND HABITS OF STUDY IN STUDENTS OF THE CAREER OF PSYCHOLOGY OF A PRIVATE UNIVERSITY OF ASUNCIÓN"

Investigadores: Lacarruba, F.; Leiva, L.; Morínigo, S.; Pertile, S.; Ruiz D.; Frutos, M.[1]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"[2]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal y el método utilizado es el cuantitativo. Tiene el objetivo de describir la relación existente entre Motivación y Hábitos de estudio en alumnos de la carrera de Psicología de una Universidad Privada de Asunción. La muestra está compuesta por 129 estudiantes seleccionados a través de un muestreo estratificado y de participación voluntaria. Los instrumentos aplicados son el Inventario de Métodos y Hábitos de Estudio de Álvarez de TEA Ediciones y un cuestionario prediseñado para el efecto. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Los principales hallazgos demuestran que hay poca relación entre Motivación y Hábitos de Estudio, sin embargo no por eso queda rechazada la hipótesis.

Palabras clave: Motivación, Hábitos de Estudio, Métodos de Estudio.

[1]Correspondencia remitir a: francalac@googlemail.com, Franca Lacarruba. FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.
[2] Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

This is a descriptive correlational and cross-sectional study and the method used is the quantitative one. It aims to describe the relationship between motivation and study habits in Psychology students attending a private university in Asuncion. The sample consists of 129 students selected through a stratified sampling and voluntary participation. The instruments used are "Methods and habits Inventory Study" of TEA Edition Alvarez and a pre-designed questionnaire for this purpose. The analysis and data processing techniques applied descriptive and inferential statistics. The main findings from the study show that there is little relationship between motivation and study habits, but that does not mean that the hypothesis is rejected.

Key words: Motivation - Habits - Methods of Study.

Estado del Conocimiento

El análisis de la motivación para el estudio tiene una vital importancia práctica, pues va a influir tanto sobre la eficiencia en la asimilación de los conocimientos, en la formación de habilidades y capacidades, como en la formación del carácter, la moral y la orientación de los estudiantes universitarios; además de constituirse en un instrumento de retención para la Universidad.

La obtención de una determinada titulación académica en la Universidad como el resultado de un proceso de mera acumulación de conocimientos y que además, estén muy bien aprendidos por haber ayudado al alumno a utilizar buenas técnicas de estudio, debe ser uno de los objetivos de todo docente, conseguir del estudiante, el máximo rendimiento en el estudio.

Sin duda la inteligencia ayuda. Pero no es decisiva. La motivación y las técnicas de estudio pueden hacer que un estudiante supere año tras año con brillantez sus estudios sin estar dotado de unas cualidades mentales específicas que le hagan diferente a los demás.

Sabemos que el adecuarse a una rápida ampliación y sustitución de contenidos de información, el ser capaces de crear y asimilar nuevos esquemas de trabajo y estructuras de significación, el favorecer la incorporación e interrelación entre diferentes áreas del saber, el utilizar no tanto la predicción cuanto la observación para una acción consecuente y más o menos continuada, la potenciación y el desarrollo de habilidades para la cooperación entre diferentes grupos humanos, etc., son hoy todas ellas exigencias básicas para un adecuado y coherente desarrollo profesional.

El problema que nos ocupa en esta investigación está relacionado con la motivación que tienen los estudiantes de la carrera de psicología y el desarrollo de hábitos de estudio que refuercen esa motivación para continuar y terminar la carrera elegida.

Para ello hemos redactado un cuestionario prediseñado para tal efecto, además, de aplicar un cuestionario de Hábitos de Estudio de colaboradores de la Editorial TEA de España, existente en el mercado, pero adecuado conforme al vocabulario utilizado a nivel país, con el fin de detectar las deficiencias que puedan tener los estudiantes en este sentido.

Problema de Investigación

Considerando que los alumnos deben estar motivados para estudiar y aprender; este estudio tiene el propósito de indagar la relación que existe entre Motivación y Hábitos de Estudio en alumnos de la carrera Psicología de una Universidad Privada de Asunción y pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Qué relación existe entre Motivación y Hábitos de Estudio en los alumnos de Psicología de la Universidad?
¿Qué motivó al alumno a inscribirse en la carrera de Psicología de la Universidad?
¿Cuál es la motivación que tienen los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad, con la carrera elegida?
¿Cuál es la satisfacción que tienen los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad con la metodología que utilizan los docentes en aula?
¿Cuáles son los hábitos de estudio que practican los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad?

Hipótesis alterna
Probablemente los alumnos motivados desarrollan técnicas y hábitos de estudio.

Hipótesis nula
Probablemente los alumnos motivados no desarrollan técnicas y hábitos de estudio.

Objetivo General
Determinar la relación entre motivación y hábitos de estudio en los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad.

Objetivos Específicos
-Identificar los motivos que llevaron al alumno a inscribirse en la carrera de Psicología de la Universidad.
-Constatar la motivación que tienen con la carrera elegida, los alumnos de la Carrera de Psicología de la Universidad.
-Conocer la satisfacción que tienen los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad con la metodología que utilizan los docentes en aula.
-Describir los hábitos de estudio que presentan los alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad.

Método

El método utilizado es el cuantitativo y se trabajó con una muestra de la población.

Participantes

La población es de 160 alumnos y el tamaño de la muestra es de 129, con un nivel de confianza de más del 95%

El tipo de muestreo utilizado es el estratificado, ya que se eligió el estrato de alumnos como categoría para la obtención de datos.

Instrumentos y materiales

Los materiales utilizados para la recolección de datos consistieron en un Inventario de Métodos y Hábitos de Estudio y un cuestionario prediseñado para tal efecto.

El Inventario de Métodos y Hábitos de estudio utilizado es el de Álvarez y Departamento I+D de TEA ediciones, de España y el mismo fue adecuado conforme al vocabulario utilizado a nivel país.

Este inventario es de aplicación individual o colectiva, no tiene tiempo límite, pero su duración aproximada es de 15 minutos y puede aplicarse a partir de los 13 años de edad. Consta de 61 reactivos y evalúa varios aspectos que directa o indirectamente inciden en la tarea del estudio como ser:

Planificación del estudio, Lugar y ambiente de estudio, Método de estudio, La lectura, Memoria y Atención, La clase, Las Técnicas auxiliares, Revisión y exámenes.

La construcción del Cuestionario prediseñado por el grupo de investigación, se realizó en base a la preselección de indicadores, se formularon en preguntas orientadoras y fueron validadas por el grupo investigador en primer lugar, por el Profesor Tutor y además, por un grupo de colegas, quienes aportaron sugerencias para el ajuste definitivo.

La validación del instrumento se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto a 29 alumnos de la carrera de psicología, de la Universidad Nacional, y evaluando la consistencia del instrumento a través a través de Alfa de Cronbach, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla N° 1. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
0,889	0,898	61

La confiabilidad alfa es alta, 0,88. Por lo tanto se concluye que el instrumento arroja puntuaciones consistentes.

Validez: correlaciones altas medias y bajas, que NO afectan el coeficiente de confiabilidad de alfa.

Diseño

El presente estudio sigue el diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991).

Procedimiento

Una vez comprobada la fiabilidad del instrumento, fue aplicado a 129 alumnos de la carrera de Psicología de luna Universidad de Asunción, Paraguay, conforme al siguiente procedimiento: Se administró el Cuestionario e Inventario de Hábitos de Estudio a una muestra aleatoria estratificada en todos los cursos de la Carrera de Psicología de la Universidad, durante el mes de junio de 2011. Participaron de la misma, todas las integrantes del grupo de investigación, dividiendo el trabajo por cursos y semestres

Análisis y Discusión de resultados.

Tabla N°2: Coeficiente de Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,90	61
La consistencia interna arroja un coeficiente alfa de 0,90, equivalente a un nivel de fiabilidad elevada	

Los datos arrojados en la tabla indican que la información obtenida de la aplicación de la herramienta es de elevada fiabilidad.

Tabla N°3: Relación entre Motivación, Satisfacción y Hábitos de Estudio

		satisfacción	motivación
planificación de estudios	Correlación de Pearson	,170	,407**
	Sig. (bilateral)	,054	,000
	N	129	129
lugar y ambiente	Correlación de Pearson	-,002	,186*
	Sig. (bilateral)	,979	,035
	N	129	129
método de estudio	Correlación de Pearson	,094	,357**
	Sig. (bilateral)	,288	,000
	N	129	129
lectura	Correlación de Pearson	,055	,256**
	Sig. (bilateral)	,536	,003
	N	129	129
memoria y atención	Correlación de Pearson	,295**	,332**
	Sig. (bilateral)	,001	,000
	N	129	129
la clase	Correlación de Pearson	,111	,366**
	Sig. (bilateral)	,209	,000
	N	129	129
técnicas auxiliaries	Correlación de Pearson	,091	,356**
	Sig. (bilateral)	,308	,000
	N	129	129
revisión y examines	Correlación de Pearson	,055	,246**
	Sig. (bilateral)	,538	,005
	N	129	129
Satisfacción	Correlación de Pearson	1	,234**
	Sig. (bilateral)		,008
	N	129	129
Motivación	Correlación de Pearson	,234**	1
	Sig. (bilateral)	,008	
	N	129	129

Se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre las variables Hábitos y Métodos de Estudio con Motivación, en tanto que no se obtienen relaciones significativas entre los Hábitos y Métodos de estudio con la Satisfacción del Método de Enseñanza del Docente, salvo en el factor memoria y atención.

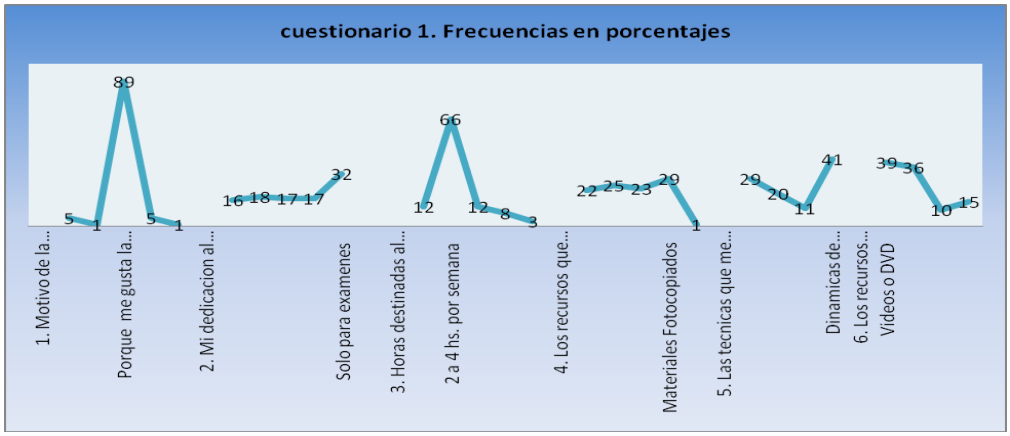
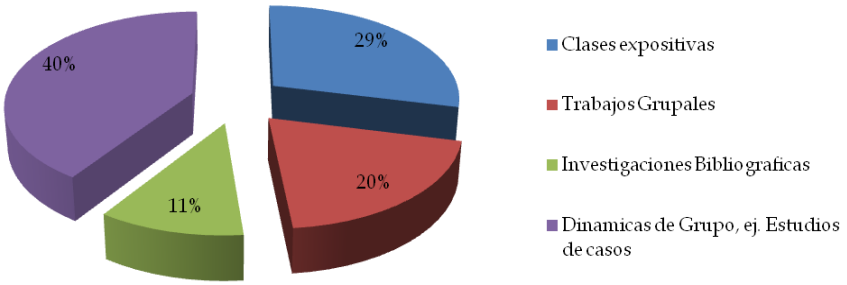


Figura N°1: Motivos de Inscripción a la carrera. Análisis de frecuencia

Al 89% le gusta la carrera Psicología. Motivo para seguir la carrera: Por interés o agrado. Dedicación al estudio: Solo para los exámenes. Horas destinadas al estudio: 2 a 4 hs. por semana.

Recursos utilizados para estudiar: Materiales fotocopiados.
Las Técnicas de enseñanza utilizadas en aula que prefiere: Dinámicas grupales.

Figura N°2. Métodos que motivan al alumno



61% Dinámicas/ Trabajos Grupales, 29% Clases Magistrales, 11% Investigaciones.

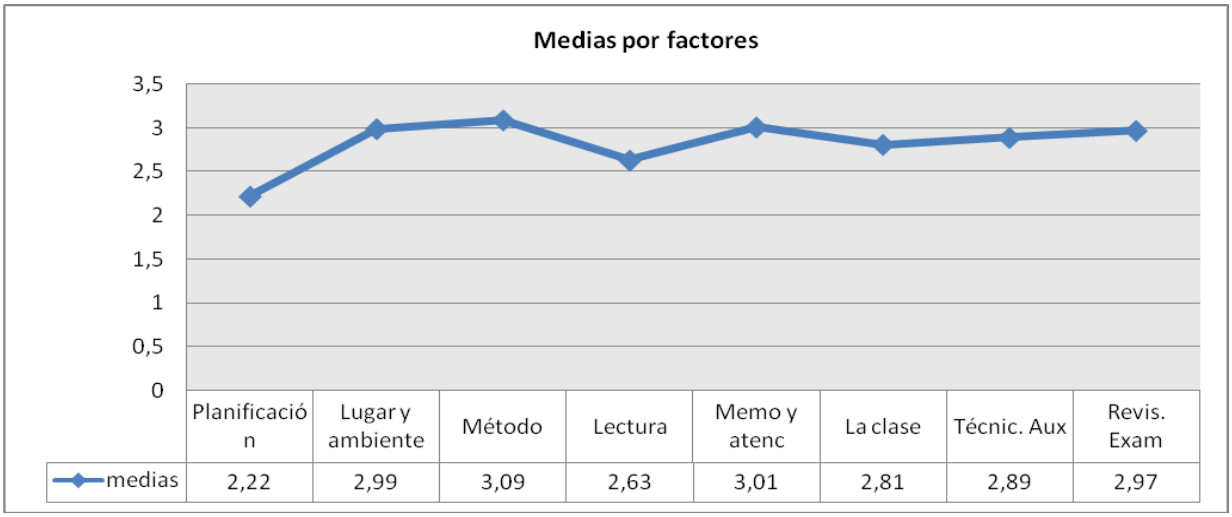


Figura N°3: Frecuencia de Hábitos de Estudio

En la escala del 1 al 4 los mayores puntajes medio se obtienen en el factor método (3,09), el factor memoria (3,01) y el de Lugar y ambiente (2,99), mientras que los más bajos se dan en el factor planificación (2,22) y lectura (2,63)

Es decir, los alumnos "a veces o casi nunca" tienen un Plan de estudios y menos aún le dedican a la Lectura todos los días, así como solo a veces aprovecha de la Clase, e implementa Técnicas Auxiliares y Revisiones de Exámenes.

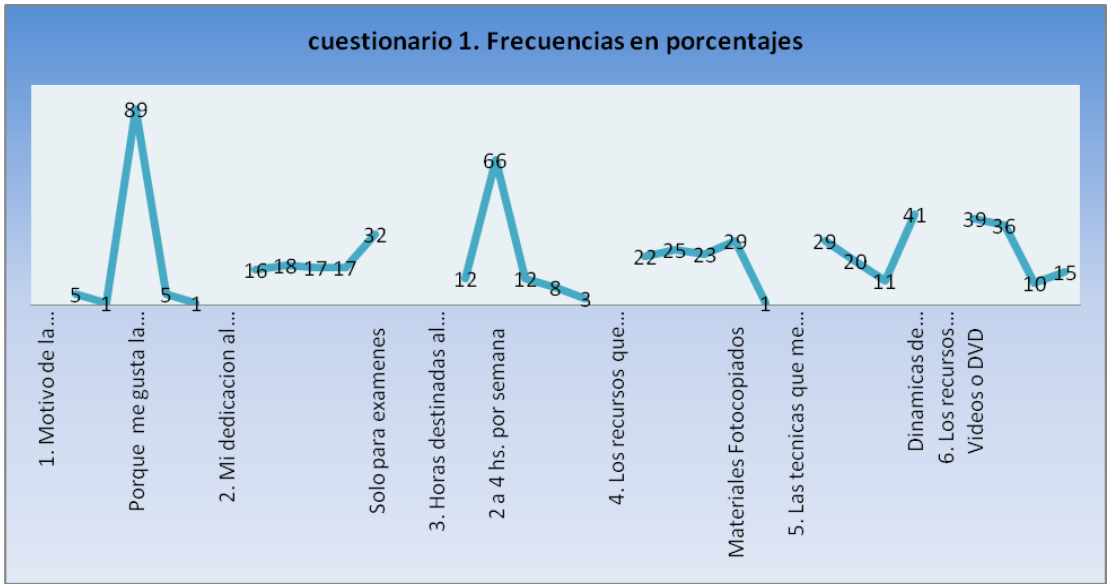


Figura N° 4: Frecuencia de Cuestionario 1

Las puntuaciones con mayor frecuencia fueron:

1. En relación a Motivo para seguir la carrera: el interés o agrado por la carrera elegida
2. En relaciona a Dedicación al estudio: se observa que el mismo se da Solo para los exámenes
3. En relación a las Horas destinadas al estudio: el resultado es de 2 a 4 hs. por semana
4. En relación a los Recursos utilizados para estudiar: lo más frecuente son los Materiales fotocopiados
5. En relación a las Técnicas de enseñanza utilizadas en aula que prefiere: los alumnos mencionaron que prefieren Dinámicas grupales y Trabajos grupales
6. Los recursos utilizados por el profesor que prefiere: Videos.

Estudio todos los días.	2,04
Estudio a la misma hora.	**2,33**
Me preocupo de la posición (postura) corporal cuando estudio.	2,55
Antes de sentarme a estudiar preparo todo lo necesario.	**3,48**
Repaso cada tanto los temas estudiados.	2,40
Cuando estudio, subrayo lo más importante.	**3,62**
Leo todos los días un rato.	2,12
Cuando leo, me interrumpo de vez en cuando para descansar la vista.	**2,93**
Uso reglas mnemotécnicas (asociaciones de palabras), para memorizar algunas de las cosas que tengo que aprender.	2,71
Trato de comprender lo que estudio antes de memorizarlo.	**3,53**
Después de clase paso a limpio mis apuntes.	1,81
Me llevo bien con los profesores.	**3,49**
Consulto la biblioteca para hacer mis trabajos de clase.	2,35
Me gusta presentar bien mis trabajos.	**3.62**
Tengo un calendario de repaso (sistema de estudio que incluye repaso)	2,09
Antes de contestar a una pregunta en un examen, pienso detenidamente qué tengo que poner.	**3,33**

El análisis por ítem del Cuestionario de Hábitos de Estudio, permite obtener los mayores y menores puntajes medios por factores.

Así, en el factor 1, **Planificación**: Los alumnos lo que menos hacen es estudiar todos los días, pero cuando estudian, lo hacen a la misma hora. Todos los puntajes de este factor se encuentran en el grado de "A Veces", por lo que podemos decir que el alumno solo a veces o casi nunca Planifica.

En el factor 2, **Lugar y ambiente de estudio**: se observa mayor frecuencia en preparar todo lo necesario antes de estudiar, sin embargo la menor frecuencia es ocuparse a la hora de estudiar en mantener una buena postura física. Promediando los puntajes de este factor se encuentran en el grado de "Casi Siempre", por lo que podemos decir que la mayor parte de las veces el alumno busca un lugar y ambiente de estudio.

En el factor 3, **Método de estudio.** En cuanto al método de estudio, subrayar lo más importante en sus materiales es el recurso más utilizado y el menos utilizado es el repaso de los temas estudiados. Promediando los puntajes de este factor se encuentran en casi siempre por lo que podemos decir que el alumno la mayor parte de las veces busca desarrollar los métodos de estudio.

En el factor 4, **La lectura:** el puntaje más elevado recae en interrumpir la lectura de vez en cuando para descansar la vista, mientras que el menor puntaje corresponde a la lectura diaria. Los puntajes de este factor indican que el alumno solo "a veces o casi nunca", busca desarrollar la práctica de la lectura.

En el factor 5, **Memoria y atención**: tratan de comprender lo que estudian antes de memorizar y lo que menos utilizan es la mnemotecnia como estrategia de memorización. Los puntajes de este factor indican que el alumno "casi siempre", buscan desarrollar hábitos que le permitan atender y memorizar.

En el factor 6, **La clase**, el mayor puntaje tiene que ver con el buen reracionamiento con los profesores, mientras que el menor puntaje corresponde a pasar a limpio los apuntes de clase. Los puntajes de este factor indican que el alumno solo "a veces", busca desarrollar hábitos que le permitan aprovechar la clase.

En el factor 7, **Técnicas auxiliares**, el mayor puntaje corresponde a la buena presentación de los trabajos, mientras que el recurso menos utilizado es consultar textos en la biblioteca. Los puntajes de este factor indican que el alumno solo "a veces", aplica Técnicas Auxiliares de estudio.

Factor 8, **Revisión y exámenes**. Los alumnos piensan detenidamente antes de contestar en un examen, mientras que el factor menos frecuente es mantener un calendario de repaso previo a los exámenes. Los puntajes de este factor indican que el alumno solo "a veces", busca desarrollar técnicas relacionadas con Revisiones y Exámenes.

Tabla N°4: Estadísticos de grupo

VAR00004	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Satisfacción	129	2,93	0,54	0,048
Motivación	129	3,46	0,55	0,049

Relación entre Motivación y Satisfacción. Según los puntajes medios obtenidos, los alumnos se sienten más Motivados que Satisfechos con el Método de Enseñanza del Docente. La escala de los puntajes va entre los rangos de 1 al 4.

Tabla N° 5. Diferencia Estadísticas entre Motivación y Satisfacción.

Prueba T para la igualdad de medias						
T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
-7,737	255	**0,000**	0,53543	0,06920	-,67171	-,39915

Siendo que los alumnos se sienten más Motivados que Satisfechos con el Método de Enseñanza del Docente, se compararon las medias obtenidas en dichas variables, obteniéndose que la diferencia es estadísticamente significativa a un nivel de 95% de confianza. Se habla de que existe diferencia estadística significativa cuando la significación es menor a 0,05, siendo en este caso de 0,000.

Tabla N° 6: Medias por rango de edades, Motivación y Satisfacción.

Medias por rango de edad en las áreas con diferencias significativas		N	Media	Desviación típica
método de estudio	18 a 25 años	105	24,7333	3,74491
	26 a 31 años	15	22,8667	3,92550
	mas de 31 años	9	27,2222	3,19287
lectura	18 a 25 años	105	20,6095	3,59352
	26 a 31 años	15	21,8000	3,23375
	mas de 31 años	9	25,1111	4,45658
la clase	18 a 25 años	105	25,1905	4,25869
	26 a 31 años	15	23,6000	4,64143
	mas de 31 años	9	29,0000	4,21307
satisfacción	18 a 25 años	105	2,9238	,54939
	26 a 31 años	15	2,9333	,59362
	mas de 31 años	9	3,0000	,50000
Motivación	18 a 25 años	105	3,4952	,50238
	26 a 31 años	15	3,3333	,61721
	mas de 31 años	9	3,3333	1,00000

Puede observarse puntajes más altos en los grupos de edades de más de 31 años en relación a los Hábitos de Estudio en las áreas con diferencias significativas (Método de Estudio, Lectura y la Clase), al igual que la Satisfacción con el Método de Enseñanza del Docente, en tanto que la Motivación es más significativa entre los 18 a 25 años.

En cuanto al estado civil, solo se encuentra diferencia Significativa en el área de lectura, observándose que las personas casadas desarrollan más el hábito de la lectura**.**

Tabla N° 7: Relación entre Hábitos de Estudio, Satisfacción, Motivación y Estado Civil.

		N	Media	Desviación típica
lectura	Soltera	116	20,7759	3,54618
	Casada	12	23,8333	5,02418
	Divorciada	1	21,0000	.
satisfacción	Soltera	116	2,9138	,53680
	Casada	12	3,0000	,60302
	Divorciada	1	4,0000	.
motivación	Soltera	116	3,4741	,51855
	Casada	12	3,3333	,88763
	Divorciada	1	4,0000	.

Conclusiones

Los principales hallazgos encontrados en el estudio realizado demuestran que hay poca relación entre Motivación y Hábitos de Estudio, sin embargo no por eso queda rechazada la hipótesis.

Con respecto al Objetivo General, de igual manera, hay poca relación entre Motivación y Hábitos de Estudio. En general, puede decirse que son dedicados en cuanto a la presentación de Trabajos prácticos, que para estudiar utilizan con mayor frecuencia la Técnica del subrayado y recurren a la Memorización como método de Estudio. También durante las clases suelen tomar apuntes, atienden, se llevan bien con los profesores y tratan de tener buenos resultados en los exámenes.

En relación a los objetivos Específicos, se encontró que los alumnos se inscribieron motivados en la carrera y que la elección vocacional la hicieron según sus preferencias internas, es decir, motivados por factores internos y no externos.

Al realizar la correlación entre la presencia de Motivación y Satisfacción con la carrera elegida, se notaron

diferencias estadísticas significativas, puede decirse que en general los alumnos están motivados con la carrera elegida, más que satisfechos.

Cuando se correlacionan la Motivación con las diferentes variables intervinientes, no se encontró correlación, salvo con el número de hijos que arrojó el siguiente dato interesante:

El número de hijos que tienen los alumnos influye en la motivación para el estudio, es decir, a medida que aumenta la cantidad de hijos, disminuye la motivación, resultado que va con la lógica de que los hijos demandan atención, otras responsabilidades, preocupaciones, etc., que necesariamente incide en los estudios.

Con respecto a los Hábitos de Estudio, se encontró que no incide el Semestre en que están, el turno al que asisten, tampoco el hecho de que trabajen o no, pero sí se encontró diferencias estadísticamente significativas con las variables sexo, edad y Estado civil:

-Las mujeres puntúan más alto respecto a los hombres en cuanto la Planificación del Estudio, al Método, Memoria, Atención y Técnicas auxiliares.
-Con respecto al grupo de edades, los alumnos con más de 31 años puntúan más alto en cuanto al uso de Métodos de Estudio, frecuencia e interés en la lectura, así como en asistencia y atención en Clase.
-En relación al Estado Civil, la diferencia encontrada es que alumnos casados, asisten y atienden en clase, se interesan y leen más que los demás.

Llama la atención que a pesar de encontrar alumnos motivados para seguir la carrera, tengan pocos hábitos y le dediquen escaso tiempo al estudio, leen por lo general solo de dos a cuatro horas semanales, estudian solo para los exámenes y leen más bien de apuntes y fotocopias que de textos. Afirman que pocos acuden a Biblioteca, lo que resulta comprensible si leen poco y estudian solo para los exámenes.

Los resultados arrojados nos llevan a plantear sugerencias de acciones para los docentes de la carrera de Psicología. Si bien los docentes logran una buena relación con los alumnos y también motivarles en cuanto a la metodología en aula, no se está logrando la suficiente dedicación en los estudios y los hábitos de lectura básicos para un aprendizaje integral.

Integrando los conceptos teóricos se puede decir que la motivación es el impulso que lleva a la acción y que en el mismo proceso motivaciones influyen tres elementos, desde el interior del individuo es el deseo, la actitud o voluntad del individuo, desde el exterior la formulación de metas o desafíos por lograr y la elección de una estrategia que en este caso serian los hábitos de estudio.

Considerando la Teoría de las Necesidades Aprendidas de Mc clelland se puede decir que todo alumno cuya necesidad sea la de logro, intentaran mejorar constantemente lo que están haciendo, obteniendo satisfacción en el logro de las responsabilidades asumidas.

Teniendo en cuenta la Teoría de los dos Factores (higiénico y motivacional), de Herzberg, se puede decir que la motivación radica en factores motivacionales (intrínseco) del alumno como el deseo de superación personal o que considere su formación profesional como un desafío, sin embargo puede considerarse que los métodos de enseñanza como factores higiénico (extrínsecos), por lo que la presencia de los mismos solo evitan la insatisfacción pero no proporciona motivación.

Sin embargo la Teoría en la cual se sustenta el trabajo de investigación es la de Edwin Locke, Fijación de Metas considerando que la mejor manera de mantener motivado al alumno es cuando el mismo alumno establece metas motivacionales en relación a su carrera y su rendimiento académico, proyectando su formación profesional como un desafío personal, esto permite de que el mismo alumno monitoree constantemente su desempeño y establezca el nivel de esfuerzo que requiere para lograr las metas propuestas, planificando e implementando las mejores prácticas en relación a técnicas y hábitos de estudio y aprovechando intensamente los métodos de enseñanza utilizados por el docente.

En base a lo anteriormente mencionado se puede concluir que es necesario que el alumno pueda planificar su vida estableciendo metas académicas a corto, mediano y largo plazo, que lo impulse a conocer y desarrollar hábitos de estudios de modo a obtener un mejor y mayor desarrollo intelectual.

Limitaciones

Considerando que esta investigación tiene sus limitaciones, puesto que solo se realizó con la carrera de Psicología, se espera sea el punto de partida de otras investigaciones, de modo a poder realizar estudios comparativos entre las facultades de la Universidad Americana, puesto que servirá de Diagnóstico Institucional para que a partir de ella se pueda planificar intervenciones de mejoras en el proceso enseñanza aprendizaje.

Otra limitación es que el trabajo se encuentra enmarcado dentro de los límites de la Universidad Americana, no pudiéndose generalizar los resultados a otras Facultades o carreras de la Universidad Americana, ni a otras Universidades.

Recomendaciones

Luego del análisis de los resultados del presente trabajo podemos realizar las siguientes recomendaciones:

Teniendo en cuenta, que de manera general, este estudio demuestra que los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Americana, se encuentran más motivados que satisfechos, recomendamos para posteriores estudios, una mayor profundización en estudios relacionados con las expectativas que tienen con respecto a carrera, métodos y técnicas de enseñanza aprendizaje.

Gracias a otro dato significativo que se demuestra en esta investigación, como lo es la diferencia en el grado de motivación entre el grupo de alumnas sin hijos y el grupo de mujeres con hijos, se recomienda la realización de estudios específicos para generar estrategias a fin de que aumentar el nivel de motivación en el grupo de mujeres con hijos.

También se recomienda que la Carrera investigue más acerca de las estrategias que puedan lograr un aumento en el nivel de la adopción de prácticas de estudios entre los alumnos varones, principalmente entre los alumnos hasta 31 años.

Consideramos importante que en los primeros dos semestres de la carrera, se incluyan temas como técnicas y métodos de enseñanza aprendizaje y de estudio, para que lo antes posible pongan en práctica y se puedan observar resultados positivos, derivados del mejor aprovechamiento del tiempo disponible.

Referencias

Alvarez. (1998). Inventario de Métodos y Hábitos de Estudio. TEA Ediciones: Madrid.

Hernández S., R. (2010), Metodología de la Investigación, Ed. Mc Graw Hill, México.

Herzberg, F. (1975). Teoría de la Motivación, *Ed. Trillas*, México

Herzberg, F. (1987).Una vez más, cómo motiva a sus empleados?, Revista Científica de Harvard. Vol. 65, Nº 5, pp. 109.

Locke, E. (1985). Sea un Gran Líder, Ed. Javier Vergara, Barcelona.

Locke, E. (1976). Psicología Industrial y Organizacional, Rand Mc Nelly, Cali. Colombia.

Mc Clelland, D. (1989). Estudio de la Motivación Humana. Espasa Calpe: Madrid

Recibido: Octubre de 2011
Aceptado: Noviembre del 2011.

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):231-240, 2011 ISSN: 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"RELACIÓN ENTRE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LA PREFERENCIA EN LA COMUNICACIÓN EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE LA EDUCACIÓN MEDIA"

"RELATIONSHIP BETWEEN NEW TECHNOLOGIES AND COMMUNICATION PREFERENCE IN STUDENTS OF SECOND YEAR OF SECONDARY EDUCATION"

Investigador Titular: Norma Coppari de Vera[1]
Investigadores Auxiliares: Benítez, L.; Cáceres, S.; Codas, M.; de Mestral, N.; Fugarazzo, C.; Melgarejo, M.; Melgarejo, M.; Noceda, A.; Recalde, G.; Tellechea, A.

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"[2]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

Se llevó a cabo un análisis correlacional entre el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías y la preferencia en la comunicación de estudiantes de segundo año de la Educación Media del Colegio Público seleccionado. La muestra fue intencional y autoseleccionada, conformada por 277 estudiantes de segundo año de la Educación Media. Se aplicó un diseño descriptivo, exploratorio y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes cuestionarios: "Conocimiento y Uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC's)" y "Preferencias de los jóvenes en su Comunicación Cotidiana". Los resultados reportan que existe correlación entre el conocimiento y uso y la preferencia de comunicación en los estudiantes de segundo año de la Educación Media.

Palabras clave: Preferencia, Conocimiento, Uso, NTIC's, Estudiantes de la Media.

Abstract

It has been made a correlational analysis between knowledge and usage of new technologies and preference in communication of second year of Secondary Education (11th grade) students from a selected public school. The sample was intentional, self-selected and composed of 277 students. A descriptive, exploratory and correlational design was applied. The used instruments were the following questionnaires: "Knowledge and Usage of New Technologies of Information and Communication (NITC's)" and "Young people's Preference in Daily Communication".

[1] Correspondencia remitir a: norma@tigo.com.py,NormaCoppari de Vera. FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.
[2] Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com"Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

The results indicated that there is a correlation between knowledge and usage, and the preference of communication in students attending second year of Secondary.

Key words: Preference, Knowledge, Usage, NITC's, Correlational Analysis.

Estado del Conocimiento

Se consultaron algunos estudios anteriores sobre la relación entre las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y las relaciones interpersonales.

Un Estudio realizado Páez de la Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela, trata sobre la relación Jóvenes-TIC en diversos escenarios y realidades sociales en los que se evidencia el importante rol que juega esta relación en la vida de jóvenes y adolescentes, tomando en cuenta las limitaciones que impone la brecha digital en países como Venezuela. La tecnología a la cuál tienen más acceso los jóvenes y adolescentes venezolanos es el teléfono celular. En cuanto al sexo, en general ambos usan la tecnología con fines de entretenimiento y educativos, pero mientras algunos hombres están viendo el potencial de Internet para el trabajo o los negocios, las mujeres la explotan más para relacionarse con sus familiares y amigos (Páez, 2006).

La Subsecretaria de Investigaciones a cargo de Mario Desbordes, realizó con la Universidad Bernardo O'Higgins de Chile, una investigación sobre "Exposición Electrónica de adolescentes en redes sociales, Chile-2010". Un análisis de más de 500 fotolog, facebook y otros sitios sociales, visitados por adolescentes o niños, todos menores de edad. Con los datos que están en la web, se puede establecer demasiada información sobre los adolescentes y su quehacer. Esto los coloca en un serio riesgo para ser víctimas de cualquier tipo de acoso sexual vía internet, o a través de un contacto más directo. Más del 90% de quienes están en las redes sociales de la red, son ubicables y desde esa perspectiva pueden ser objeto de grooming. Datos tan básicos como el colegio donde estudia, o los círculos que frecuenta son más que suficientes, para que alguien llegue directo a un colegio a preguntar por una persona y con suficientes datos para hacerse pasar por un amigo. (Desbordes, 2010).

La población adolescente de Barcelona y Navarra utiliza las tecnologías de la información y la comunicación principalmente para actividades de ocio, entretenimiento y de relación con sus pares. Este uso de las TIC pone en manifiesto la gran flexibilidad que presentan estas tecnologías para transformarse y adquirir las dimensiones que las y los usuarios les quieran dar (Amorós, Buxarrais y Casas, 2002) y Naval, Sádaba y Bringué (2003).

En otra investigación con estudiantes de Educación Secundaria en el aula de matemáticas, el interés radico en conocer la Influencia del uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) en las actitudes y aprendizaje de las matemáticas que el alumnado pone de manifiesto cuando trabaja la resolución de problemas contextualizados. La triangulación de los datos recogidos con distintos instrumentos revela que el uso de las TIC en el aula ha contribuido a mejorar las actitudes y el aprendizaje numérico de un gran porcentaje de los estudiantes que participaron en la experiencia (García López y Romero Albaladejo, 2009).

Un estudio de la Universidad de Canadá revela que los adictos al Facebook pueden ser tomados como narcisistas e inseguros. Según los expertos, la red social está siendo tomada como un refugio perfecto para aquellos que quieren evitar el contacto directo entre personas. "Hay que tener mucho cuidado con aquellas personas que no pueden estar tranquilas si no actualizan su perfil en Facebook y que no pueden dormir sin ver los comentarios que les ponen sus amigos", señala el estudio. Estas conclusiones, se obtuvieron con una encuesta a estudiantes de entre 18 y 25 años en la que el tema central fue el uso que le dan a la red social. Los resultados arrojaron que hay una relación positiva entre el nivel de narcisismo y el número diario de actualizaciones que los estudiantes hacen en su perfil. (http://www.generaccion.com/noticia/)

A partir de estos antecedentes se planteo como problema de Investigación:

¿Qué relación existe entre el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías (NTIC's) de los estudiantes de Segundo Año de la Educación Media, y sus preferencias de comunicación?

Las hipótesis sostienen que:

HA: Probablemente existe relación entre el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías, y la preferencia en la comunicación de estudiantes de segundo año de la Educación Media.

HO: Probablemente no existe relación entre el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías, y la preferencia en la comunicación de estudiantes de segundo año de la Educación Media.

Los objetivos general y específicos formulados son:

Objetivo General

Determinar la relación existente entre el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías (VC1) y la preferencia en la comunicación (VC2) de estudiantes de segundo año de la Educación Media, medida a través de los cuestionarios "Conocimiento y Uso de las NTIC's" y "Preferencias de los Jóvenes en su Comunicación Cotidiana".

Objetivos Específicos

1. Describir y comparar el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías entre varones y mujeres de la muestra de estudiantes de segundo año de la Educación Media.

2. Describir y comparar la preferencia en la comunicación entre varones y mujeres de la muestra de estudiantes de segundo año de la Educación Media.

3. Describir y comparar el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías, y preferencia de comunicación de estudiantes de segundo año de la Educación Media. en relación a los intervalos de 15-16 y 17-18 años de edad.

4. Describir y comparar el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías y preferencia de la comunicación entre los turnos mañana y tarde de la muestra de estudiantes de segundo año de la Educación Media.

5. Describir y comparar el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías y preferencia de comunicación entre los diferentes Bachilleratos, Ciencias Básicas y sus Tecnologías, Ciencias Sociales, Técnico en Administración de Negocios, Técnico en Contabilidad, Artes y Letras, de la muestra de estudiantes de segundo año de la Educación Media

Método

Participantes

El universo está conformado por estudiantes de la Educación Media (1200 estudiantes) de un Colegio Público de la ciudad de Asunción. Se aplicó un muestreo intencional y autoselectivo. La muestra quedó conformada por 277 alumnos del Segundo Año de la Educación Media de los turnos mañana y tarde, de los énfasis "Bachillerato Ciencias Básicas y sus Tecnologías", "Bachillerato Ciencias Sociales" "Bachillerato Técnico en Contabilidad", "Bachillerato Técnico en Administración de Negocios" y "Bachillerato Artes y Letras". Los criterios utilizados fueron: ser estudiantes de segundo año de la Educación Media, de un Colegio Público, pertenecientes a ambos sexos y participar bajo consentimiento informado.

Dispositivos

Se aplicaron dos cuestionarios elaborados por el equipo investigador (Coppari y colbs, 2010). "Conocimiento y Uso de las NTIC's"; que consta de 22 preguntas, cuyo objetivo es recabar información acerca del conocimiento y uso de las NTIC's, en los estudiantes de segundo año de la Educación Media. Y, "Preferencias de los jóvenes en su Comunicación Cotidiana", que consta de 49 preguntas, cuyo objetivo es determinar la forma en que los jóvenes se comunican con familiares, amigos, etc.

Escenario y Recursos

Se utilizaron siete aulas pertenecientes al Colegio seleccionado.

Los materiales empleados:
- Fotocopias de 277 cuestionarios de "Conocimiento y Uso de las NTIC's"
- Fotocopias de 277 cuestionarios de "Preferencias de los Jóvenes en su Comunicación"
- 50 Lápices de papel
- 50 Borradores

La investigación contó con:
- Una Investigadora Titular
- 9 investigadores auxiliares del sexo femenino y 1 de sexo masculino.

Diseño

La investigación aplico diseños descriptivo, exploratorio y correlacional.

Procedimiento

Pre – fase

Esta pre-fase tuvo una duración de 6 meses, durante los cuales se realizaron las siguientes actividades:
- Elaboración del plan de investigacion.
- Revisión Bibliográfica.
- Elaboración de los instrumentos.
-Elaboración del manual de procedimientos.
- Entrega de la carta y primer contacto con las autoridades de la Institución Educativa para la explicación del proyecto.
- Presentación y aprobación del plan de investigación a la investigadora titular.

Fase de recolección de datos

Esta fase tuvo una duración de 1 día y se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se aplicaron los cuestionarios de "Conocimiento y Uso de las NTIC's" y "Preferencias de los jóvenes en su Comunicación Cotidiana" a 277 estudiantes de segundo año de la Educación Media.
- La aplicación se realizo en simultáneo, dividiendo en dos grupos a los participantes, de los diferentes énfasis, varones y mujeres, un grupo por cada turno de la institución seleccionada.

Fase de corrección.

Esta fase tuvo una duración de tres semanas. En la cual se realizo la corrección manual de los cuestionarios aplicados, utilizando el manual de procedimiento.
Los encargados de la corrección de los cuestionarios fueron todos los investigadores auxiliares, divididos en cinco grupos de dos integrantes cada uno bajo la tutoría del Investigador titular.

Análisis y Resultados

Se aplico correlación entre conocimiento y uso, y preferencias de la comunicación de estudiantes de segundo año de la Educación Media, calculado mediante el Coeficiente de Correlación Lineal R de Pearson.

Además, se realizo un análisis intersujeto con la descripción de las escalas de conocimiento y uso de las nuevas tecnologías (NTIC's), y de las preferencias en la comunicación de los jóvenes. Se describió y comparo mediante la Prueba t de Student para muestras independientes la relación entre conocimiento y uso, y la preferencia en la comunicación de los estudiantes de segundo año de la Educación Media, según los criterios de sexo, edad y turno.

Los distintos énfasis de bachilleratos "Ciencias Básicas y sus Tecnologías", "Ciencias Sociales", "Técnico en Administración de Negocios", "Técnico en Contabilidad" y "Artes y Letras", se compararon con el calculo de análisis de la varianza. Conforme los objetivos se presentan los resultados en las siguientes figuras.

Características Socio-demográficas de los Cortes Muestrales

La Fig Nº1 Corresponde a la descripción de los cortes muestrales de estudiantes de segundo año de la media, de ambos turnos (mañana y tarde); en términos porcentuales, según el criterio sexo. Un 62% (N=170) es de sexo femenino y un 38% (N=104) es de sexo masculino, sobre los casos válidos (N=274) de la muestra total (N=277).

Hombre: 37,96%

Mujeres: 62,04%

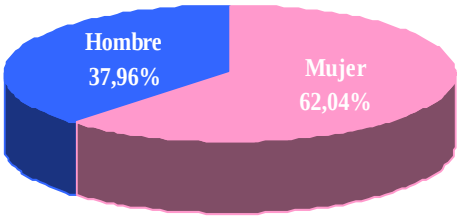
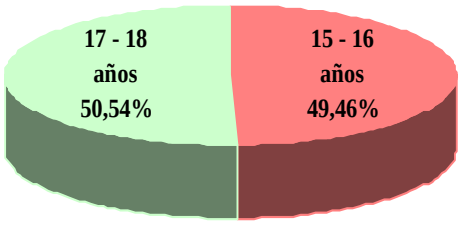


Figura N° 1: Distribución de los cortes muestrales según sexo.

La Fig. Nº 2 corresponde a la descripción de los cortes muestrales de estudiantes de segundo año de la media, de ambos turnos (tarde y noche); en términos porcentuales, según el criterio edad. En un 49% (N=137) corresponde al rango de 15 a 16 años, y en un 51% (N=140) corresponde al rango de edad de 17 a 18 años, de la muestra total.

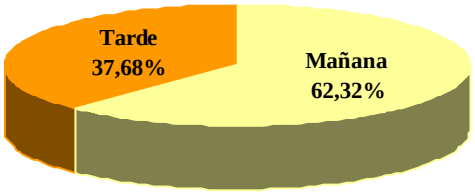


17 – 18 años: 50,54%

15 – 16 años: 49,46%

Figura N° 2: Distribución de los cortes muestrales según edad.

Turno Tarde: 37,68%



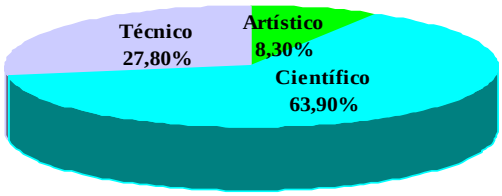
Turno Mañana: 62,32%

Figura N° 3: Distribución de los cortes muestrales según turno.

Corresponde a la descripción de los cortes muestrales de estudiantes de segundo año de la media, de ambos turnos (mañana y tarde); en términos porcentuales, según el criterio turno. De los casos válidos (N=276), el 62% (N=172) corresponde al turno mañana y el 38% (N=104) al turno tarde.

Bachillerato Técnico: 27,80%

Bachillerato Artístico: 8,30%



Bachillerato Científico: 63,90%

Figura N° 4: Distribución de los cortes muestrales según bachillerato.

Corresponde a la descripción de los cortes muestrales de estudiantes de segundo año de la media, de ambos turnos (tarde y noche); en términos porcentuales, según el criterio bachillerato. En un 8% (N=23) corresponde al Bachillerato Artístico; en un 28% (N=77) corresponde al Bachillerato Técnico; y en un 64% (N=177) corresponde al Bachillerato Científico, de la muestra total.

Análisis Intersujeto

Las Figuras Nº5 a la Nº12 demuestran los niveles de conocimiento y uso de las NTICs, y su relación con la preferencia de comunicación, considerando variables como sexo, rango de edad, turno escolar y tipo de énfasis de los bachilleratos cursados por los jóvenes participantes en un análisis descriptivo intersujeto realizado por cortes muestrales.

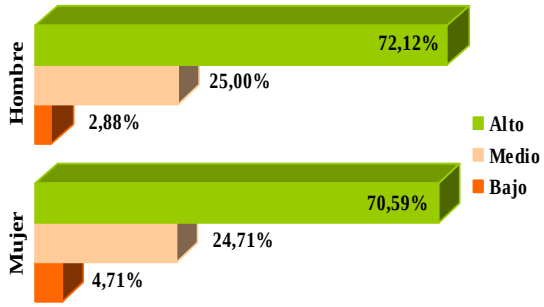


Figura N° 5: Nivel de Conocimiento y Uso de las NTICs según sexo.

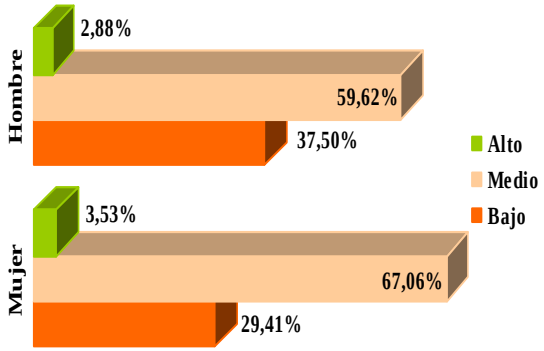


Figura N° 6: Nivel de Preferencia de Comunicación utilizando las NTICs según sexo.

Se observa, que los hombres tienen mayor puntaje en el conocimiento y uso de las NTICs (figura nro.5), en cambio las mujeres presentan mayor puntaje de media en la preferencia de comunicación utilizando las NTICs (figura nro.6). En la prueba t se encontró diferencia estadísticamente significativa al nivel 0,05 entre sexo.

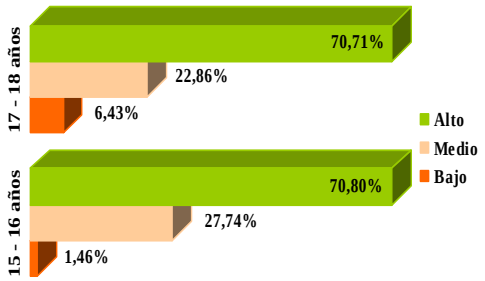


Figura N° 7: Nivel de Conocimiento y Uso de las NTICs por rango de edad.

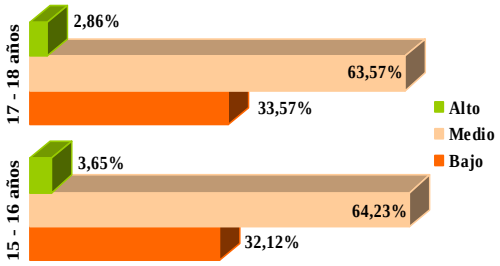


Figura N° 8: Nivel de Preferencia de Comunicación utilizando las NTICs por rango de edad.

No hubo diferencias significativas entre las diferentes edades.

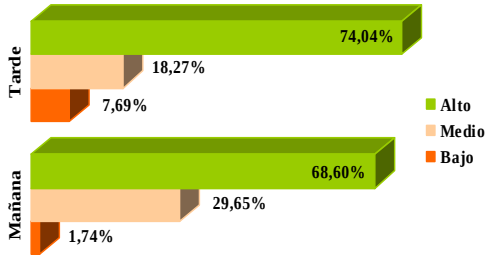


Figura N° 9: Nivel de Conocimiento y Uso según turno.

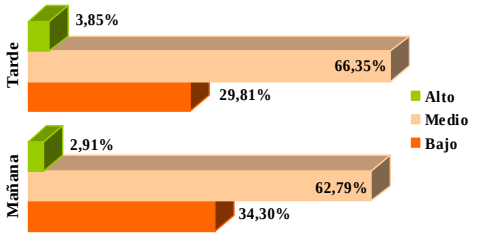


Figura N° 10: Nivel de Preferencia de Comunicación utilizando las NTICs, según turno.

No hubo diferencias significativas entre los diferentes turnos.

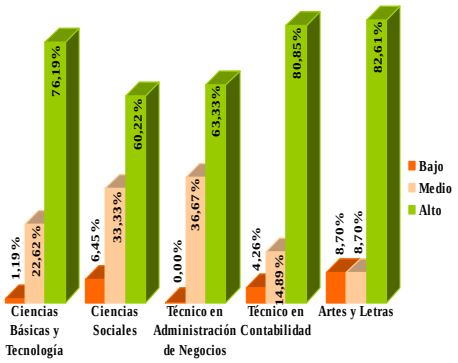


Figura N° 11: Nivel de Conocimiento y Uso según Énfasis.

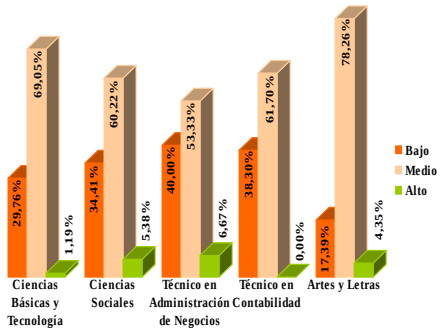


Figura N° 12: Nivel de Preferencia de Comunicación utilizando las NTICs, según énfasis.

Tabla Nº 1: Análisis de la Varianza

Variable dependiente	Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimiento y Uso	Inter-grupos	2,2468	4	,5617	2,45403	**,0462**
	Intra-grupos	62,2569	272	,2289		
	Total	64,5036	276			
Preferencias Comunicación	Inter-grupos	,4974	4	,1244	,8470002	,4964
	Intra-grupos	39,9350	272	,1468		
	Total	40,4324	276			

Tabla Nº 2: Comparaciones Múltiples

Variable dependiente	(I) Énfasis	(J) Énfasis	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Conocimiento y Uso	Ciencias Sociales	Ciencias Básicas y Tecnología	-,1381	,0562
		Técnico en Administración de Negocios	-,1416	,1598
		Técnico en Contabilidad	-,1899*	**,0274**
		Artes y Letras	-,28798*	**,0103**

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

La prueba de comparaciones múltiples el grupo de énfasis Ciencias Sociales se presentó con medias significativamente menores a los alumnos del Técnico en Contabilidad (p=0,0274) y de Artes y Letras (p<0,0103) en la variable Conocimiento y Uso.

Correlaciones

Tabla Nº 3: Correlacion entre "Conocimiento y Uso" y "Preferencias de Comunicación"

Variables	Estadísticos	Conocimiento y Uso	Preferencias de Comunicación
Conocimiento y Uso	Correlación de Pearson		,4423**
	Sig. (unilateral)		,0000
	N		277
Preferencias de Comunicación	Correlación de Pearson	,4423**	
	Sig. (unilateral)	,0000	
	N	277	

**. La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

En ambos grupos de sexo se establecieron correlaciones lineales, positivas y estadísticamente muy significativas (Tabla 8; p<0,01) de valores R=0,4776 entre las mujeres y R=0,4009 en los hombres.

Asimismo, se hallaron correlaciones lineales muy significativas por Grupo de Edad (Tabla 9; p<0,01) aunque de mayor valor en el grupo con 17 a 18 años (R=0,4731) que en el de 15 a 16 años (R=0,4053) y ambas de sentido positivo.

También se encontró significación estadística en la correlación lineal positiva por Turno con mayor valor en el grupo mañana (R=0,4648) por efecto del tamaño de la muestra.

Únicamente para el énfasis Artes y Letras no se obtuvo coeficiente estadísticamente significativo (p>0,13).

Mientras que para el énfasis Técnico en Administración de Negocios se halló el mayor valor de R=0,5989.

Finalmente, se encontró un valor R=0,4423 en general que se puede interpretar que a mayor conocimiento y uso de las NTICs, existe mayor preferencia por la comunicación virtual, y viceversa.

Conclusión

Se probaron objetivos específicos y general..

Para este ultimo, se encontró un valor R=0,4423, indicando que a mayor conocimiento y uso de las NTICs, existe mayor preferencia por la comunicación virtual de parte de los jóvenes y viceversa.

No hubo diferencia significativa por sexo en el conocimiento, uso y preferencia. En conocimiento y uso la media de los hombres fue 0,21 puntos mayor a las mujeres. En el caso de las mujeres, la preferencia fue 0,75 puntos mayor a la preferencia de los hombres**.** No se hallo diferencia significativa entre los de menor edad y los de mayor edad en cuanto al conocimiento, uso de las NTICs y preferencia de comunicación

El énfasis de Ciencias Sociales es el grupo que provocó la diferencia significativa por su valor promedio en el conocimiento y uso de las NTICs. En las preferencias no hubo diferencia significativa. Estos resultados coinciden con los hallados en otros estudios de países latinoamericanos, anglosajones y europeos.

Los jóvenes nativos digitales protagonistas de la era tecnológica, hacen uso natural de todos los recursos que le proveen las TICs, y su consumo se da en cifras exponenciales. Como toda tecnología aplicada en forma masiva tiene sus ventajas y desventajas. El verdadero desafío de la familia, las instituciones educativas, las empresas y la sociedad toda, es formar y orientar a los jóvenes en su uso productivo y ético. Derivaciones en los procesos de enseñanza-aprendizaje superando la brecha digital generacional entre docentes y alumnos de esta nueva raza digital, deberán ser estudiadas para que su impacto se traduzca en resultados positivos. Regular el exceso y sus efectos psicológicos como el “tecnostress” o la “tecnoadicciòn” es ámbito de la psicología educativa y de la salud. En la actualidad, con el desarrollo de la tecnología, la sociedad tiende a la despersonalización, con relaciones virtuales. En este sentido, las relaciones interpersonales han perdido buena parte del contacto personal y han pasado a estar mediatizadas. Las computadoras conectadas a Internet y los teléfonos móviles, por ejemplo, han reemplazado a la comunicación interpersonal presencial o cara a cara. Investigar el nuevo perfil de personalidad de los nativos digitales y desarrollar competencias de autorregulación, autodominio, autoeficacia y asertividad, administración del tiempo, ocio diversificado y no solo dependiente de la tecnología son tareas pendientes. Para ello abra que insistir con la educación emocional que facilite actitudes positivas ante la vida, que permita el desarrollo de habilidades sociales, estimule la empatía y favorezca actitudes para afrontar conflictos, fracasos y frustraciones. La meta es promover y lograr el bienestar social.

Referencias

American Psycological Association (2001) *Reference Style Guide*. Quinta Edición. USA.

Ávila B, H.L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación.* Recuperado de http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2l.htm.

Berríos, Ll. y Buxarrais, M. (2005, Mayo). *Las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los adolescentes*. Recuperado de http://www.oei.es/valores2/monografias/monografia05/reflexion05.htm

Cabezas G., D. (2009, Febrero). *Relaciones Interpersonales*. Recuperado de http://www.down21.org/act_social/relaciones/main.htm.

Clayton, J. (2002). *Diccionario Ilustrado de Telecomunicaciones*. España: Mc Graw-Hill Profesional.

Desbordes, M. (2010). *Exposición Electrónica de adolescentes en redes sociales Chile 2010*. Recuperado de http://www.ssi.gov.cl/dis_documentos/10/mayo/Exposicion_Electronica_adolescentes_redes_sociales_2010.pdf.

Diccionario de Ingeniería. (2000). *Definición de Tecnología*. Madrid: Cultural S.A.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw-Hill.

Martínez, M. (1984). *Psicología Experimental. Conceptos Básicos, Metodología y Diseños*. Madrid.

Mc Guigan, F. (1996). P*sicología Experimental: Métodos de Investigación*. Sexta Edición. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana.

Páez, Ángel (2006). *Relación Jóvenes: una lectura cualitativa. – TIC*. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/281/n5_v1_pp41_54.pdf.

Real Academia Española. (2006). *Definición de Tecnología*. Diccionario Esencial de la Lengua Española. España: Espalsa Calpe S.A.

Universidad de Canadá. (2010, Setiembre 10). *Estudio revela que adictos al Facebook son narcisistas e inseguros*. Recuperado de http://www.generaccion.com/noticia/78099/estudio-revela-que-adictos-alfacebook-son-narcisistas-e-inseguros.

Recibido: Setiembre de 2011
Aceptado: Noviembre de 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):241-253, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"INFLUENCIA DEL BAILE RECREATIVO EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y AUTOESTIMA DE PERSONAS ADULTAS."

"INFLUENCE RECREATIONAL DANCE IN THE MOOD AND SELF-ESTEEM OF ADULTS."

Investigadora: María Gabriela Bernardes Soljancic[1]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" [2]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar si hay diferencias en el Estado de Ánimo y la Autoestima de personas adultas que practican baile recreativo en comparación a las que no lo hacen. Para el cumplimiento del propósito se utilizó un diseño de comparación de tres grupos independientes, utilizándose el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoestima de Rosenberg. El análisis de datos se realizó mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales en su versión 11.5 y el contraste de hipótesis informa que a un nivel de significación de 0,05 las personas que bailan presentan mejores niveles de Estado de Ánimo y Autoestima.

Palabras claves: Baile recreativo, Estado de ánimo, Autoestima, Sedentarismo.

Abstract

This study aims to determine whether there are differences in the Depression and Self-esteem of adults who engage in recreational dancing compared to those who do not. To fulfill the purpose a design comparison of three independent groups was used the Beck Depression Inventory and the Rosenberg Self-Esteem Scale was administered. The data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences version 11.5 and the reports hypothesis testing states that people who dance have better levels of Mood and Self-Esteem.

Key words: Recreational Dance, Mood, Self-Esteem, sedentary.

[1] Investigadora para la tesis de grado en Psicología por la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Asunción. E-mail: ga.bersol@hotmail.com

[2]Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

Estado del Conocimiento

Hasta no hace mucho tiempo en la historia de la humanidad, los temas de salud-enfermedad, física o mental, eran concebidos separadamente; sin embargo, hace unos años se concibe el fenómeno integrado, como dos aspectos inseparables, unidos e interconectados en la salud del ser humano (OMS, 1977; citado en Fernández-Ríos, 1994).

Esta conexión de lo físico con lo mental resulta importante e indicadora tanto para la Psicología como para la Medicina sobre todo al hablar de prevención, ya que, una vez que se interviene para prevenir solamente a un nivel, sea psicológico o físico, a la vez se influye sobre el resto del organismo, o dicho de otra manera se produce un efecto interactivo donde, intervenir en uno afecta al otro (Fernández-Ríos, 1994).

Existen diversas formas de prevención, varios componentes, cuidados y actividades que ayudan a mantener una vida saludable y evitan la aparición o mantenimiento de ciertos problemas de salud. Un componente importante que cumple el rol preventivo y promocional, es la actividad física, que se define como cualquier movimiento corporal que involucra los músculos esqueléticos ocasionando un gasto de energía, siendo el ejercicio físico, un tipo de actividad caracterizada por su propósito y sistematicidad. Es una unidad importante dentro de los hábitos saludables, y si se realiza habitualmente proporciona importantes beneficios, disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, controla el peso y, a la vez, tiene repercusiones en los aspectos psicológicos de la salud.

Entre los ejercicios físicos, como una alternativa y con un componente adicional favorecedor en los aspectos de la salud, se encuentra la danza o el baile, que además de aportar los beneficios mencionados anteriormente, posee otros que contribuyen al bienestar de las personas, aporta flexibilidad, movilización, fortalecimiento, coordinación, intuición, expresividad, estética y estilo lúdico; en su manifestación principal, el baile puede aparecer como el resultado de una expresión emocional del ser humano (Sampayo, 2006).

La danza es el arte de expresarse mediante movimientos del cuerpo acompañados de ritmos musicales. En la danza existen distintos tipos y estilos de práctica y el que se tratará en este trabajo es la danza básica o baile recreativo, que no tiene muchas exigencias en las prácticas ni en sus fines, se desarrolla en contexto informal y con fines de esparcimiento y recreación.

El Estado de Ánimo se refiere a la emoción generalizada y persistente que establece la forma en que se percibe el mundo. Un problema del Estado de Ánimo es la Depresión, síndrome caracterizado por el descenso del humor, pensamientos autoderrotistas, negativos, manifestándose también síntomas biológicos en casos más severos. Algunas de estas características del Estado de Ánimo tienen relación con la Autoestima, definida ésta como la confianza y respeto hacia uno mismo, es el sentimiento valorativo del ser, del conjunto de rasgos y de la eficacia personal.

De lo relacionado a los beneficios psicológicos del baile recreativo, éste estudio enfoca *La influencia del baile recreativo en el Estado de Ánimo y la Autoestima de personas adultas*.

El propósito es indagar la relación entre el baile recreativo, el Estado de Ánimo, presencia o ausencia de síntomas depresivos, y la Autoestima en personas adultas.

Se estableció determinar diferencias en esas variables, teniendo en cuenta la práctica del baile recreativo, los ejercicios físicos y el sedentarismo.

Considerando que los ejercicios físicos tienen semejanzas en sus efectos al baile recreativo, el diseño presente contempla su control. Este estudio plantea las siguientes hipótesis:

H_0: No hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que bailan habitualmente y las personas que realizan otros ejercicios físicos.
H_1: Hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que bailan habitualmente y las personas que realizan otros ejercicios físicos.

H_0: No hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que bailan habitualmente y las personas sedentarias.
H_1: Hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que bailan habitualmente y las personas sedentarias.

H_0: No hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que realizan otros ejercicios físicos y las personas sedentarias.
H_1: Hay diferencias de Estado de Ánimo entre las personas que realizan otros ejercicios físicos y las personas sedentarias.

H_0: No hay diferencias de Autoestima entre las personas que bailan habitualmente y las personas que realizan otros ejercicios físicos.
H_1: Hay diferencias de Autoestima entre las personas que bailan habitualmente y las personas que realizan otros ejercicios físicos.

H_0: No hay diferencias de Autoestima entre las personas que bailan habitualmente y las personas sedentarias.
H_1: Hay diferencias de Autoestima entre las personas que bailan habitualmente y las personas sedentarias.

H_0: No hay diferencias de Autoestima entre las personas que realizan otros ejercicios físicos y las personas sedentarias.
H_1: Hay diferencias de Autoestima entre las personas que realizan otros ejercicios físicos y las personas sedentarias.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar si existen diferencias en el Estado de Ánimo y en la Autoestima entre personas adultas que practican baile recreativo y otras que no lo hacen.

Objetivos específicos.

En cuanto a los objetivos que en su conjunto llevarán al cumplimiento del general se señalan los siguientes:
1- Identificar síntomas depresivos en adultos que realizan ejercicios físicos.
2- Determinar la existencia de síntomas depresivos en adultos que practican baile.
3- Evaluar síntomas de Depresión en las personas adultas que no realizan ejercicios físicos.
4- Reconocer cual de los tres grupos participantes posee mejor nivel de Autoestima.
5- Diferenciar el nivel de Depresión entre adultos que practican baile, los que hacen ejercicios físicos y los sedentarios.
6- Diferenciar los promedios de Autoestima entre las personas que practican baile recreativo, las que realizan ejercicios físicos y las sedentarias.

Método

Diseño

El presente estudio tiene carácter descriptivo, ex post facto, con diseño de comparación de tres grupos independientes, ya que se realizó una exploración empírica pero no se manipularon variables independientes. Por eso también se clasifica como no experimental. (Kazdin, 2001).

Participantes

En base a los supuestos de partida se conformó un grupo con personas que practican baile recreativo de manera más o menos constante para compararlo con otros grupos de personas que no realizan esta actividad. En otros términos el diseño asume como factor al baile recreativo e identifica como variables dependientes al Estado de Ánimo y a la Autoestima. En relación a los grupos conformados por personas que hacen ejercicios físicos y las sedentarias se puede decir que básicamente el contraste estará entre los que bailan y los que no bailan. Pero considerando que los ejercicios físicos tendrían efectos similares a los del baile se los agrupa diferente actuando este conjunto como control de esa variable que podría ser extraña.

La población está formada por personas adultas de edades comprendidas entre 20 a 65 años, residentes en Asunción y Área Metropolitana. El muestreo fue no probabilístico de tipo criterial. La muestra quedó conformada por 200 personas, divididas en tres grupos:

Grupo 1: Personas que practican baile recreativo, como mínimo 2 horas semanales.
Grupo 2: Personas que no practican baile y realizan otros ejercicios físicos por lo menos 3 horas semanales.
Grupo 3: Personas sedentarias, que no realizan ejercicios físicos o lo hacen menos de 3 horas semanales, o bailan menos de 2 horas semanales.

Instrumentos

Se utilizó el BDI-II, *Inventario de Depresión de Beck* (Beck; Steer; Brown; 2006) para la medición del Estado de Ánimo, específicamente la presencia de síntomas depresivos. Este instrumento consiste en una escala de 21 items que a partir del auto-reporte, mide Depresión en adultos y adolescentes desde 13 años en adelante. Las cifras de *fiabilidad* del BDI son altas tanto en términos de consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach= 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilan entre 0,60 y 0,72).

Para medir la Autoestima se utilizó la *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965). Esta escala evalúa la Autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración, 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. La fiabilidad ha sido suficientemente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (*alpha* de Cronbach) entre 0.74 y 0.77, y de fiabilidad test-retest de 0.63 (intervalo de 7 meses) y de 0.85 (intervalo de 2 semanas).

Se aseguró el consentimiento informado de las personas que participaron en este estudio; éstas fueron informadas acerca de la investigación, en qué consistía y otros tópicos importantes como dar respuestas a todas sus dudas sobre la misma para luego decidir participar voluntariamente, sabiendo su derecho de retirarse en cualquier momento del proceso. La identidad y otros datos personales de los participantes son manejados confidencialmente.

Resultados y Discusión

Los cuestionarios de Depresión y Autoestima se adaptaron a las necesidades del estudio. En términos de Confiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo 0,81 en la medida de Autoestima y 0,87 para el Inventario de Depresión.

Los grupos, si bien con tamaños diferentes, en ningún caso acumula una cifra menor a 50, hecho auspicioso para tender a la estabilidad en las medidas.

Tabla 1. Distribución de la población según pertenencia a los grupos. (n= 200)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Practican Baile	54	27,0	27,0	27,0
	Otros Ejercicios Físicos	58	29,0	29,0	56,0
	Sedentarios	88	44,0	44,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Puede observarse en la tabla 2, cómo las medias de las puntuaciones del cuestionario de Depresión varían según la pertenencia a los grupos de baile, grupos de ejercicios físicos y a los sedentarios.
Las varianzas en los dos primeros grupos son relativamente semejantes, sin embargo presentan mayor dispersión en el grupo de personas sedentarias. Esto es interesante pues puede sugerir la idea de mayor aleatoriedad en la influencia sobre el Estado de Ánimo en comparación a los que se ejercitan físicamente o bailan.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos sobre puntuaciones de Depresión, según pertenencia a los grupos (n= 200)

	Grupos		Estadístico	Error típ.
Puntuación de Depresión	**Practica Baile**	Media	7,67	,930
		Mediana	6,50	
		Varianza	46,755	
	Realiza Ejercicios Físicos	Media	8,50	,928
		Mediana	8,00	
		Varianza	49,904	
	Sedentarios	Media	11,40	,874
		Mediana	9,00	
		Varianza	67,208	

Actualmente se discute sobre la importancia del cambio de hábitos de comportamientos sedentarios hacia rutinas más saludables, donde se incluya la actividad física y recreativa como factor preventivo y promocional. Así también en todo el mundo la Depresión es una de las psicopatologías de mayor preocupación, requiriendo de la psicología información que sirva para su confrontación.

La curva en la puntuación de la Depresión sigue una dirección que muestra a la práctica del baile recreativo y de ejercicios físicos con medias menores en Depresión.
Por otra parte (tabla 3), las puntuaciones de Autoestima no presentan mayores diferencias. De todos modos es tentador pensar que aunque pequeñas, hay diferencias en las puntuaciones que muestran una dirección concordante con la inversa que se mostraba en Depresión.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos sobre puntuaciones de Autoestima, según pertenencia a los grupos (n= 200)

	Grupos		Estadístico	Error típ.
Puntuación de Autoestima	**Practica Baile**	Media	34,48	,632
		Mediana	35,00	
		Varianza	21,575	
	Realiza Ejercicios Físicos	Media	33,53	,553
		Mediana	34,00	
		Varianza	17,727	
	Sedentarios	Media	31,63	,515
		Mediana	31,50	
		Varianza	23,364	

Las diferencias en las puntuaciones entre práctica de baile y ejercicios físicos distan solo en un punto, sin embargo entre la práctica de baile y sedentarismo hay una distancia de tres puntos que tal vez con una muestra de mayor potencia arroje cifras más contundentes.

Para describir las relaciones entre las variables seleccionadas como de interés para el presente estudio se informa seguidamente sobre coeficientes de correlación bilaterales de Pearson y Spearman, según correspondan a variables numéricas o categóricas (tabla 4).

Tabla 4. Correlación bilateral de Pearson, entre Depresión, Autoestima y variables seleccionadas (n= 200)

		P.T de Depresión	P.T de Autoestima	Nº de hijos	Ocupación remunerada	Situación económica
P.T de Depresión	Correlación de Pearson	1	-,556(**)	-,048	,029	,293(**)
	Sig. (bilat)	.	,000	,498	,689	,000
P.T de Autoestima	Correlación de Pearson	-,556(**)	1	,008	-,054	-,257(**)
	Sig. (bilat)	,000	.	,916	,457	,000
Nº de hijos	Correlación de Pearson	-,048	,008	1	-,046	-,204(**)
	Sig. (bilat)	,498	,916	.	,526	,004
Ocupación remunerada	Correlación de Pearson	,029	-,054	-,046	1	,006
	Sig. (bilat)	,689	,457	,526	.	,936
Situación económica	Correlación de Pearson	,293(**)	-,257(**)	-,204(**)	,006	1
	Sig. (bilat)	,000	,000	,004	,936	.

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

Aún cuando no se den distribuciones normales tanto en las puntuaciones de Autoestima como en Depresión, se usa la *r* de Pearson. Los resultados muestran que entre Autoestima y Depresión existe una correlación negativa de 0,556, es decir, cuando el nivel de una de estas variables aumenta, el nivel de la otra disminuye, dándose una relación a la inversa (Figura1).

Se encontró una relación positiva de 0,29 entre la Depresión y la situación económica, y una correlación negativa de 0,25 entre ésta variable socioeconómica y la Autoestima. Estos son factores que, si bien no son determinantes ni pueden explicar solos, las causas de los trastornos del Estado de Ánimo, tienen influencia en los mismos. Otra correlación débil de -0,2 se da entre el número de hijos y la situación económica.

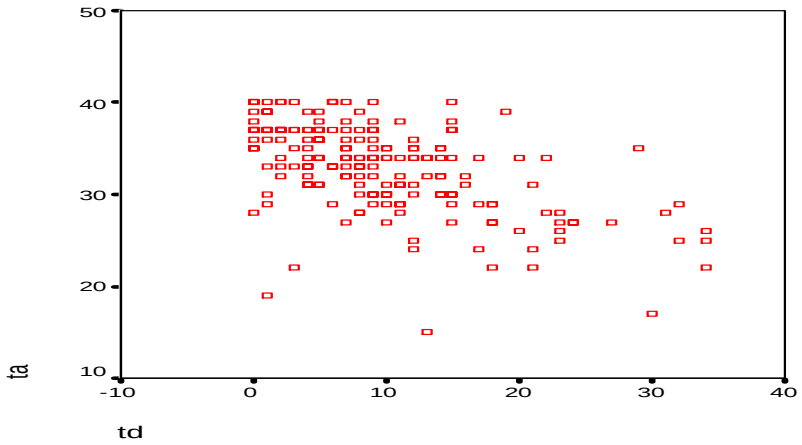


Figura 1. Diagrama de dispersión de correlación en Autoestima y Depresión.

En el análisis de correlación de Spearman, se encontró una correlación negativa débil entre la pertenencia a los grupos, con el puntaje de Autoestima y de Depresión (tabla 5).

Tabla 5. Correlación bilateral de Spearman, entre Depresión, Autoestima y pertenencia a los grupos (n= 200)

			P.T de Autoestima	P.T de Depresión	Grupos
Rho de Spearman	Pje de Autoestima	Coeficiente de correlación	1,000	-,536(**)	-,284(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
	Pje de Depresión	Coeficiente de correlación	-,536(**)	1,000	,214(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,002
	Grupos	Coeficiente de correlación	-,284(**)	,214(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,002	.

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

En el caso de los puntajes de Autoestima y la pertenencia a los grupos, se evidencia una correlación negativa débil de 0,28. Por otra parte se da una correlación de 0,21 entre la pertenencia a los grupos y la Depresión. También se presenta una relación entre estas variables, y aunque no sea una asociación moderada o alta, puede permitir incluir los factores grupales tomados para este estudio como influyentes en alguna medida para abordar los fenómenos psicológicos como el Estado de Ánimo y la Autoestima. La inclusión del factor debe hacerse dentro de un esquema multicausal, en tal sentido, una estimación de la magnitud del efecto utilizando la *r* de Pearson reporta que tanto la Autoestima como la Depresión pueden estar influidas en 4% por la pertenencia a uno de los grupos de estudio.

Para la realización de los análisis estadísticos de contraste, teniendo en cuenta la distribución no normal y con varianzas homogéneas de los puntajes con respecto a los grupos, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 6. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Depresión, entre el grupo que baila y el que hace ejercicios físicos

	Depresión
U de Mann-Whitney	1446,000
W de Wilcoxon	2931,000
Z	-,700
Sig. asintót. (bilateral)	,484

a. Variable de agrupación: GRUPO

Los datos permiten interpretar que no hay diferencias significativas en el Estado de Ánimo entre las personas que practican baile recreativo y las personas que realizan otros ejercicios físicos constantemente. Si bien esta información es valiosa al momento de recomendar ejercicios físicos o baile recreativo como factor protector, no hay que descartar la necesidad de investigaciones más específicas. Así por ejemplo, si bien la Depresión puede tener prevalencia semejante en ambos grupos, no puede descartarse que el factor lúdico e interaccional que supone la práctica de baile, puede tener beneficios extras en otras dimensiones psicológicas que se podrían identificar. En otras palabras, el baile que implica acompañamiento con ritmos musicales agradables, humor e interacción social permanente, actúa no solamente mejorando la tonicidad muscular y potenciando el sistema cardiorespiratorio, sino que a la vez implica factores protectores como el sentido del humor, el contacto físico con otras personas y la distracción.

Tabla 7. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Depresión, grupo que baila y el sedentario

	Depresión
U de Mann-Whitney	1710,500
W de Wilcoxon	3195,500
Z	-2,801
Sig. asintót. (bilateral)	,005

a. Variable de agrupación: GRUPO

Teniendo en cuenta el Estado de Ánimo, se observan diferencias significativas entre las personas que practican baile recreativo y las personas sedentarias. Lo que se veía como distancia entre las medias aritméticas reportadas en tablas anteriores, en éste contraste tales diferencias son significativas al nivel del 0,05.

Los datos de este estudio confirman la posibilidad que tienen las aplicaciones psicológicas y comportamentales para enfrentar problemas tan extendidos como la Depresión. Sin embargo, el uso de fármacos antidepresivos ha llegado, según la misma Organización Mundial de la Salud, a extremos irracionales.

Tabla 8. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Depresión, entre el grupo que hace ejercicios físicos y el sedentario

	Depresión
U de Mann-Whitney	1996,500
W de Wilcoxon	3707,500
Z	-2,225
Sig. asintót. (bilateral)	,026

a. Variable de agrupación: GRUPO

Tomando el grupo que hace ejercicio físico constantemente y el grupo sedentario, se demuestra que existen diferencias significativas entre los grupos.
La tendencia sigue, y al parecer, la activación del organismo mediante movimientos que se sostengan durante por lo menos 40 minutos y con una frecuencia de por lo menos tres veces a la semana, son las que explican en parte la menor puntuación en Depresión.

Tabla 9. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Autoestima, entre el grupo que baila y el que hace ejercicios físicos.

	Autoestima
U de Mann-Whitney	1295,000
W de Wilcoxon	3006,000
Z	-1,586
Sig. asintót. (bilateral)	,113

a. Variable de agrupación: GRUPO

En esta tabla se observa que no hay diferencias significativas en los puntajes de Autoestima entre las personas que practican baile recreativo y las que realizan otros ejercicios físicos. Estos resultados complementan lo que se muestra en los contrastes anteriores y confirman que lo importante es el involucramiento en algún tipo de actividad física de manera sistemática.

Tabla 10. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Autoestima, entre el grupo que baila y el sedentario.

	Autoestima
U de Mann-Whitney	1495,500
W de Wilcoxon	5411,500
Z	-3,714
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: GRUPO

Hay diferencias en las puntuaciones de Autoestima entre las personas que practican baile recreativo y las personas sedentarias. Tratándose la Autoestima de una variable psicológica de correlación negativa con la Depresión, estos datos develan que no hacer actividad física, de ninguna clase de manera sistemática, convierte a ese grupo de personas en más propensas a tener menor autovaloración. Si bien este estudio no plantea relaciones causales, la interacción entre estos fenómenos es notoria.

Tabla 11. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Autoestima, entre el grupo que hace ejercicios físicos y el sedentario

	Autoestima
U de Mann-Whitney	1907,500
W de Wilcoxon	5823,500
Z	-2,586
Sig. asintót. (bilateral)	,010

a. Variable de agrupación: GRUPO

Estos datos refieren que hay diferencias en la Autoestima entre las personas que realizan ejercicios físicos y el grupo de las personas sedentarias. Aunque hay alguna información previa sobre las ventajas del baile recreativo sobre el ejercicio físico, en tanto que el primero aporta componentes lúdicos y de interacción entre las personas, en este estudio no se evidencian efectos diferenciales en relación a lo que se muestra en la tabla que contrasta la Autoestima. En definitiva, lo que está visto es que el sedentarismo, si se compara con el baile recreativo o con el ejercicio físico, no es un factor favorecedor de la Autoestima.

Tabla 12. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Autoestima, entre el grupo que baila y el que no baila

	Autoestima
U de Mann-Whitney	2790,500
W de Wilcoxon	13521,500
Z	-3,180
Sig. asintót. (bilateral)	,001

a. Variable de agrupación: GRUPO

Luego de una redistribución de los tres grupos participantes en dos, tomando como criterio de clasificación que uno de ellos practique baile y el otro no, se realizó el análisis estadístico correspondiente. La nueva conformación significó la fusión de las personas sedentarias y las que hacen ejercicios físicos en base al nuevo criterio clasificatorio. Los datos señalan que existen diferencias en la Autoestima entre las personas que practican baile y las personas que no practican baile.

Investigaciones anteriores sobre los beneficios psicológicos de la danza, afirman que, entre otras ventajas, su práctica habitual aumenta la Autoestima de las personas. En este estudio que es Ex Post Facto no se puede inferir una relación causal, sin embargo, sigue la misma línea de la evidencia disponible. También se puede pensar que la relación entre la Autoestima y la práctica de baile recreativo es bidireccional, en el sentido que puede ser beneficiosa para el incremento de la Autoestima, como también tiene sentido pensar que las personas con buena Autoestima buscan participar de actividades de diversión, socialización y exhibición con más probabilidad que las que tienen baja Autoestima.

Tabla 13. Estadísticos de contraste no paramétrico, en Depresión, entre el grupo que baila y el que no baila

	Depresión
U de Mann-Whitney	3156,500
W de Wilcoxon	4641,500
Z	-2,165
Sig. asintót. (bilateral)	,030

a. Variable de agrupación: GRUPO

Utilizando la misma segmentación del análisis anterior se realizó el contraste no paramétrico de Mann-Whitney, resultando que, respecto a la Depresión, hay diferencias entre el grupo que practica baile recreativo y el grupo que no lo hace. Así como se evidencia que el componente baile hace una diferencia en el Estado de Ánimo de las personas, es una información a tener en cuenta, ya sea para su comprobación experimental como para su implementación, buscando los beneficios que representan para la salud y la calidad de vida de las personas.

Es interesante discutir que, en el caso de la Depresión, el baile recreativo no solamente tiene un potencial preventivo y promocional, sino que dentro de una intervención multicomponente puede incluirse como elemento en busca de la recuperación de personas con síndrome depresivo. La interacción social, la atención a los ritmos musicales y los movimientos que promueven la secreción

de endorfinas, adrenalinas y encefalinas, sin duda son efectos de gran beneficio en el tratamiento, no solo de la Depresión sino también de otros trastornos psicopatológicos.
Practicar baile o cualquier ejercicio físico de manera regular proporciona resultados similares y ambas actividades otorgan beneficios a la salud. En general el ejercicio físico en sí, independientemente del estilo elegido, favorece a la prevención de enfermedades o trastornos, ayuda a mantener una buena salud y también sirve de ayuda en la rehabilitación de ciertos problemas.
A continuación se presenta la tabla 14 que expresa la comparación de medias de la muestra dividida en dos grupos, uno está constituido por las personas que practican baile, y el otro, por las personas que no practican baile, éste último es la fusión de las personas sedentarias con las que realizan otros ejercicios físicos, como se nombro en análisis anteriores. Queda entonces esta división de la siguiente forma, grupo 1, bailan; y grupo 2, no bailan.

Tabla 14. Comparación de promedios entre grupos que bailan y no bailan

	PROMEDIO AUTOESTIMA	PROMEDIO DEPRESIÓN
Bailan	34	8
No bailan	32	10

En la tabla 14 se ven los promedios de puntajes en Depresión y Autoestima de los dos grupos nombrados. Los datos señalan que la media del grupo que baila es mayor en Autoestima y menor en Depresión en comparación al grupo que no baila; aunque de dos puntos, se observa la diferencia.
De acuerdo con estudios anteriores se puede alegar que el baile aporta una variedad de beneficios psicológicos además de los físicos y sociales ya nombrados previamente, y conforme con los resultados de éste, se fundamenta su contribución al mejoramiento y mantenimiento de la Autoestima y a la reducción de síntomas depresivos, tal es que estas referencias coinciden con la expresión de varios autores sobre el tema. Por ejemplo, Martínez (2004) afirma que la práctica de baile reduce el estrés, la Ansiedad y la Depresión, ya que favorece a la expresión de las emociones y a la canalización de la adrenalina. Manifiesta que bailar levanta el ánimo y eleva la Autoestima.

Conclusión

La depresión y la autoestima, tratados en este estudio, son temas claves de la psicología y actualmente de gran importancia para la humanidad. Este trastorno del Estado de Ánimo afecta a gran parte de la población mundial, y muchas veces no es detectado o tratado a tiempo ni de manera efectiva, y en menor proporción son utilizados acciones promocionales de la salud.

La actividad física, sobre todo el baile como factor promocional de la salud, es poco abordado en términos de investigación, y la aplicación en general se hace de manera empírica sin el aprovechamiento del material científico disponible. Hay suficiente información sobre los aportes físicos y psicológicos que proporciona el baile a las personas, y sobre los efectos preventivos y curativos para algunas dificultades específicas, y aún así son minoría las personas que deciden beneficiarse de éstos.

Esta investigación tuvo demarcaciones y delimitaciones en relación al tamaño muestral y al rango etáreo de cobertura, y sin duda la importancia del tema abordado amerita esfuerzos posteriores para su ampliación. Aunque los resultados obtenidos puedan ser útiles en la ciencia aplicada y la tecnología que aporta para el mejoramiento de la vida humana, sería interesante generar conocimientos sistemáticos mediante líneas de investigación que hagan sostenidas las acciones para la acumulación de conocimientos en el área. Individuos de diferentes edades, como los niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, involucrados en actividad física sistemática, sea el baile u otros ejercicios físicos, se beneficiarían en su Calidad de Vida, y por supuesto, tendrían un contexto social más agradable. En este sentido, se ha cumplido con un compromiso científico, académico y humano.

Siendo el tema importante en el área de la salud, se asume la tarea de seguir la línea de investigación, pues la ciencia se hace en proceso continuo y perseverante.

El hecho de comprobar que el baile recreativo y la actividad física en general pueden ser aportes a la resiliencia de las personas a la Depresión, y así también, entender que la autovaloración también se relaciona con estos hábitos lúdicos y recreativos, brinda a los profesionales de la psicología recursos aplicados que la humanidad sabrá valorar.

Referencias

Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck.* Segunda Edición. Manual. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid España: Siglo Veintiuno S.A.

Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica.* México: Prentice Hall.

Martínez, M. (2004). *Los beneficios del baile.* Diario Sur. Consultado en: Enero-25-2007. Disponible en: http://www.danzaballet.com/modules.php?name=News&file=print&sid=452

Sampayo, S. (2006). *Bailar para adelgazar y divertirse*. Buenos Aires: El Ateneo.

Recibido: Agosto de 2011.
Aceptado: Noviembre de 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):254-266, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R) E-ISSN 2220-9026

"INDICADORES DEPRESIVOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON OBESIDAD"

"DEPRESSIVE INDICATORS IN A SAMPLE OF PATIENTS WITH OBESITY "

Investigadora Titular: María Teresa Galeano[1]

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" 2
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo tiene el objetivo de describir la relación entre los indicadores depresivos y la obesidad. La muestra está compuesta por 111 pacientes privados que consultan por problemas de obesidad, seleccionados a través de una técnica no probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria Asunción, Paraguay. El instrumento aplicado fue el Inventario de Depresión de Beck. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. En el Inventario de Beck se observan diferencias significativas en relación al sexo. Los resultados mostraron que existen síntomas depresivos de leves a moderados en una muestra de n=111 sujetos con? obesidad.

Palabras clave: Depresión – Obesidad – Inventario de Depresión de Beck – índice de Masa Corporal.

Abstract

This descriptive research aims to describe the relationship between indicators of depression and obesity. The sample consists of 111 patients with private assistance who request consultation due to obesity related problems, selected through a voluntary and non probabilistic technique of purposive sampling in Asuncion, Paraguay. The instrument applied was the Beck Depression Inventory. The analysis and data processing techniques applied were descriptive and inferential statistics. The Beck Inventory showed significant differences in relation to sex. The results proved that depressive symptoms are mild to moderate in a sample of n = 111 subjects with obesity.

Key words: Depression - Obesity - Beck Depression Inventory - Body Mass Index.

[1]Correspondencia remitir a: tere_galeano@yahoo.com.ar, Mgr. María Teresa Galeano. FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.
2 Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com"Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Estado del Conocimiento

Recientes índices que indican que hay 200.000 muertes cada año en América Latina, están relacionadas directamente con el exceso de peso. Se calcula que la Obesidad en el Brasil afecta 5.9% de los hombres y 13.3% de las mujeres, índice bastante elevado que tiene preocupado al Ministerio de Salud, a punto de estar siendo elaborada una campaña masiva con el objeto de informar a la muestra. Principalmente porque la obesidad es la "Epidemia del nuevo milenio", puede ser fácilmente evitada a través de una alimentación balanceada y ejercicios físicos ejecutados correctamente.

En el "Informe Mundial", de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se afirmó que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, que 300 millones son clínicamente obesos, y que al mismo tiempo aproximadamente 1.200 millones de personas (mismo número), sufren de desnutrición.

Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la muestra adulta presenta sobrepeso y el 22% es obesa. Expertos mundiales advierten sobre los riesgos de la obesidad, una patología que está creciendo en la muestra mundial, y que puede sindicarse como una de las causas más importantes de muerte y morbilidad.

La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a otros trastornos como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal.

El Dr. Braguinsky J y otros (1996), en una de las conferencias sobre obesidad, exponía: “Cuando se observa la psicopatología en los obesos, ésta se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, que como una causa de la obesidad”

Un famoso epistemólogo cibernético, Bradford Keeney (1991), dice que construimos el mundo de acuerdo a como lo vemos, es decir de acuerdo a la puntuación que hacemos de los hechos que se nos presentan.

Conforme estos antecedentes nos interesa indagar sobre el siguiente cuestionamiento.

¿Existen síntomas depresivos en una muestra de obesos tipo I, II y III?

Objetivo General

Describir la relación entre indicadores depresivos y los tipos de obesidades I, II y III.

Objetivos Específicos

-Conceptualizar *adecuadamente* "muestra obesa” – “síntomas depresivos” como un fenómeno multidimensional que abarca aspectos psíquicos, somáticos, sociales, económicos y culturales.
-Describir las características sociales y culturales de la obesidad y su incidencia como problemática social de este siglo.
-Describir la problemática de la Depresión en la sociedad actual.
-Identificar la muestra obesa de tipo I. II y III y su relación con la aparición de

síntomas depresivos leves, moderados y graves.
-Significar la importancia de un abordaje multidisciplinario y el acompañamiento psicológico en el tratamiento de los pacientes con obesidad.

Método

Participantes

Para llevar a cabo el estudio se solicito la participación de pacientes seleccionados de la consulta privada. Los datos se obtuvieron de 111 pacientes seleccionados desde el año 2005 hasta la fecha. La muestra quedó conformada por 90% de los participantes escogidos de la consulta privada, ya sea psicológica o nutricional, o ambas. Solo el 10% fue escogido al azar. Participaron los pacientes que alcanzaban un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 26 y que estaban interesados en ser parte del estudio, completando el Inventario de Depresión de Beck. Los participantes fueron distribuidos por el IMC y consecuente tipo de obesidad.

Dispositivos

El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck (IDB), en su forma abreviada (Beck & Beck 1972). Es un cuestionario autoadministrable de 21 preguntas. Se eligió la forma abreviada del IDB por su amplio uso como instrumento de screening en la depresión. El IDB ha sido uno de los inventarlos de autoreporte más frecuentemente empleados en la evaluación de trastornos depresivos y la forma abreviada presenta una buena correlación con la forma extendida (Beck & Beck 1974). Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

Procedimiento

Seleccionados los pacientes con un IMC superior a 26, cada participante completó el Inventario de Depresión de Beck. Se procedió a relacionar los síntomas depresivos encontrados en los 21 ítems y el tipo de obesidad evaluada. Cada paciente tuvo que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar las manifestaciones, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos
Depresión leve: 10-18 puntos
Depresión moderada: 19-29 puntos
Depresión grave: ≥ 30 puntos

Análisis y Resultados

En el grupo de edad de 60 y más años el 100 % corresponde a obesidad tipo III.

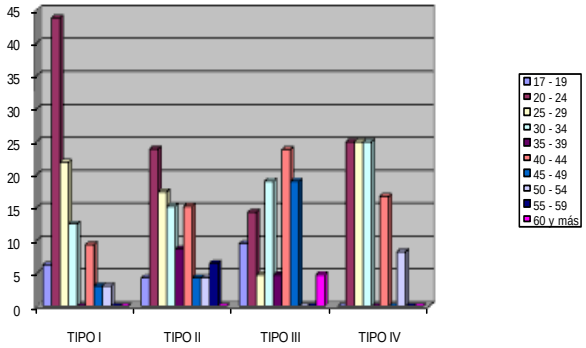


Figura 1:Población por grupo etario según tipo de obesidad.

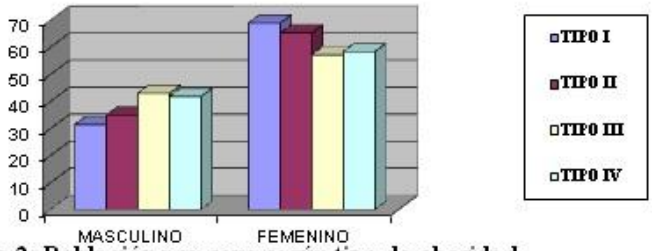


Figura 2: Población por sexo según tipo de obesidad.

De la muestra de personas con IMC 25 - 29,9 (sobrepeso) 68,8 % es de sexo Femenino y 31,3 % del sexo masculino.
En la muestra de personas con IMC 30 - 34,9 (obesidad tipo II) 65,2 % es de sexo femenino y 34,8 % de sexo masculino.
De entre los pacientes con IMC 35-39,9 (obesidad tipo III) 57,1 % corresponde al sexo femenino y 42,9 % al sexo masculino.
De todos los pacientes con IMC>40 (obesidad tipo IV) 58,3 % es de sexo femenino y 41,7 % de sexo masculino.

Entre los pacientes de sexo masculino, el mayor porcentaje (40,0 %) tiene **obesidad tipo II**, seguido de sobrepeso (25,0 %); obesidad tipo III (22,5 %) y obesidad tipo IV (12,5 %).
De toda la muestra de sexo femenino, el mayor porcentaje (42,3 %) tienen **obesidad tipo II**, seguido de sobrepeso (31,0 %); obesidad tipo III (16,9 %) y obesidad tipo IV (9,9 %).

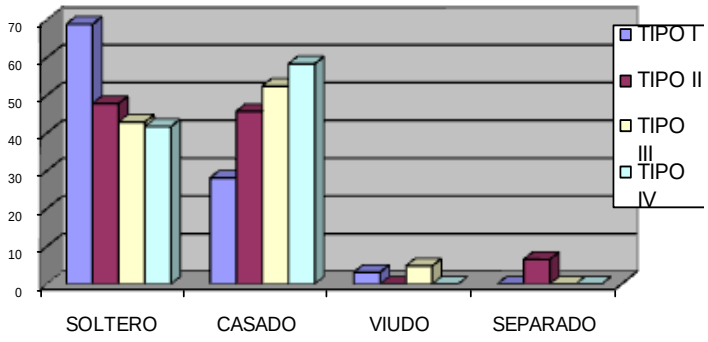


Figura 3: Población por estado civil según tipo de obesidad.

En las personas solteras, es más frecuente el ***sobrepeso y la obesidad tipo II***; mientras que en las personas casadas es más frecuente ***la obesidad tipo III y IV.***
De las personas solteras, **37,9 %** tienen **sobrepeso** y en la misma proporción **obesidad tipo II** seguido de obesidad tipo III (15,5 %) y tipo IV (8,6 %).

Entre las personas casadas, **43,8 %** tienen obesidad **tipo II**; seguido de Obesidad tipo III (22,9 %); sobrepeso (18,8 %) y obesidad tipo IV (14,6 %).
De todas las personas viudas **50%** tienen **sobrepeso** y **50 %** tienen obesidad **tipo III**. El 100 % de las personas separadas tienen **obesidad tipo II.**

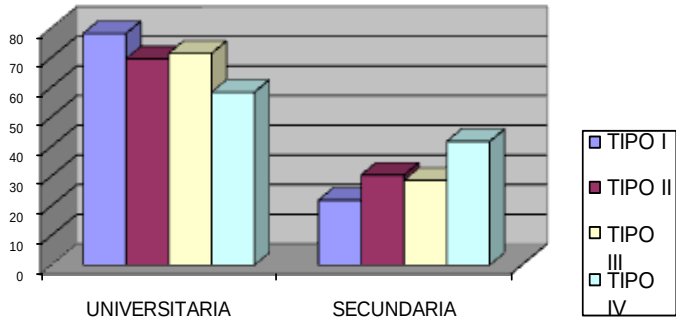


Figura 4 Población escolaridad según tipo de obesidad.

De toda la muestra con IMC superior al normal, 71,2 % son universitarios y **28,8 % de nivel de Escolaridad secundaria**.

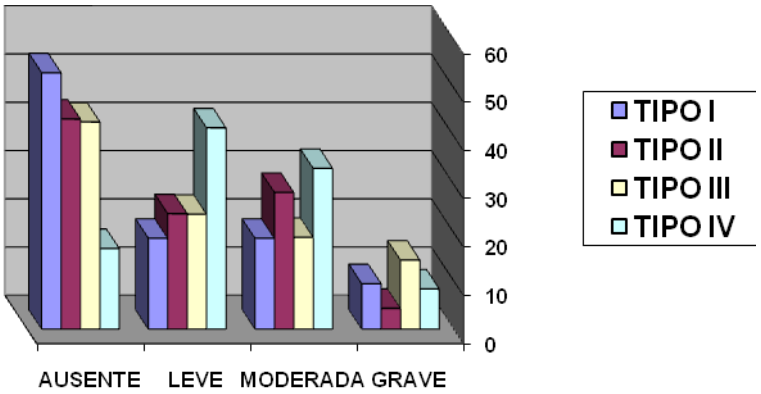


Figura 5: Población por grado de depresión según tipo de obesidad.

Del total de la muestra 43,2 % no tiene síntomas depresivos, **24,3 % presentan depresión leve, 24,3 % moderada y 9 % grave.**

De la muestra total con **obesidad tipo I** (sobrepeso), 53,1% no tiene síntomas depresivos, 18,8 % tienen depresión leve, 18,8 % moderada y 9,4 % grave.

De la muestra con **obesidad tipo II**, 43,5 % no tiene síntomas depresivos, 23,9 % tiene depresión leve, 28,3 % moderada y **4,3 % grave.**

En la muestra con **obesidad tipo III**, 42,9 % no tiene síntomas depresivos, 23,8 % tiene depresión leve, 19 % moderada y **14,3 % grave.**

Del total de la muestra con **obesidad tipo IV**, 16,7 % no tiene síntomas depresivos, 41,7 % tiene depresión leve, 33,3 % moderada y **8,3 % grave.**

En la muestra sin síntomas depresivos **30,6 % tiene obesidad tipo I,** 43,5 % obesidad tipo II; 16,5 % obesidad tipo III y 9,4% obesidad tipo IV.

De la muestra con síntomas leves de depresión 21,1 % tiene obesidad tipo I, 36,8 % obesidad tipo II; 26,3 % obesidad tipo III y 15,8 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas moderados de depresión 40 % tiene obesidad tipo I, 20 % obesidad tipo II; 20 % obesidad tipo III y 20 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas graves de depresión ninguno corresponde a obesidad tipo I, 50 % obesidad tipo II; 50 % obesidad tipo III y ninguno tiene obesidad tipo IV.

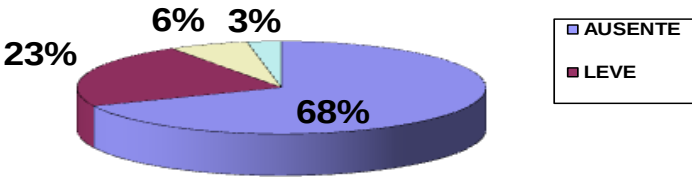


Figura 7:Manifestación de tristeza y obesidad.

El **68,5 % de la muestra no tiene manifestaciones de tristeza**, 22,5 % presenta tristeza leve; 6,3 % moderada y 2,7 % grave

Del total de la muestra con **obesidad tipo I** (sobrepeso), 62,5 % no tiene síntomas de tristeza, 25 % tiene tristeza leve; 12,5 % moderada. Ninguno tiene síntomas de tristeza grave.

De la muestra con **obesidad tipo II,** 71,7 % no tiene síntomas de tristeza, 26,1 % tiene tristeza leve; 2,2 % moderada. Ninguno tiene tristeza grave.

De la muestra con **obesidad tipo III**, 71,4 % no tiene síntomas de tristeza; 14,3 % tiene tristeza leve; 4,8 % moderada y 9,5 % tienen tristeza grave.

Del total de la muestra con **obesidad tipo IV**, 66,7 % no tiene síntomas de tristeza; 16,7 % tienen tristeza leve; 8,3 % moderada y 8,3 % tienen tristeza grave.

La muestra sin síntomas de tristeza que registra 26,3 %, tiene **obesidad tipo I,** 43,4 % obesidad tipo II; 19,7 % obesidad tipo III y 10,5 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas leves de tristeza 32 % tiene obesidad tipo I, 48 % obesidad tipo II; 12 % obesidad tipo III y 8 % obesidad tipo IV.

De la muestra con síntomas moderados de tristeza 57,1 % tiene obesidad tipo I, 14,3 % obesidad tipo II, 14,3 % obesidad tipo III y 14,3 % obesidad tipo IV.

En la muestra con síntomas graves de tristeza ninguno corresponde a obesidad tipo I y tipo II, **66,7 corresponde a obesidad tipo III y 33,3 obesidad tipo IV.**

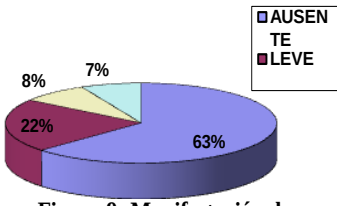


Figura 9: Manifestación de disconformidad con uno mismo y obesidad.

Del total de la muestra 63,1 % no tiene manifestaciones de disconformidad con si mismo, 21,6 % presenta disconformidad leve, 8,1 % moderada y 7,2 % grave.

En la muestra con obesidad tipo I (sobrepeso), 68,8 % no tiene síntomas de disconformidad, con si mismo; 15,6 % tiene disconformidad leve; ninguno moderada y 15,6 % tiene disconformidad grave.

De la muestra con obesidad tipo II, 67,4 % no tiene síntomas de disconformidad, 26,1 % tiene disconformidad leve; 6,5 % moderada y ninguno tiene disconformidad grave.

En la muestra con obesidad tipo III, 52,4 % no tiene síntomas de disconformidad; 19 % tiene disconformidad leve; 19 % moderada y 9,5 % tiene disconformidad grave.

En la muestra con obesidad tipo IV, 50 % no tiene síntomas de disconformidad; 25% tiene disconformidad leve; 16,7 % moderada y 8,3 % tienen disconformidad grave.

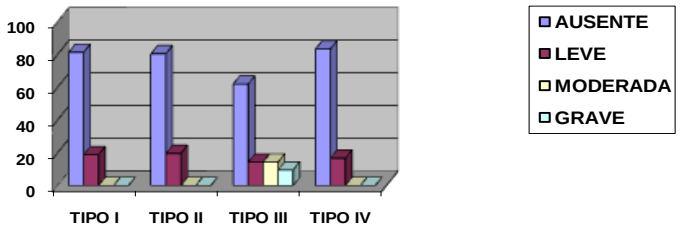


Figura 10: **Población de deseos suicidas según tipo de obesidad.**

De la muestra total, el 77,5 % no tiene deseos suicidas, 18 % presenta deseos suicidas; 2,7% moderada y 1,8 % grave.
La muestra con obesidad tipo I; que suma 81,3 %, no tiene deseos suicidas, 18,8 % tiene deseos suicidas leve; y ninguno tiene moderada y/o grave.
Del total de la muestra con obesidad tipo II, 80,4 % no tiene deseos suicidas, 19,6 % tiene leve; y ninguno tiene deseos suicidas moderada y/o grave.
Del total de la muestra con obesidad tipo III, 61,9 % no tiene deseos suicidas 14,3 % tiene deseos suicidas; 14,3 % moderada y 9,5 % grave.
De la muestra con obesidad tipo IV, 83,3 % no tienen deseos suicidas y 16,7 % tienen deseos suicidas leve; ninguno tiene moderada y/o grave.

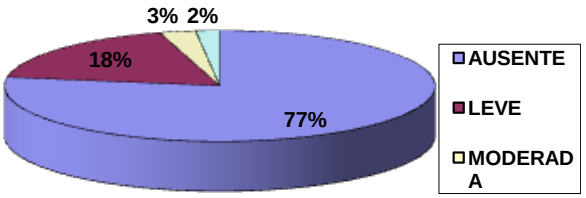


Figura 11: **Manifestación de deseos suicidas y obesidad.**

De la muestra sin deseos suicidas, 30,2 % tiene obesidad tipo I, 43 % obesidad tipo II; 15,1 % obesidad tipo III y 10 % obesidad tipo IV. La muestra con deseos suicidas leve de 30 %, tiene obesidad tipo I, 45 % obesidad tipo II; 15 % obesidad tipo III y 10 % obesidad tipo IV.

En la muestra con deseos suicidas moderados ninguno tiene obesidad tipo I, II y IV. El 100 % tiene obesidad tipo III.
Del total de la muestra con deseos suicidas graves ninguno tiene obesidad Tipo I, tipo II y tipo IV. El 100 % tiene obesidad tipo III.

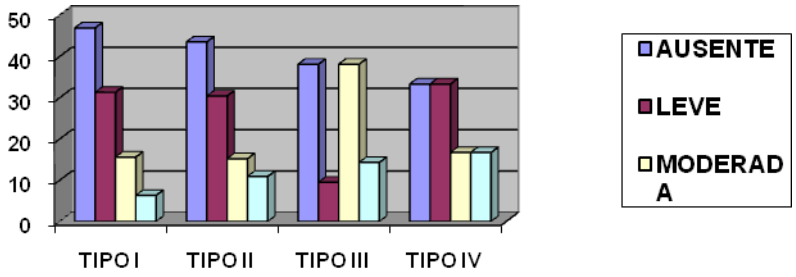


Figura 12: Población por cambio en el apetito según tipo de obesidad.

De la muestra 42,3 % no tiene cambios en el apetito, *27 % presenta cambios leves en el apetito; 19,8 % moderados y 10,8 % graves.* De la muestra con obesidad tipo I; *46,9 % no tiene cambios en el apetito*, **31,3 % tiene cambios leves en el apetito**; 19,8 % moderados y 10,8 % cambios graves en el apetito. Del total de la muestra con obesidad tipo II, **43,5 % no tiene cambios en el apetito,** 30,4 % tiene cambios leves en el apetito; 15,2 % moderados y 10,9 % graves. De la muestra con obesidad tipo III, **38,1 % no tiene cambios en el apetito**; 9,5 % tiene cambios leves en el apetito; 38,1 % moderados y 14,3 % graves. Del total de la muestra con obesidad tipo IV, 33,3 % no tiene cambios en el apetito; 33,3 % tiene cambios leves en el apetito; 16,7 % moderados y 16,7 % graves.

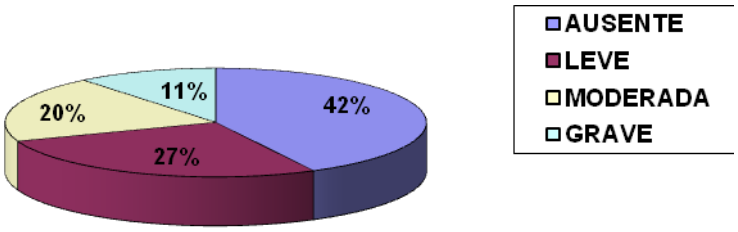


Figura 13: Manifestación de cambio en el apetito y obesidad.

De la muestra sin cambios en el apetito 31,9 % tienen obesidad tipo I, 42,6 % obesidad tipo II; 17 % obesidad tipo III y 8,5 % obesidad tipo IV. **De la muestra con cambios leves en el apetito 33,3 % tiene obesidad tipo** I, 46,7 % obesidad tipo II; 6,7 % obesidad tipo III y 13,3 % o tipo IV. De la muestra con cambios moderados en el apetito, 22,7 % tiene obesidad tipo I, 31,8 % obesidad tipo II; 36,4 % obesidad tipo III y 9,1 % tipo IV.
Con cambios graves en el apetito, 16,7 % tiene obesidad tipo I; 41,7 tiene tipo II; 25 %, tienes tipo III y 16,7 % tipo IV.

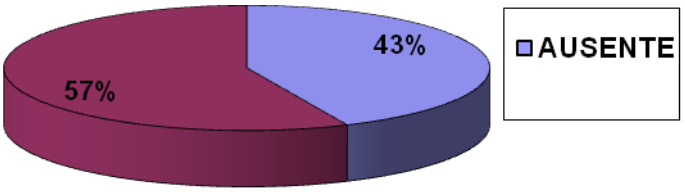


Figura 14: Manifestación de depresión y obesidad.

Conclusión, Sugerencias y Limitaciones

Los resultados mostraron que existen síntomas depresivos de leves a graves en una muestra de n=111 pacientes de consultorio privado, que tienen obesidad de tipo I, II, III y IV (según la OMS).
Del total de los pacientes un 57% presenta algún síntoma depresivo que varía de leve a grave.

Se observa en este estudio que los obesos de tipo II y III son los que presenta más síntomas depresivos y se relaciona con el hecho de que existe más conciencia corporal y por lo tanto mayor grado de conciencia del problema.

A través de otros estudios se sabe que la prevalencia de trastornos depresivos obtenida mediante instrumentos de auto evaluación es significativamente mayor a la obtenida mediante evaluación clínica, los resultados de este estudio exploratorio son bastante significativos.

Es interesante observar que en el grupo de edad de 17 a 19 años todos tienen en el mismo porcentaje (33,3 %) sobrepeso y obesidad tipo II y III. En el grupo de edad de 20 a 24 años el mayor porcentaje corresponde a sobrepeso (45,2 %), seguido de obesidad tipo II (35,5 %) y en la misma proporción (9,7 %) obesidad tipo III y IV. Pero que en el grupo de 25 a 29 años el mayor porcentaje corresponde a obesidad tipo II (42,1 %), seguido de sobrepeso

Se podría inferir que es más frecuente la aparición de síntomas depresivos en sujetos jóvenes, sosteniendo la teoría que se hablaba en un comienzo, que los jóvenes son mucho más permeables a los dictados de la moda y a los ideales de belleza y de esbeltez. También los hábitos alimenticios han cambiado y los fast food preponderan por todos lados y es más fácil y cómodo ingerir este tipo de alimentos.

En uno de los puntos se decía: "*Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales" (Braguinsky y otros, 1994)*

En este estudio se puede observar que la presencia de síntomas depresivos es mayor en la muestra de mujeres: **64 %** corresponde al sexo Femenino y **36 %** al sexo masculino.

Se podría hipotetizar que esto se debe a que las mujeres están más influenciadas por lo ideales de belleza, que son la esbeltez y la delgadez, así como la obsesión por la perfección de las formas

corporales que nos propone e impone la sociedad de consumo y la globalización, generando una gran paradoja: a mayor necesidad de delgadez, mayor preocupación por la figura corporal y mayor depresión.

De hecho, la mayoría de las investigaciones informan una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres (Weissman & Myers op.cit.; Byerly & Carlson 1982). Estos resultados tienden a confirmar la tendencia en general de otros estudios que la diferencia entre hombres y mujeres es significativa.
En la muestra de varones, no aparece como relevante los síntomas depresivos, esto podría estar influenciado por la conducta, del varón, sobretodo el hombre paraguayo, está más abstraído de la moda, de la delgadez e incluso de la "vigorosidad", parecería que es común observar que los varones "con pancitas prominentes" son sinónimo de comer bien y de felicidad como un concepto de antaño pero todavía instalado como creencia.

Se observo que en las personas solteras es más frecuente el ***sobrepeso y la obesidad tipo II***; mientras que en las personas casadas es más frecuente ***la obesidad tipo III y I***. Lo que se puede concluir que el cambio de estado civil parecería ser una variable que influye en el sobrepeso
También se observa que el 71,2 % son universitarios y 28,8 % de nivel de Escolaridad secundaria. De la muestra de pacientes universitarios **40,5 %** tienen obesidad **tipo II** y así mismo de todas las personas de nivel secundario **43,8 %** tienen obesidad **tipo II**. Lo que se puede concluir es que existe poca diferencia de porcentajes entre ambas poblaciones.
También en este estudio se puede observar que en el tipo de obesidad II y III existen más síntomas depresivos entre moderados y graves.

La conclusión seria que se debe a la mayor conciencia de trastorno corporal de la obesidad.
¿Será la obesidad o el sobrepeso la causa de estos síntomas depresivos o tiene más que ver con otros problemas asociados o no a esta problemática? En realidad estas preguntas podrían servir a otros temas de investigación o a la posibilidad de seguir investigando en este grupo de pacientes, sobre el tema de sus estados de ánimo.

El 60,3% del total de la muestra tiene un tipo de obesidad II y III. Los síntomas depresivos se concentran con mayor intensidad en los tipos de obesidad II y III. Se podría inferir que es significativa (57%) la presencia de síntomas depresivos en la muestra de obesos.
Lo que cabría investigar con más detenimiento, es el origen de estos síntomas depresivos, o si existe comorbilidad con otras variables que no se tuvieron en cuenta.

Se puede observar, que en la muestra de obesos tipo III, el 75% no presenta síntomas depresivos y solo el 25% presenta síntomas graves de depresión. Esto podría indicar que los sujetos con una obesidad significativa tienen una ausencia de la conciencia corporal, una pérdida de la realidad con respecto a su cuerpo y a su imagen corporal.

Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras. Las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona.

Finalmente, no podemos concluir este trabajo sin referirnos a la elevada prevalencia de síntomas depresivos en esta muestra intencionada de obesos. Más allá de las limitaciones propias del instrumento de evaluación, sería pertinente prestar más atención a estos datos. Ya que muchas veces los nutricionistas u otros profesionales que trabajan con obesos, no se percatan de los estados emocionales, llegando a niveles profundos que pueden obstaculizar el buen pronóstico.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras. Las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona. Estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no son patognomónicas de la obesidad. Sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.

Al no existir claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.).

Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente. El tratamiento debe ser integral para facilitar no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico.

Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

Referencias

Beck. (1974). Inventario para la depresión de Beck. New York: Institute for Rationa Living

Bradford K. (1991). *Estética del Cambio*. Buenos Aires: Paidós

Braguinsky J, Markman C, Katz S.(1994). *Una señal de Alarma: El aumento de Prevalencia de la obesidad.* Nutrición Clínica. Obesity Research. Vol. 2, pp. 29-32. Extraído de *publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/.../adolescentes.../cap9D.html*En caché

Braguinsky, J. (1999). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Segunda Edición. Buenos Aires: El Ateneo.

De Girolami D., Freylejer C., González C., Mactas M., Slobodianik N., Jáuregui Leyes P., Godnik M., Salazar L., Mazzeo K. (2003). *Descripción y análisis del Índice de Masa Corporal y Categoría Pondoestatural por edades, en un registro de 10.338 individuos de la República Argentina.* Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición. Vol. 4, N° 2. Buenos Aires. Extraído de: http://www.nutrinfo.com/pagina/info/IMC10000.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002).Informe sobre la Salud en el Mundo. Citado en: bvs.sld.cu/revistas/car/vol15_1_01/car06101.htm.

Recibido: Setiembre de 2011.
Aceptado: Noviembre de 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):267-277, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AMOR Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN HOMBRES DE 22 Y 47 AÑOS"

"RELATIONSHIP BETWEEN LOVE STYLES AND SEXUAL SATISFACTION IN MEN BETWEEN 22 AND 47 YEARS"

Investigadoras Titulares: Licia Martínez, Sandra Rodas[1]

Facultad de Filosofía- Carrera de Psicología Clínica
Universidad Nacional de Asunción"

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" 2
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

El siguiente estudio fue de tipo descriptivo, con un corte transversal, y un muestreo por criterios. El objetivo principal del mismo consistió en determinar si existe relación entre los Estilos de Amor y la Satisfacción Sexual en una muestra de 101 hombres entre 22 y 47 años residentes del gran Asunción y área metropolitana. Para el efecto se realizó el análisis exploratorio y descriptivo de los componentes de la Satisfacción Sexual relacionados con las etapas de la respuesta sexual humana (RSH), y los que Sternberg estipula como componentes del amor. Para la medición y evaluación se utilizaron como instrumentos la Escala Triangular del Amor (ETA) de Sternberg, y el Cuestionario de Satisfacción Sexual (CASS) de Britos. El análisis de los datos fue procesado mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS-11.5). Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis nula.

Palabras clave: Componentes del amor, Escala triangular del amor, Cuestionario de Satisfacción Sexual.

Abstract

This study was descriptive, with a transversal court and sampling criteria. The main goal was to determine whether a relationship exists between love styles and sexual satisfaction in a sample of 101 men between 22 and 47 years and residents of large metropolitan Asunción. For this purpose was conducted an exploratory and descriptive analysis of the components of sexual satisfaction related to the stages of sexual response (RSH), and Sternberg states as components of love.

[1]Correspondencia remitir a: licia_ps@hotmail.com, Lic. Licia Martínez. Facultad de Filosofía- Universidad Nacional de Asunción -Paraguay.

2Correspondencia puede ser remitida revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

For the measurement and evaluation were used as instruments: Triangular Love Scale (ETA) of Sternberg, and Sexual Satisfaction Questionnaire (CASS) of Britos. The analysis of data was processed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS-11.5). The results confirmed the null hypothesis.

Key words: Components of love, the love triangle Scale, Sexual Satisfaction Questionnaire.

Estado del Conocimiento

El amor y la satisfacción sexual como factores de una relación de pareja constituyen los ejes sobre los cuales se cimentan las relaciones exitosas, aun así existen pocas investigaciones que profundicen dicho tema a pesar que la psicología social promueve el estudio de los mismos.

Este estudio se propuso determinar si existe relación entre dichos factores. Refiere a las definiciones de amor y los antecedentes de investigación. Contiene así mismo los estilos de amor destacados científicamente; Lee & Hendrick (1973), Stermberg (1986) y Yela (2000). Refiere a conceptualizaciones sobre sexualidad, inteligencia sexual, fisiología de la sexualidad y fases de la respuesta sexual humana.

El amor ha sido definido como una emoción abrumadora a cualquier edad (Stermberg, 1989), como una motivación asociada al objetivo de promover el bienestar de lo amado (Rempler & Burris, 2005), como paradoja de dos seres que se convierten en uno sin dejar de ser dos (Fromm, 1956) y como regida por bases fisiológicas (Klein, 2004).

La sexualidad es más que procreación, es también diálogo físico, comunicación y actividad lúdica que sirve para unir a la pareja (Medina, 2004 citado por Morales, 2004), presente desde la concepción hasta la muerte (O.M.S., 2006), es la valoración de los grados de complacencia resultantes del involucramiento sexual con una o varias parejas sexuales (Britos, 2006).

El amor, junto al poder, la muerte, el dinero y la salud; impulsan el comportamiento de las personas; para hacer el bien o hacer daño (Sangrador, 2000). El tema resulta relevante en la búsqueda de las posibles relaciones entre variables que intervienen especialmente en la sexualidad y el amor que podrían ser manipuladas en la tarea de restablecer el equilibrio emocional en él, o los miembros de una relación afectiva.

Masters y Johnson (1978a), en 1966, filmaron y observaron la actividad sexual con el fin de obtener de manera científica y objetiva los cambios físicos que se producen durante la actividad sexual. Examinando más de 10.000 secuencias de actos sexuales en pareja e individuales, concluyeron que la respuesta sexual se puede dividir en cuatro fases: excitación, estabilización o meseta, orgasmo y resolución, descripta mediante una curva.

Tanto el pene como el clítoris serían protuberancias sumidas en el letargo de no ser por la agitación de estímulos hormonales y mensajes eléctricos elaborados por el sistema nervioso central (feniletilamina y oxitocina); sujeto a la dictadura del encéfalo, que rige la conducta erótica. El control del impulso sexual reside en el sistema límbico, la sede de las emociones; que opera junto con el neocortex que otorga a la especie humana una función de relación social (Klein, 2004).

Kaplan (1978) describió que la respuesta sexual se compone básicamente de dos momentos biológicos principales: primero la vasoconstricción de los genitales y segundo la miotonía tanto de la región genital como en el resto del cuerpo.

Objetivos

1- Determinar la relación entre los estilos de amor y la satisfacción sexual en hombres sexualmente activos.
2- Identificar los estilos de amor predominantes.
3- Establecer la distribución de los tres componentes del amor en los hombres participantes de la investigación.
4- Discriminar la relación entre los componentes del amor y la edad de los participantes.
5- Describir el nivel de satisfacción sexual de la muestra.

Método

Participantes

El presente estudio se enmarcó en la ciudad de Asunción y área metropolitana, en 101 personas de sexo masculino sexualmente activos de 22 a 47 años, empleados de una empresa de seguridad que se desempeñaban mayormente como guardias nocturnos y diurnos de diferentes establecimientos privados y públicos; y como funcionarios del área administrativa.

Los criterios utilizados fueron: El 70 % de los empleados posee una instrucción y escolaridad básica, el resto se distribuye entre los que poseen alguna instrucción técnica; especialmente docentes, y universitarios sin concluir la carrera.

Dispositivos

En esta investigación se emplearon el Cuestionario autoadministrado de Satisfacción Sexual (CASS) de Britos (2006) y El cuestionario de Estilos de Amor (ETA) de Stermberg (1989). Para el procesamiento de los datos se utilizaron, el Sistema de Análisis de Datos para las Ciencias Sociales (SPSS versión 11.5) y la planilla electrónica EXCEL.

A continuación se presentan los datos sobre la construcción y validez de cada instrumento utilizado:

Cuestionario Socio demográfico:
Donde se explica el objetivo de la investigación y la confidencialidad de los datos recabados. Luego se les solicita las letras iniciales de sus nombres para la identificación de los cuestionarios, la edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, cantidad de hijos, religión (practicante) y estado civil.

Escala Triangular del Amor (ETA):
Aparecida en 1988, desarrollada por el propio Sternberg & Grajek en 1984, esta escala tiene como objetivo la elaboración de un instrumento que permita la evaluación del amor en las relaciones de pareja. Validado y mejorado por Sternberg en 1997. (Sternberg, 1989).

Los resultados de la confiabilidad interna ofrecieron un alfa general de 0,97; 0,91 en intimidad, 0,94 en pasión, 0,94 en decisión-compromiso. Cooper & Pinto (2007) citados por Pinto (2008) validaron la escala en una muestra boliviana, obtuvieron un alfa de 0,95 para el factor intimidad; 0,95 para pasión y 0,97 para decisión-compromiso. Posteriormente Pinto (2008) obtiene un alfa de 0,91 para el factor intimidad, 0,93 para el factor compromiso y 0,86 para el factor pasión.

Analizando las respuestas de los participantes en los tres elementos básicos (I, P y C) así como la puntuación de conjunto, se obtiene tanto el índice de amor de cada persona como el estilo de relación, esto es, la forma del triángulo de cada sujeto (Sternberg, 1997).

La escala triangular de Sternberg consta de 45 ítems, y está construida en formato tipo Likert, con un rango de 1 a 9 en el original, donde 1 corresponde a "en absoluto" y 9 a "extremadamente". Donde los puntajes altos indican tendencia al componente; intimidad, pasión o decisión-compromiso, y los puntajes bajos poco de dichos componentes. Cada factor se conforma por 15 ítems, para obtener la calificación se promedian las puntuaciones en cada unos de ellos. "Las puntuaciones altas representan el 15% superior y las puntuaciones bajas el 15% inferior" (Sternberg, 1989, p.83).

Los ítems del 1 al 15 son los reactivos del componente intimidad; los ítems del 16 al 30 son los correspondientes al componente pasión, y los ítems del 30 al 45 son los correspondientes al componente decisión-compromiso (Sternberg, 1989).

Cuestionario de Satisfacción Sexual (CASS):

Britos (2004) desarrolló un instrumento tipo cuestionario para la valoración de la Satisfacción Sexual (SS); consideró la SS como una evaluación global de los niveles de placer producto de actividades sexuales, buscando obtener una valoración subjetiva de la SS tomando variables de desempeño como ejes que organizan la evaluación.

La valoración de la SS se lleva a cabo en un continuo que va del 0 al 10 representada por una recta de 10 centímetros de longitud, con origen en 0, nada satisfactorio, a la izquierda; y tope en 10, muy satisfactorio, a la derecha, en el cual se debe registrar la valoración personal ante el reactivo. Para recoger el valor elegido, se mide con una regla en centímetros, cuanto dista la marca del 0; permitiendo obtener valores continuos, considerando hasta un decimal. La puntuación máxima posible es de 200 y la mínima 0. A mayor puntuación corresponde mayor Satisfacción Sexual. Para el presente estudio se tendrán en cuenta para puntajes altos el 25% superior.

La escala original contaba con 11 ítems y fue probada por Passeriu & Chamorro (2005) con una muestra de mujeres de la ciudad de Asunción, en un estudio sobre Estilos Amatorios (Modelo Yela), y Satisfacción Sexual, obteniendo Alfa de 0,93. Díaz & Beltrán (2008) obtuvieron un alfa de 0,9 en su estudio con parejas residentes de la ciudad de Asunción.

Camenschic & Barreto (2009) en un estudio sobre Habilidades Sociales y Satisfacción Sexual en mujeres de la ciudad de Asunción, utilizaron la escala ajustada de Britos (2004) donde fueron agregados 9 ítems para la evaluación tipo continuo del 0 al 10, y 5 ítems de respuestas numéricas; obtuvieron un Alfa de 0,96.

Procedimiento

El diseño metodológico posibilita que los datos que aporta la investigación sean lo más fiables posibles, y se determina de acuerdo a criterios definidos por los investigadores teniendo en cuenta los recursos disponibles, y los objetivos del estudio (Fisher; Laing & Stoeckel, 1983, citados por Pineda; Alvarado & Canales, 1994).

Este apartado presenta los pormenores del diseño metodológico del presente trabajo, es decir "…la descripción de cómo se va realizar el trabajo" (Pineda et al, 1994, p.77).

El presente estudio es descriptivo, debido a que mide los conceptos y variables relacionados con el problema de la investigación (Hernández, Hernández & Baptista, 1997). Su propósito es describir la situación predominante en el momento del estudio, no incluye un grupo de tratamiento ni grupo control (Salkind, 1999).

El nivel de análisis fue correlacional, debido a que pretendió determinar si las variables de estudio poseen coincidencias en las variaciones en alguna dirección; y en el tiempo fue transversal porque se recogió la información en una muestra una sola vez y durante un periodo de corta duración (Salkind, 1999).

Teniendo en cuenta la totalidad de funcionarios varones se decidió por una muestra de *n*= 101. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: 1. Sexo masculino y edad comprendida desde 22 hasta 47 años; 2. Poseer por lo menos una pareja en los últimos seis meses y 3. Aceptar participar de la investigación.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, dependió de los criterios de inclusión que deben poseer los sujetos para participar de la prueba. En cuanto al espacio, se considera como campo de exploración y estudio la ciudad de Asunción, y área metropolitana; denominado así al cono urbano capitalino y sus principales ciudades linderas: Fernando de la Mora, San Lorenzo, Lambaré y Mariano Roque Alonso.

Las variables de investigación fueron las siguientes:

Estilos de Amor: Los componentes del amor que definen los estilos de amor son (Sternberg, 1989):

1. Intimidad: sentimientos de la relación de pareja que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión.
2. Pasión: estado de intenso deseo de unión con el otro, expresa los deseos y necesidades; tales como: autoestima, entrega, pertenencia, sumisión y satisfacción sexual.
3. Decisión-compromiso: A corto plazo: decisión de amar a la persona. A largo plazo: mantener el amor con esa persona.

Los estilos de amor se construyen a partir de las puntuaciones transformadas de los factores que la componen.

Según Sternberg (1989) se identifican 8 estilos, teniendo en cuenta las puntuaciones altas en cada factor, que se configuran de la siguiente manera:

Intimidad ausente+ pasión ausente+ decisión-compromiso ausente= No Amor
Intimidad alta+ pasión baja+ decisión-compromiso baja=Cariño
Intimidad baja+ pasión alta+ decisión-compromiso baja=Encaprichamiento
Intimidad baja+ pasión baja+ decisión-compromiso alta=Amor vacio
Intimidad alta+ pasión alta+ decisión-compromiso baja=Amor Romántico
Intimidad alta+ pasión baja+ decisión-compromiso alta=Amor Sociable
Intimidad baja+ pasión alta+ decisión-compromiso alta=Amor Fatuo
Intimidad alta+ pasión alta+ decisión-compromiso alta=Amor Consumado
Satisfacción Sexual (SS):

Según Britos (2006) la "…Satisfacción Sexual es la valoración de los niveles de gratificación subjetiva producto de las actividades sexuales en las que participa una persona en relación..." (Britos, 2006, p.11). Acotó además"…está compuesta por el conjunto de subvaloraciones de cada una de las fases de la respuesta sexual..." (Britos, 2006, p.11).

Siendo la SS "…el resultado del proceso de valoración es la autopercepción de SS que deviene como una evaluación global que incluye todas las fases de la Respuesta Sexual, en simultáneo" (Britos, 2006, p.11).

Las medidas de referencia hacen alusión a las relaciones heterosexuales.

El CASS contiene 4 sub escalas o subcomponentes, cuyas puntuaciones son alcanzadas mediante la sumatoria de ítems de cada sub escala; que se definen operacionalmente como sigue (Britos, 2006, p.13):

Satisfacción con la Fase del Deseo Sexual (SDS): Puntuación alcanzada mediante la sumatoria de ítems de la Sub Escala
Satisfacción con la Fase de Excitación (SE): Puntuación alcanzada mediante la sumatoria de ítems de la Sub Escala
Satisfacción con la Fase Orgásmica (SO): Puntuación alcanzada mediante la sumatoria de ítems de la Sub Escala
Satisfacción con la Fase de Resolución (SR): Puntuación alcanzada mediante la sumatoria de ítems de la Sub Escala.

La información requerida fue relevada a través de cuestionarios, donde cada participante debió cumplimentar los mismos. Aplicando el cuestionario de estilos de amor a una muestra masculina, surgió inconvenientes en la comprensión de las indicaciones con respecto a cuál de sus posibles parejas debía referir, especialmente en los casos de hombres en más de una relación a la vez y cuál considerarían.

Se decidió incluir la aclaración de considerar a la pareja más significativa para dicha persona. Entendiéndose por pareja más significativa aquella más importante sexualmente hablando, es decir, la que aportó mayor satisfacción sexual para la persona, definida así por el involucrado.

Mediante instrucciones verbales se explicó sobre el método de cumplimentación de los cuestionarios, llevó aproximadamente 10 minutos, posteriormente se solicitó el llenado de los datos sociodemográficos a las personas involucradas en una relación sexual en los últimos 6 meses, que posean desde 22 a 47 años de edad; que cuenten con por lo menos una pareja significativa. La realización del cuestionario llevó aproximadamente 30 minutos.

En la mayoría de los casos, salvo excepciones los cuestionarios fueron aplicados colectivamente en la que los examinados, previas presentación y conocimiento del consentimiento informado, completaron los cuestionarios proveídos a los efectos de la investigación, sin costo alguno y con el pleno derecho de revocar su aceptación y consentimiento en cualquier momento de la evaluación si así lo deseare.

Los participantes recibieron toda la información pertinente sobre los objetivos del estudio, y podían retirarse de la misma en cualquier momento de la aplicación.

Los datos fueron manejados en confidencialidad y los nombres o identificación no aparecieron en el informe. En cada entrevista se tuvieron en cuenta las recomendaciones éticas específicas establecidas para la correcta aplicación de los cuestionarios, con el objeto de garantizar la confiabilidad y

validez de los resultados, esto incluyó el establecimiento del rapport, el respeto a la individualidad de cada participante, así como a las condiciones mínimas del ambiente o espacio físico: buena iluminación, ausencia de ruidos molestos u otras personas ajenas al estudio que interfieran con la atención y concentración; la clara y correcta explicación de procedimientos así como las consignas de cada cuestionario y su correspondiente aclaración, cuidando no inducir a respuesta alguna.

Análisis y Resultados

A través del cálculo de confiabilidad de las escalas en el CASS se obtuvo un Alfa de Crombach de 0,83; revelando que si se extrajera el ítem 20 del cuestionario el alfa llegaría a 0,92. En tanto que en el ETA el Alfa de Crombach es de 0,95.

Este cálculo analiza la correlación media de una de las variables de la misma escala con todas las demás variables que la componen; permitiendo así definir la correlación existente entre una escala y cualquier otra posible que contuviese el mismo número de ítems y que pudiera construirse a partir del universo hipotético de variables que puedan medir lo mismo (Bogliaccini, Cardozo, Rodríguez, 2005 citados por Pinto 2006).

Según la clasificación de George & Mallery (1995) las escalas del CASS y ETA se encuentran entre el intervalo 0,9-0,8 que los considera instrumentos buenos a excelentes (Pinto, 2006).

La población estudiada presenta una media de edades de 30,43 años, esta media de edades se ubica en la juventud, también llamada vida adulta temprana, es decir entre los 20 y los 30 años. Pero considerando el rango de edades un pequeño porcentaje (8,9 %) se ubica en la edad madura entre los 40 y los 50 años (Rice, 1997).

Se encontró paridad entre personas que conviven y no conviven con sus parejas de referencia de 50 %. La mayoría es en cuanto a religión Poco Practicante 66,3 %. El 66,3 % tienen hijos, con un promedio de 1,29 hijos. La mayoría con un nivel de instrucción de secundaria completa, 63,4 %.

La distribución de los diferentes estilos de amor en la muestra establece que el estilo predominante corresponde a *Cariño* con 51,5%, seguido por 14,9 % correspondiente a *Amor Vacio*; y 11,9 % de *Amor Fatuo*, *Amor Consumado* con 8,9 %, *Encaprichamiento* y *Amor Sociable* con 5,9 % respectivamente, siendo el estilo *Amor Romántico* el de menor predominancia en la muestra, 1%.

Resulta importante destacar que la peculiar combinación de los tres factores en cada sujeto indica el tipo de amor al que más se aproxima en su relación amorosa en un momento dado. Al hablar de tipos o estilos de amor hablamos de categorías puras, pero que en realidad es una combinación de los estilos que se aproxima en mayor medida a uno de ellos (Yela, 2000).

Tabla1: Estilos de Amor y sus medias de SS, fases de la respuesta sexual y componentes del amor.

Estilos de Amor	Medias de Satisfacción Sexual	Medias de la fase de deseo	Medias de la fase de excitación	Medias de la fase de orgasmo	Medias de la fase de resolución	Medias de intimidad	Medias de pasión	Medias de compromiso
Amor Sociable	176.67	33,43	62,65	45,55	35,03	112,83	101,50	129,67
Amor fatuo	174.33	35,46	61,09	43,82	33,93	118,42	124,08	126,33
Amor Consumado	171.63	32,94	59,86	43,20	35,63	124,89	123,78	130,56
Encaprichamiento	167.07	30,97	58,57	43,45	34,08	105,67	118,17	101,50
Amor Vacio	166.91	32,49	58,28	41,75	34,39	116,27	96,47	123,73
Cariño	156.59	31.16	55.75	38.56	30.27	92,37	83,87	85,08
Amor Romántico	186.7(*)	35.4(*)	66(*)	46.8(*)	38.5(*)	123(*)	120(*)	110(*)

*un solo caso

Las fluctuaciones de niveles de Satisfacción Sexual se verificaron mayoritariamente en el nivel alto con un 73,3%. Lo que indica un buen nivel de satisfacción sexual. Yela (2000) indica que tanto en deseo como en conducta, los hombres tienden a mostrar una mayor frecuencia en la variedad de prácticas sexuales lo que implicaría mayores niveles de Satisfacción Sexual (masturbación, fantasías sexuales, sexo oral activo, etc.). Camenschic & Barreto (2009) reportan en su estudio en mujeres puntajes altos en satisfacción sexual afirmando que dichos resultados muestran un sesgo negativo en la dispersión de puntajes, identificados en la mayoría de los resultados sobre el tema donde la mayoría de los sujetos obtuvieron puntuaciones altas con respecto a la satisfacción sexual.

El nivel de satisfacción sexual en hombres componentes de la muestra se describe con un puntaje mínimo de 89 y un máximo de 200 (puntaje máximo del CASS), con una media de 163,68. Se observan medias elevadas de satisfacción sexual para las cuatro fases de la respuesta sexual. Las fases de Deseo y Resolución son ligeramente más elevadas que las de Excitación y Orgasmo.

En respuesta a los objetivos planteados se puede referir lo siguiente: la relación existente entre los estilos de amor, y la satisfacción sexual en hombres componentes de la muestra de estudio es muy débil, es decir el nivel de Satisfacción Sexual depende mínimamente del Estilo de Amor. La correlación entre las mismas fue de 0,27 a un nivel de 0,01; y de acuerdo a la escala propuesta para la evaluación, donde la ***r*** *de Pearson* sea mayor a 0,4 se considera que existe una considerable fuerza de asociación (Hernández, Fernández & Baptista 2003).

Por lo expuesto en el párrafo anterior no se encuentran evidencias para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto no se pudo establecer la relación entre la Satisfacción Sexual y los Estilos de Amor en los participantes de este estudio. Sin embargo se hallaron correlaciones importantes entre el nivel de satisfacción sexual y la intensidad de los orgasmos de la pareja, junto con la frecuencia de los mismos lo que conlleva a concluir que en la satisfacción sexual masculina de los sujetos de estudio tiene una gran influencia la satisfacción sexual de su pareja en cuanto a la manifestación de los orgasmos (intensidad) y la cantidad que lo manifiesta (frecuencia).

Tabla 2: Relación entre satisfacción sexual y satisfacción con la intensidad del orgasmo de su pareja

Correlaciones		Satisfacción Sexual	Satisfacción con la intensidad del orgasmo de su pareja
Satisfacción Sexual	Correlación de Pearson	1	,783(**)
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	101	101
Satisfacción con la intensidad del orgasmo de su pareja	Correlación de Pearson	,783(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	101	101

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

Respecto a la satisfacción sexual total y la satisfacción en cada una de las fases de la respuesta sexual existe una correlación alta a un nivel de 0,01 con diferencias mínimas y ascendentes desde el deseo; la resolución; el orgasmo y la excitación. Lo que muestra que las fases están relacionadas con interdependencia entre ellas. La satisfacción sexual es el producto que así como depende de factores a la vez interacciona influyendo sobre ellos (Kantor, 1990 citado por Britos, 2006).

El estilo predominante en la muestra corresponde a *Cariño*, seguido por *Amor Vacio*, *Amor Fatuo*, *Amor Consumado*, *Encaprichamiento* y *Amor Sociable* respectivamente, siendo el estilo *Amor Romántico* el de menor predominancia en la muestra. De lo anterior se puede inferir que "es difícil mantener el amor romántico durante un largo periodo" (Berscheid y Walster, 1978 citado por Sternberg, 1989, p.77) lo que sugiere que las relaciones de los participantes ya han sido afectados por el curso temporal de los componentes del amor (Yela, 2000). Estos resultados presumiblemente reflejen que la intimidad sea el componente más susceptible de ser medido (Sternberg, 1989).

Estos resultados aluden que la mayoría de los participantes del estudio tienen una relación caracterizada como amistad, representada por un conjunto de sentimientos de proximidad, unión, calidez hacia el otro, sin sentimientos de intensa pasión o de compromiso de larga duración con sus parejas amorosas. Debido a que el cariño presenta características de elevada intimidad con respecto a los otros dos componentes (Sternberg, 1989).

Se pudo definir para el segundo objetivo específico que no existe relación significativa entre el nivel de satisfacción sexual y la edad de los participantes. Se observó así mismo que entre los tres componentes del amor y la edad de los participantes de la investigación no hay diferencias significativas.

La distribución de los tres componentes del amor en los sujetos participantes de la investigación, presentan similitudes en niveles altos de intimidad, pasión y compromiso; y de 63,4%, 67,3% y 65,3% respectivamente en niveles inferiores al límite establecido para alto. Se reveló una correlación alta entre los componentes del amor, con niveles elevados de asociación, entre intimidad y compromiso; entre intimidad y pasión; y entre pasión y compromiso.

Las fluctuaciones de niveles de Satisfacción Sexual reportaron mayoritariamente en el nivel alto con un 73,3%. Lo que indica un buen nivel de satisfacción sexual. Yela (2000) indica que tanto en deseo como en conducta, los hombres tienden a mostrar una mayor frecuencia en la variedad de prácticas sexuales lo que implicaría mayores niveles de Satisfacción Sexual (masturbación, fantasías sexuales, sexo oral activo, etc.). Esto refuerza la concepción mantenida culturalmente en la que el hombre posee mayores libertades de expresión verbal de sus deseos y fantasías sexuales generando así una mayor probabilidad de ejecutarlas, lo que conlleva una mayor satisfacción sexual.

Se sugiere para estudios posteriores aumentar la cantidad de la muestra, para lograr datos más homogéneos con referencia a las edades y al estado civil, incluir en los datos sociodemográficos información sobre duración de la relación que intervendría en la determinación de correlaciones importantes sobre las mismas, estadios intermedios en la relación (Yela, 2000), los componentes del amor y la satisfacción sexual. Del mismo modo se alienta la realización de investigaciones sobre el tema con otros diseños y población.

Teniendo en cuenta las proyecciones actuales sobre el amor y la sexualidad donde ellas no se centran en la procreación, sino en una forma de comunicación y expresión se consideró que los problemas y sufrimientos originados en las relaciones de pareja suelen implicar una deficiente información, ideas falsas, estereotipos, desconocimientos de la realidad del amor y la sexualidad; confusiones sobre el amor y el deseo (Sangrador, 2000). Representando la Teoría Triangular del amor bases sólidas para estudiar el amor y teniendo en cuenta su universalidad en cuanto a los factores que la componen, resulta una herramienta útil para la evaluación en contextos de parejas, en vistas a intervenciones para mejorar la calidad de las mismas. Por lo que este trabajo puede servir de referencia para investigaciones futuras en nuestra sociedad sobre el tema propuesto a fin de proponer soluciones prácticas para mejorar el relacionamiento afectivo-sexual de las parejas.

Referencias

American Psychological Associatión. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association.* Quinnta Edición. Washington D.C.: Author.

Britos, J. (2006). *Manual del Cuestionario de Auto Evaluación de Satisfacción Sexual.* Tesis doctoral no publicada. Universidad Católica de Asunción. Paraguay.

Camenschic, T. y Barreto, R. (2009). *Habilidades Sociales y Satisfacción sexual en mujeres sexualmente activas*. Tesina de grado no publicada. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

Díaz, M. y Beltrán, C. (2008). *Estilos de amor y Satisfacción Sexual en parejas heterosexuales.* Tesina de grado sin publicar. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

Fromm, E. (2007). *El arte de Amar*. Barcelona: Paidós.

Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista, L. (1997). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.

Kaplan, H. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual.* Barcelona: Editorial Grijalbo.

Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica.* México D.F.: Prentice Hall

Klein, S. (2004). *La formula de la felicidad*. Barcelona: Urano

Masters, W. y Johnson, V. (1978a). *El vínculo del placer*. Barcelona: Grijalbo.

Masters, W. y Johnson, V. (1978b). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Editorial Intermédica.

Morales, E. (2004). *Inteligencia sexual*. Recuperado de: http://www.sexologia.relacionarse.com/index.php/139495

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: O.M.S.

Passerieu, E. y Chamorro, V. (2005). *Estilos Amorosos y Satisfacción Sexual en Mujeres de Asunción*. Tesis de grado sin publicar. Universidad Católica de Asunción. Paraguay.

Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington, D.C.: OMS.

Pinto, B. (2006). *Uso de las Técnicas de Escalamiento Para La Definición Del Concepto de Amor en un Grupo de Mujeres Estudiantes de Psicología***.** Ajayu. *4*, pp. 212-227. Recuperado de de:http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%204.2/articulos/4/Art%C3%ADculo%20PintoFin.pdf.

Pinto, B. (2008). *Amor y personalidad en universitarios Aymaras del departamento de La Paz*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, La paz, Bolivia. Recuperado de http://hera,urg/17658974.pdf.

Rempler, J. y Burris, Ch. (2005). *Let me count the ways: An integrative theory of love and hate*. Personal Relationships, 12 (2), pp. 297-313.

Rice, P. (1997). Desarrollo Humano. México D.F.: Prentice Hall.

Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación*. México D.F.: Prentice Hall.

Sangrador, J. y Yela, C. (2000). *What is beautiful is love: Physical attactiveness in love relationships in a representative sample*. Social Behavior and Personality: an international journal, 28 (3), pp. 207-218.

Sternberg, R. (1986). *A Triangular Theory of Love*. Psychological Review, 93 (2), pp. 119- 135.

Sternberg, R. (1988). *El Triángulo del Amor: Intimidad, Pasión y Compromiso*. Barcelona: Paidós.

Sternberg, R. (1989/1998). *El Triangulo del Amor*. Buenos Aires: Paidós.

Sternberg, R. (1999). *El amor es como una historia*. Buenos Aires: Paidós.

Yela, C. (1997). *Curso Temporal de los Componentes Básicos del Amor a lo largo de la Relación de Pareja*. Revista Psicothema, 9, (1), pp. 1-15.

Yela, C. (2000). *El Amor Desde La Psicología Social. Ni Tan Libres Ni Tan Racionales*. Madrid: Pirámide.

Recibido: Octubre de 2011
Aceptado: Noviembre de 2011

Eureka: Asunción (Paraguay) 8(2):278-290, 2011 ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

"CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN DOCENTES QUE PARTICIPAN DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD"

"QUALITY OF LIFE AND CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN TEACHERS PARTICIPATING IN A PREVENTION AND HEALTH PROMOTION PROGRAM"

Investigadora Titular: Gladys Arzamendia[1]y Lérida Asunción Caballero

Universidad Nacional de Asunción"

CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"[2]

Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Resumen

La investigación tiene como objetivo general determinar si existen diferencias en las variables dependientes, entre docentes que participan en un Programa de Salud y los que no participan. El tipo de estudio es descriptivo, correlacional, aplicando el muestreo no probabilístico a criterio. La muestra está conformada por dos grupos de un total de 203 docentes de 22 colegios, distribuidos en el Departamento Central y Asunción, que implementan el Programa "Vida" y los que están al margen del mismo. Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de Percepción de Salud y WHOQOL- BREF- Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS; los datos recogidos son llevados a Análisis Descriptivo, Análisis de Correlación y Comparación de Medias, a través del Programa S.P.S.S. Los resultados descriptivos, no demuestran diferencias significativas en los grupos de referencia.

Palabras clave: Calidad de Vida - Enfermedades Crónicas No Trasmisibles - Programa de Prevención y Promoción de Salud.

[1]Correspondencia remitir a: gla_arzamendia@hotmail.com, Gladys Arzamendia. Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.
[1]Correspondencia remitir a: leriasu@yahoo.com.ar Lérida Asunción Caballero. Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.
[2]Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com"Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay

Abstract

The research aims to determine whether there are differences in dependent variables between teachers who participate in a health program and those who do not participate in it. The type of study is descriptive correlational, using a non-probabilistic sampling approach. The sample consisted of two groups of a total of 203 teachers from 22 schools, distributed in the Central Department and Asuncion, who are implementing the program named "Life" and those who are not doing it. The instruments used were: Health Perception Questionnaire and WHOQOL-BREF, Quality of Life Questionnaire WHO, the data collected are brought to descriptive analysis, correlation analysis and comparison of means, through the SPSS program. The descriptive results, they do not show you differentiate significant in the groups of reference.

Key words: Quality of Life - Chronic Noncommunicable Diseases - Program of Prevention and Promotion of Health.

Estado del Conocimiento

En la etapa adulta, el pensamiento frecuente se resume en términos que hacen referencia a no disponer de tiempo suficiente para realizar cuestiones de interés o de conveniencia. Los adultos jóvenes, toman decisiones que perturban su salud, su carrera, sus relaciones y otros tantos aspectos importantes, estableciendo prioridades en el día a día.

Además, atendiendo la población de estudio, la docencia sigue siendo interpretada como apostolado, es decir, un sentido intrínseco de sacrificio y renuncia. Esto tiene que ver con trabajar en condiciones inadecuadas, recorrer grandes distancias hasta la institución educativa, padecer enfermedades derivadas del ejercicio (disfonía, várices, dolores lumbares, estrés, etc.)

Paralelamente, se percibe cómo la personalidad afecta la salud a través del análisis de los factores que influyen para que algunas personas fumen, beban, coman demasiado, que sean sedentarias o que aumenten el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, en este caso, no trasmisibles.

Enfermedades Crónicas Trasmisibles (E.C.N.T)

Las E.C.N.T. son aquellas de etiología incierta, multicausales, con largos períodos de incubación o latencia. Extensos períodos subclínicos, prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico ni resolución espontánea en el tiempo. A esto se agrega que son de etiología no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres) y de gran impacto en la población adulta.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA) constituyen actualmente el principal problema de salud en la mayoría de los países. Una larga lista compone este grupo: Enfermedad coronaria, Acceso vascular encefálico, Diabetes Mellitus, Bronquitis crónica, Cirrosis hepáticas, Colecistitis crónicas, Úlceras pépticas, Enfermedades cardio y cerebro vascular, Cáncer de próstata, Cáncer de mama, pulmonar, Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica, Obesidad, Hipertensión Arterial, Enfermedades mentales crónicas, Osteoporosis, Enfermedades Musculoesqueléticas, entre otras.

Se sabe que muchas de estas enfermedades son prevenibles y sus muertes prematuras, evitables.

Se identifican factores de riesgo (FR) asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y dieta inadecuada principalmente. Los mencionados factores de riesgo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que intercepten la historia natural de la enfermedad en que participan.

Las ECNTA, son las causas principales de muerte y discapacidad a nivel mundial. Asimismo, en América Latina y el Caribe éstas son la causa central de mortalidad prematura. Algunos estudios sobre el tema, demuestran que la prevalencia de los Factores de Riesgo (FR) mencionados, es muy alta en la población adulta de los países en vías de desarrollo, especialmente.

En nuestro país, aunque se carece de cifras actualizadas sobre el tema, existen datos alarmantes de la prevalencia de las ECNT.

Según el M.S.P y B.S- las Enfermedades de etiología Cardiovascular y cerebro vascular constituyen la primera causa de mortalidad, siendo la Hipertensión Arterial una de las patologías más frecuentes. Así, la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias estimada fue de 147,8 por 100.000 habitantes y ajustada de 229,2 por 100.000 habitantes (2000-2005) Según otro estudio de Ayala M., Pino C., Angelino L., Molinas, C., Lee M. y Fowkes F. (1995-2001) encontraron que la Hipertensión Arterial –HTA- es la segunda causa de consulta en los lugares de atención primaria y la primera causa en consultorios especializados dependientes del Ministerio de Salud.

El panorama es extenso y complejo, existe un vacío de conocimiento sobre datos actualizados, fidedignos y las estrategias de intervención. Los estudios son insuficientes para dar cuenta de la situación problema a nivel nacional. Aunque se carece de datos actualizados, existen informes alarmantes sobre la prevalencia de (ECNT).

En lo que respecta a la oncología, cada vez son mejor conocidas las causas del cáncer, y se considera que el 75-80% de las neoplasias se debe a factores ambientales como los agentes químicos (tabaco- cáncer de pulmón, boca, esófago, vejiga urinaria; benceno- leucemia) fármacos (alquilantes-leucemia, vejiga urinaria; estrógenos-cáncer de mama, endometrio) sustancias de la dieta (alcohol- cáncer de boca, esófago, hígado) entre otros.

Por otra parte, la prevalencia de la Diabetes Mellitus de Tipo 2, se atribuye en parte al aumento del promedio de vida de la población y al cambio del estilo de vida resultante de la urbanización y modernización de las ciudades. Se reconocen factores de riesgo como: sedentarismo, obesidad, alimentación inapropiada (rica en grasa y azúcares) y antecedentes familiares, lo que hace necesarias las medidas preventivas, el cambio en el estilo de vida o de comportamientos de riesgo para la salud.

Considerando además que, el Estilo de Vida poco saludable conlleva comportamientos que ponen en riesgo la salud en general, se hace necesario indagar sobre la asociación de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

En este sentido, es interesante establecer comparaciones entre el grupo que participa del Programa Vida "Construyamos una vida saludable", implementado en once instituciones educativas en Central y Asunción, y el

grupo de once instituciones educativas igualmente de Asunción y Central de sectores oficiales, privados y subvencionados, que está ajeno a dicho programa.

La reducción de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y sus factores de riesgo, son de gran importancia para la salud y las opciones concretas de prevención que se presentan, las ubican como prioritarias e indican que es urgente tomar acción, conjunta e interdisciplinaria, para frenarlas.

La bibliografía es extensa, por lo que se consideró pertinente abordar las ECNT más prevalentes, es decir, con mayor número de casos según las patologías registradas en estadísticas nacionales e internacionales.

Asimismo es oportuno partir del concepto de Factor de Riesgo (F.R.) que tiene que ver con el agente que representa peligro o amenaza para la salud individual y colectiva. Es el elemento que propicia la enfermedad ante lo cual hay que actuar a fin de modificar sus manifestaciones. El concepto de factor de riesgo es una buena manera de determinar la probabilidad de enfermar.

Otros F.R. son: la diabetes, los triglicéridos elevados, el estilo de vida sedentario, el estrés, entre otros; que pueden controlarse efectuando cambios necesarios en la dieta, en el estilo de vida. Si bien no se puede dejar de mencionar que la herencia, la edad y el género (hombre o mujer) son F.R. que una persona no puede controlar, representan los menos importantes.

Atendiendo lo mencionado anteriormente, se puede suponer que el mejor método para mantenerse sano es adoptar las medidas preventivas necesarias, y de ningún modo es demasiado tarde para comenzar. En el caso que se haya iniciado una enfermedad confirmada por diagnóstico médico, aun así no es muy tarde para efectuar cambios beneficiosos en el estilo de vida.

Riesgo de Enfermedad: Realidad y Percepción.

La percepción que las mujeres tienen del peligro de mostrar enfermedades suele ser inexacta; de ellas, menos del 10% sabe que la enfermedad cardiovascular constituye la causa principal de muerte en mujeres.

Tales conceptos erróneos constituyen un elemento desafortunado porque perpetúan la escasa atención que se presta a factores modificables de riesgo como dislipidemia (alteración de los lípidos o grasa en sangre), hipertensión y tabaquismo. También hay una menor posibilidad que los médicos identifiquen los riesgos de enfermedad cardiovascular en mujeres.

Programa de Prevención y Promoción en Salud. Programa de Vida

En Paraguay, es escaso y aislado el trabajo sobre promoción de estilos de vida saludables, contribuyendo negativamente en la salud de la población en general.

No obstante, una iniciativa muy importante es el **Programa Vida "Construyamos una vida saludable"** impulsada por la Sociedad Paraguaya de Cardiología, con apoyo de Sociedades Científicas y en convenio con el Ministerio de Educación y Cultura, actualmente, en fase piloto. El periodo de implementación es 2006-2011. Trabaja dos ejes:

1- Promoción de Estilos de Vida Saludables.

2- Prevención de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

En este marco, las líneas de acción son: Alimentación saludable. Actividad Física, Deportes y Recreación. Prevención de Adiciones (Alcoholismo, Tabaquismo, otras drogas). Salud Mental.

Asimismo, orienta sus objetivos a:

-Concienciar hacia la cultura de prevención.
-Promover comportamientos de vida más saludables.
-Desarrollar habilidades para el auto cuidado de la salud, la prevención de conductas de riesgo y práctica de estilos de vida saludables, en la comunidad educativa (directivos, docentes, alumnos, personal de cantina, familia).
-Desarrollar jornadas de capacitación con expertos médicos dirigidas a Supervisores, Técnicos de Supervisión, Directores y Docentes.
-Impulsar réplicas de los talleres de capacitación en las comunidades educativas.
-Propiciar apertura de cantinas saludables, mediante jornadas de información y sensibilización dirigida al personal de cantina escolar.
-Detectar en forma temprana casos de enfermedades no transmisibles, para su atención oportuna.
-Certificar y premiar a las escuelas como saludables y seguras cuando cumplan con más del 80% de las metas del Programa Vida.

En líneas generales, el programa pretende contribuir-a largo plazo- a la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, tumores, etc.) en la edad adulta, mejorando la calidad de vida.

En lo que respecta a la ejecución del programa, es desarrollado inicialmente en once instituciones educativas del sector oficial, privado y subvencionado, con reconocida capacidad de gestión en Proyectos y Programas, focalizadas en los departamentos Central y Capital (Asunción), con la participación activa de Supervisores, Técnicos de Coordinación Departamental de Supervisiones Educativas y de Supervisión de Apoyo Técnico Pedagógico, Directivos, Docentes, Estudiantes, Personal de cantina y la Familia, que apropiados de su rol, van acompañando el proceso de implementación.

El seguimiento, monitoreo y evaluación de actividades son dirigidos por la Coordinadora General del Programa, la Técnica de Proyectos y Enlaces Interinstitucionales de la Dirección General de Supervisión Educativa, del Ministerio de Educación y Cultura, que a su vez trabaja con las Coordinaciones Departamentales de Supervisión Educativa y Supervisiones de Apoyo Técnico Pedagógico. Además, se cuenta con la cooperación de las numerosas Sociedades Científicas del Paraguay: Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, de Arteriosclerosis, Hipertensión Arterial, Pediatría, Nefrología, Neurología, Obesidad, Nutrición, Oncología, de Ginecología y Obstetricia, Alimentación y Nutrición.; Programas Nacionales de Prevención Cardiovascular –INPCARD, Programa Nacional de Diabetes, M.S.P y B.S, Programa Nacional de Control de Tabaquismo, M.S.P y B.S, Centro de Diabetes y Promoción de Vida Saludable y con apoyo logístico de FAPASA-Farmacéutica Paraguaya Sociedad Anónima y Unilever CAPSA, entre otras empresas con responsabilidad social.

En octubre del año 2007, se realizó una reunión con todos los agentes que participan del Programa Vida, para compartir experiencias de trabajo en este proceso, evaluar la trayectoria, destacar los avances, visualizar las dificultades en este proceso y analizar nuevos desafíos que se planteen para la consolidación del Programa Vida, el alcance de la escuela

saludable. Además, examinar los recursos materiales, técnicos, humanos y financieros necesarios para aumentar la capacidad institucional y en consecuencia, la sostenibilidad del Programa.

Calidad de Vida

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Calidad de Vida para Felce y Perry (1995), es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida precisada como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Otras Variables de Estudio

Es evidente que lo que las personas hacen, o dejan de hacer, o cómo enfrentan los cambios y los desafíos de la vida, afecta su salud de manera directa.

Al respecto, también existen influencias directas sobre la salud o el comportamiento relacionado con ésta, entre las causales pueden mencionarse: la condición económica, la educación, el género, la situación conyugal, entre otros aspectos que se desarrollan más puntualmente en la presente investigación, por ser variables analizadas en el WHOQOL –BREF, Cuestionario de Calidad de Vida, de la Organización Mundial de la Salud –OMS, aplicado a la población de estudio y cuyas dimensiones son las siguientes:

- **Física (** desarrollada ampliamente en páginas anteriores)
- **Psicológica** (perfil de personalidad de pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, trastornos psicosomáticos: estrés, depresión y ansiedad).
- **Social** (aspectos que hacen referencia a las relaciones humanas y el contexto económico, educativo- cultural, etc)
- **Ambiental** (Componente vivienda saludable)

Antecedentes del Problema

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son las causas principales de muerte y discapacidad en todo el mundo. Según informes difundidos por la OMS en el 2001, ocasionaron 33.1 millones de defunciones, casi un 60% de mortalidad en todo el mundo y constituyen un 45,9 % de la carga mundial de morbilidad. En el 2020, si las tendencias actuales se mantienen, estas enfermedades representarán un 73% de las defunciones y un 60% de la carga de morbilidad.

En América Latina y el Caribe, las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles son la causa principal de mortalidad prematura en la Región, según fuentes oficiales de la OPS. Por este motivo, la reducción de las Enfermedades Cardiovasculares, el Cáncer, la Diabetes y sus Factores de Riesgo, son de gran importancia para mejorar la salud de la población en referencia.

Conforme los antecedentes registrados se plantea el siguiente problema:

¿Hay diferencias en la Calidad de Vida y Prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en docentes que participan de un Programa de Salud, en comparación de otros que no participan?

Objetivo General

- Determinar si existen diferencias en la Calidad de Vida y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en docentes que participan de un Programa de Salud, en comparación de otros que no participan.

Objetivos Específicos

- Describir la percepción subjetiva del estado de salud individual de los docentes participantes del estudio.
- Caracterizar el dominio físico, psicológico, social y ambiental de la Calidad de Vida, en la población de estudio.
- Identificar características de la calidad de vida de docentes participantes y no participantes del programa de prevención y promoción de salud (Programa Vida).
- Definir el grado de relación entre Calidad de vida, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en docentes participantes y no participantes, del Programa Vida de Prevención y Promoción de Salud.

Método

Participantes

El ámbito de estudio concierne a once (11) Instituciones Educativas, de sectores oficiales (nacionales, con recursos financieros del Estado), privados (de gestión autónoma) y subvencionados (administrados por comunidades religiosas con rubros estatales). Dichas instituciones están ubicadas en el departamento Central y Asunción. La población corresponde a docentes de 1º, 2º y 3º ciclos de la Educación Escolar Básica y Profesores de 1º, 2º y 3º año del Nivel Medio, de diferentes disciplinas. En total 203 docentes. El Tipo de muestreo es **No Probabilístico a criterio**, en el que no se usa el azar al seleccionar a los docentes atendiendo los siguientes criterios de inclusión:

1- Asistir a instituciones educativas con matrícula numerosa de alumnos.
2- Cumplir funciones pedagógicas en instituciones educativas oficiales, privadas y/o subvencionadas con doble escolaridad (turnos mañana y tarde).
3- Estar involucrado en la implementación del programa de prevención y promoción de salud.

Se escoge para el proyecto una muestra de 103 docentes que participan del Programa Vida "Construyamos una vida saludable" y 100 docentes de once instituciones educativas, que no cumplen los criterios mencionados en el párrafo anterior. Ambos grupos participan previa autorización, a través del consentimiento informado.

Instrumentos

Es utilizado el QLS WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument) - Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud**.** Es la versión breve del WHOQOL-100; consta de 26 ítems, este instrumento valora la percepción subjetiva del estado de salud individual, en una amplia perspectiva, es decir, valora su impacto sobre las relaciones sociales, la actividad laboral, las condiciones socioeconómicas y la percepción que la persona tiene de sí misma, en el momento de aplicar la mencionada escala (Orley y Kuyken, 1994). Incluye cuatro dominios relacionados con la calidad de vida: relaciones físicas de la salud, psicológicas, sociales y ambientales. También contiene una faceta en la calidad total de la vida y de la salud general.

Orley y Kuyken (1994), refieren que el WHOQOL –BREF tiene una buena validez discriminante, evita la confusión y facilita la interpretación de las relaciones entre los constructos, propiedad en que la medida utilizada no se correlaciona demasiado con las medidas de otros constructos (con los que se supone que teóricamente difiere) y de contenido, que intenta evaluar la capacidad del instrumento para recoger el contenido y el alcance del constructo y de la dimensión.

Además, se diseña y aplica el Cuestionario sobre Percepción de Salud, que integra datos sociodemográficos, el reconocimiento de alguna enfermedad crónica (Hipertensión Arterial, Problemas Cardiovasculares, Diabetes, Tumor Cancerígeno) y el parecer de los docentes con respecto a su situación de salud, en los últimos 12 meses.

Diseño

Se realiza un estudio descriptivo correlacional, de tipo Ex Post Facto, donde se parte de una situación problema para indagar posibles factores asociados que permiten interpretar dicho problema y considerando además que se determina un corte de tiempo mediante los instrumentos.

Se utiliza un diseño de comparación de dos grupos, conformados por docentes que participan y no participan de un Programa de Prevención y Promoción de Salud, en las instituciones educativas seleccionadas a tal efecto.

Las variables son: Participación en Programa de Prevención y Promoción de Salud (V.I) y Calidad de Vida-Enfermedades Crónicas No Transmisibles (V.D).

Criterios valorativos de las variables

La definición conceptual de la Variable Programa de Salud, se ajusta a la propuesta de la Sociedad Paraguaya de Cardiología que presenta el Programa Vida: "Construyamos una vida saludable"-Programa de Prevención de Factores de Riesgo para las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles y Promoción de Estilos de Vida Saludables, que motiva la activa participación de todos los agentes de las instituciones educativas seleccionadas, para la implementación y cuyas líneas de acción son: Alimentación saludable, Actividad Física, Prevención de Adicciones y Salud Mental.

Los indicadores de la definición operacional, se detallan a continuación:

Alimentación:
-Nutrición saludable.
-Dieta Inadecuada

Actividad física:
-Deportes, recreación
-Sedentarismo

Adicciones:
-Prevención
-Alcoholismo, Tabaquismo

Salud Mental:
-Clima favorecedor: Relacionamiento Interpersonal (contexto laboral)
-Condición desfavorable: Estrés, Ansiedad, Depresión.

La variable calidad de vida, tiene cuatro dimensiones: física, psicológica, social y ambiental, relacionadas intrínsecamente con los componentes del estilo de vida. Para abordar la variable (ECNT) se recurre a la aplicación del cuestionario diseñado con el objeto de indagar la percepción y situación actual de salud de los docentes.

Análisis y Discusión de los Resultados

Percepción Subjetiva de Salud y E.C.N.T (Cuestionario 1)

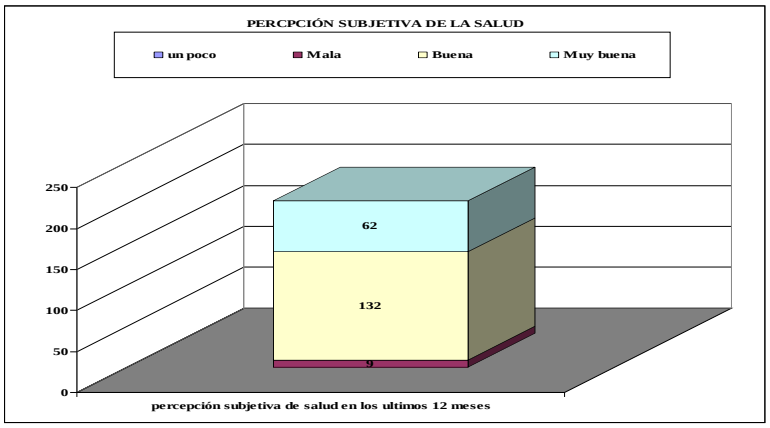


Gráfico Nº 1: Percepción subjetiva de salud en los últimos 12 meses

En el Gráfico Nº 1, a juicio de un porcentaje significativo de participantes del presente estudio, la salud es buena, seguido de un tercio que manifiesta como muy buena su situación de salud o cómo se ha sentido en el período de un año. Un número inferior siente que su salud es mala. Lo que coincide con la teoría que afirma: "en los adultos jóvenes se mantiene un enorme potencial para el desarrollo intelectual, social, emocional e incluso físico, también los progresos significativos acontecen en esta etapa" (Papalia, 1997).

Tabla Nº 1: Indicadores de Percepción subjetiva ante Problemas Cardiovasculares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sé	43	21,2	21,2	21,2
	Si	**13**	**6,4**	6,4	27,6
	No	147	72,4	72,4	100,0
	Total	203	100,0	100,0	

Al considerar las respuestas en la *Tabla Nº 1*, se identifica que la mayoría de los docentes participantes del estudio refiere no tener problemas cardiovasculares. En porcentaje notable, el docente asume que desconoce tener enfermedades cardiovasculares o del corazón y un número menor de profesores declara tener afecciones cardiovasculares o del corazón a pesar de que las Enfermedades Cardiovasculares son la primera causa de muerte a nivel nacional. Se piensa que en la manifestación de los síntomas de la enfermedad puede tener cierta incidencia el exceso de trabajo y las tensiones emocionales, el sedentarismo, nutrición inadecuada, sumada a la gran responsabilidad que implica la profesión docente.

WHOQOL –BREF (Cuestionario 2)

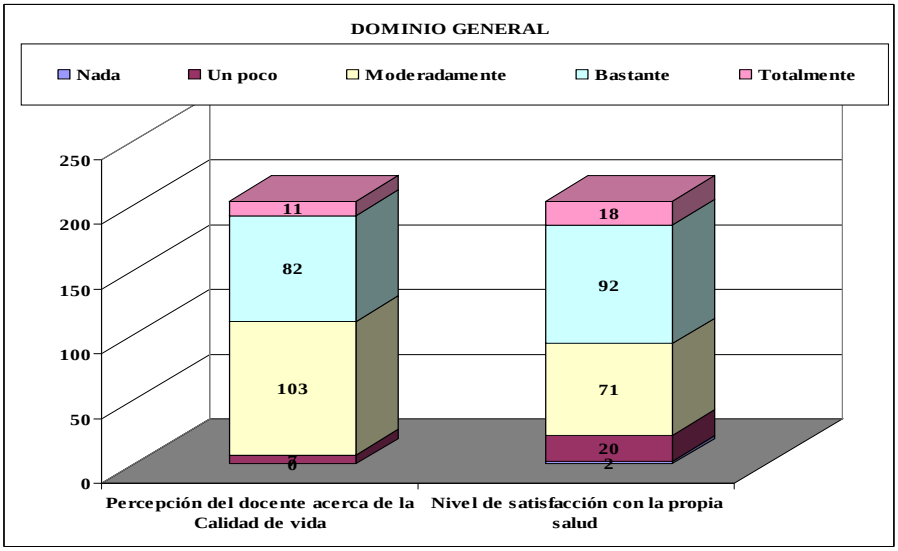


Gráfico Nº 2: Calidad de Vida y Salud General

En la puntuación de calidad de vida que incluye el aspecto físico, psicológico, social y ambiental de los participantes: la mitad la considera como moderada, seguido de un porcentaje menor con la valoración cualitativa "bastante". En esto puede tener influencia el propio pensamiento y su carácter subjetivo, la toma de decisiones que perturban la salud, alimentación poco saludable, enfermedades derivadas del ejercicio, alta carga horaria y en condiciones inadecuadas, el sedentarismo, dificultades en las relaciones interpersonales, a los que se suma el salario insuficiente para la cobertura de necesidades básicas, entre otros (*Gráfico Nº 2).*

En el mismo gráfico, se identifica que el docente manifiesta estar entre "bastante y moderadamente" satisfecho con su salud. Estos resultados se aproximan a los porcentajes de percepción subjetiva de salud, valorada en general como "buena".

DOMINIO FÍSICO

Tabla Nº 2: Percepción subjetiva de los profesores sobre el dolor físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	35	17,2	17,2	17,2
	Un poco	66	32,5	32,5	49,8
	Moderadamente	**75**	**36,9**	36,9	86,7
	Bastante	25	12,3	12,3	99,0
	Totalmente	2	1,0	1,0	100,0
	Total	203	100,0	100,0	

Un número notable de participantes indica que moderadamente el dolor le impide hacer lo que necesita, seguido de otros que consideran "un poco" al dolor como impedimento. Se supone que ante la dolencia esporádica se recurre a la automedicación, como forma de mitigar la sintomatología o contrarrestar el dolor, evitando la consulta médica y la ausencia a clases. No se desestima además, la percepción de la muestra que manifiesta que su salud es buena, en general *(Tabla Nº 2).*

Dominio Psicológico. Frecuencia de sentimientos negativos en el docente.

El resultado muestra el reflejo de la salud mental de los docentes participantes del estudio, en el que, cerca de la mitad tiene con poca frecuencia sentimientos negativos como: tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión; seguido de otros que moderadamente experimentan dichos sentimientos negativos. La problemática de la salud mental no se percibe como tal según resultados arrojados, no aparece con la magnitud que merece, al no ser expresada tal vez por razones personales, sociales, tabúes o la propia conciencia de lo que implica reconocerse con algún trastorno mental o de conducta. Amerita un estudio más centrado en la salud mental, a los efectos de conocer la situación real actual.

Dominio Social. Percepción subjetiva de oportunidades para realizar actividades de ocio.

El bajo porcentaje indica que el maestro tiene moderada o poca oportunidad para realizar actividades de ocio, recreación y descanso. Resultados que confirman datos referidos en otros estudios: "El trabajo docente invade el espacio doméstico, afectando las modalidades del uso del tiempo libre, el contacto con la familia y la recreación; este hecho se asume como un aspecto natural de la profesión y no es cuestionado" (Parra Garrido, 2005).

Dominio Ambiental. Perspectiva del Ambiente físico saludable y Nivel de satisfacción con relación a las condiciones del lugar donde vive.

Según resultados, en porcentajes paralelos inferiores al 50%, los profesores encuentran moderadamente saludable su alrededor y están bastante satisfechos de las condiciones del lugar donde viven. La otra mitad de la muestra considera que puede mejorar sus condiciones de vida, tal vez a partir de una vivienda saludable, cuyas condiciones fundamentales- según Galvao, L. (2006)- tienen que ver con: tenencia segura, ubicación segura, diseño y estructura adecuada, espacios suficientes para una convivencia sana, servicios básicos de buena calidad, muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguros y eficientes, entorno adecuado que promueva la comunicación, colaboración y comportamientos con estilos de vida que permitan mantener y construir la salud.

Tabla Nº 3: Estadísticos de contraste(a)

	Total_Fis	Total_Ps	Total_Amb	Total_Soc	Total_Calvida
U de Mann-Whitney	**5000,000**	**5137,500**	**4301,000**	**4385,000**	**4687,000**
W de Wilcoxon	9753,000	10808,500	**9054,000**	9138,000	9440,000
Z	-,339	-,008	**-2,066**	-1,813	-1,086
Sig. asintót. (bilateral)	,734	,993	**,039**	,070	,277

Según la Variable de agrupación: ¿Participa de un programa de prevención y promoción de la salud?

Como se puede distinguir en la *Tabla Nº 3*, existe una diferencia estadísticamente significativa en el Dominio Ambiental del Cuestionario de Calidad de Vida, a partir del cual según nuestro criterio podemos decir que:

Por un lado, es de considerar las características propias del WHOQOL-BREF (26) en el que, el componente ambiental incluye un menor número de ítem respecto a las demás dimensiones de la Calidad de Vida.

Y por otra parte, la situación de la vivienda es un factor importante de la salud que necesita ser revisado con más detenimiento en la población docente, centrando la atención en las relaciones concretas entre calidad de la vivienda y la salud (Vivienda Saludable).

Según la misma tabla, la distribución de los puntajes de las variables no es normal y las varianzas no son homogéneas por lo que se sugiere el uso de pruebas no paramétricas. Se aplicó la prueba U de Mann- Whitney, en la que se observa que el índice de significación no es representativo entre los grupos, hecho que puede deberse al tiempo de implementación del programa (2006-2007) en fase experimental inicial. Ante ello se recomienda otra investigación al término de la ejecución del mismo.

Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo a los resultados del presente estudio se concluye que:

No existe diferencia significativa en la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) y la Calidad de Vida de los docentes que participan y no participan del Programa de Prevención y Promoción de Salud.

Es de considerar que, la implementación del Programa Vida "Construyamos una vida saludable", se encuentra en fase inicial (2006-2011); es probable que las consecuencias del comportamiento saludable resulten visibles a mediano o largo plazo, razón por la cual amerita otra investigación al término de la ejecución del mismo.

Sin embargo, el denominador común del Estilo de Vida Saludable y los factores protectores ante ECNT, está relacionado con: Alimentación adecuada, Ejercicio físico-recreación- descanso, evitar o mitigar adicciones (alcohol y tabaco), Salud Mental y Salud Ambiental, que según profesionales de la salud son conductas primordiales de importancia creciente desde el enfoque de la medicina y las intervenciones psicológicas basadas en evidencias, en una clara señal del manejo concienzudo, juicioso y explícito de las experiencias disponibles validadas, en la toma de decisiones tendientes a la mejora de la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida y la satisfacción con la salud general, adquiere la valoración de buena y muy buena, para el 35 a 50 % de los docentes participantes del estudio. Estos resultados se aproximan a los porcentajes de percepción subjetiva de salud, valorada como BUENA.

Por otra parte, es bajo el porcentaje de docentes con ECNT:

- Hipertensión Arterial: 20,2 %.
- Enfermedades Cardiovasculares: 6,4 %.
- Diabetes Mellitus de Tipo 2: 6,4 %.
- Tumor cancerígeno: 3,0 %.

Si bien, se aprecia un dato favorable desde la perspectiva de la salud general en ambos grupos, es importante visualizar la alta carga de factores de riesgo (dificultades para mejorar hábitos dietéticos, exigencias ergonómicas, sedentarismo, exceso e invasión del trabajo al espacio de descanso y doméstico, tarea de alta demanda, con bajo soporte social) sumado al hecho que el 36,9 % emplea poco tiempo para actividades de ocio.

Además, existe un porcentaje importante de docentes que desconoce tener alguna enfermedad crónica así como la falta de información por diagnóstico médico. Sin embargo, la mayoría declara que su salud es buena. En ello, puede tener incidencia el propio sistema de salud, el factor tiempo en consultas y análisis clínicos, temor a los resultados por la concepción misma de lo que implica sobrellevar una enfermedad crónica. A más del especial énfasis en las reflexiones acerca del tema una vez abordado, que antes, estuvo ausente en el propio pensamiento, a pesar que corresponde a un ámbito de competencia directa y que pasa por la autoestima, el autocuidado, la protección y la prevención. Conductas que pueden contribuir al ejercicio saludable de la profesión y asumir corresponsablemente su bienestar y calidad de vida.

El estudio "Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en docentes que participan en Programa de Prevención y Promoción de Salud", no pretende ser representativo del universo de las instituciones educativas incluidos los miembros; sino que presenta el tema abriendo camino a los efectos de avanzar en más investigaciones y a la formulación de políticas que contribuyan a repensar, enriquecer la formación inicial y en servicio de los docentes, en su capacidad de desarrollar respuestas oportunas que favorezcan al ejercicio saludable de la profesión; así como las estrategias para mejorar su calidad de vida.

Referencias

Armoa, L. (2006). *Política de Promoción de la Salud. Salud con Equidad.* M.S.P y B.S. UNFRA, OPS/ OMS. Asunción. Paraguay.

Ayala, M. (2004). *Manual de Normas Guías para el control de la HTA. Con énfasis en la prevención cardiovascular.* Primera Edición. INPCARD. M.S.P. y B.S. Asunción. Paraguay.

Briones, G. (1988). *Técnicas de investigación aplicada a la educación y a las ciencias sociales.* Buenos Aires Argentina: Editorial OPS.

Canales, F. y Pineda, E. (1999). *Metodología de la investigación*. Washington: Editorial OPS.

Galvao, L. Gavidia, J. Samaniego, J. Vivienda Saludable. *Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios*. Centro de Gestión de Conocimiento, OPS. Venezuela, 2006, pp. 19-20.

Papalia, D.; Olds, S. (1997). *Desarrollo Humano.* Colombia: Mc Graw Hill. Interamericana, S.A.

Parra, M. Kohen, J. Cuenca, R. (2005). Condiciones de Trabajo y Salud Docente. *Otras dimensiones del desempeño profesional.* UNESCO. Chile: Edición PRELAC; Alfabeta.

Rey A. César. (2002). "Guía para la elaboración y presentación de artículos y de proyectos de investigación, basada en las normas APA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION". Universidad Católica de Colombia.

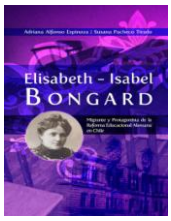
Recibido: Noviembre del 2011.
Aceptado: Diciembre del 2011.

"RESEÑA DEL LIBRO: Elisabeth –Isabel Bongard. Migrante y Protagonista de la Reforma Educacional Alemana en Chile"

"BOOK REVIEW: ELISABETH –ISABEL BONGARD. MIGRANT AND PROTAGONIST OF THE GERMAN EDUCATIONAL REFORM IN CHILE"

Gonzalo Salas Contreras [1]
Universidad del Mar y Universidad Central, Sede la Serena

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" [2]
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"



Elisabeth – Isabel Bongard. Migrante y Protagonista de la Reforma Educacional Alemana en Chile.
Autores: Adriana Alfonso Espinoza y Susana Pacheco Tirado.
Chile. Editorial Universidad de La Serena, año 2011, 286, pp.
ISBN: 978-956-7393-60-2.

La importancia cultural de Alemania, en la enseñanza, está fuera de toda discusión. Alemania, patria de pensadores y de poetas, país de una industria joven que alcanzó una capacidad directriz extraordinaria debe su crecimiento, su lozanía y su progreso, el perfeccionamiento extraordinariamente rápido de su cultura, así como su posición entre todos los pueblos de la tierra, principalmente a la capacidad fecunda de sus escuelas primarias y a la atención esmerada por parte de los estados, dio vida a los centros de educación del pueblo, haciendo obligatoria la instrucción escolar, preparando cuidadosamente sus programas, regulando su organización y tomando a su cargo una gran parte de sus gastos de sostenimiento (Dorsing, 1927).

Este preámbulo es importante para introducir el libro que me corresponde comentar. Las investigadoras Adriana Alfonso Espinoza y Susana Pacheco Tirado, realizaron el trabajo de indagar en la vida y obra de Elisabeth-Isabel Bongard. El libro tiene 286 páginas y está organizado en dos grandes partes, la primera es escrita por Adriana Alfonso y está relacionada con el contexto en el cual nació, creció y se modeló la personalidad de Elisabeth Bongard y la segunda parte escrita por Susana Pacheco, se refiere al trabajo de Isabel Bongard fundamentalmente en dos ciudades del norte de Chile.

[1]Correspondencia puede ser remitida a info@gonzalosalas.cl Universidad del Mar y Universidad Central, Sede la Serena
[2]Correspondencia puede ser remitida editor@psicoeureka.com.py Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

La primera parte, se refiere al paisaje histórico Alemania-Prusia en el siglo XIX. En este contexto se plantea que la escuela como agencia de socialización refleja las condiciones y contradicciones de la sociedad y sus fines estaban orientados a dar un mantenimiento de esas relaciones. En este sentido Alfonso, aclara que todas las escuelas particulares como estatales, tenían fuertes valores conservadores. Valentín Letelier, ex rector de la Universidad de Chile y una de las figuras importantes en este período, también viajó a Alemania, lo cual trajo consigo esta influencia a Chile en su regreso y en este contexto, señala lo siguiente: "se nota una lucha entre la tendencia tradicional u ortodoxa, creada por los fundadores de la instrucción primaria en el siglo XVI y la nueva tendencia, creada por Pestalozzi y por los organizadores de esta rama del servicio público. Los primeros querrían conservar la escuela como una simple dependencia, los segundos querrían que en la escuela el niño fuera educado, no para la iglesia, sino para la sociedad, para el estado y para la patria".

Respecto a la jerarquización y diferenciación de la educación formal, Alfonso esgrime que tres tipos de escuela marcan la diferenciación sobre la clase social. El sistema escolar del siglo XIX rige en sus rasgos principales hasta hoy. De acuerdo con la clase electoral de Prusia, correspondía a cada clase social un tipo de escuela. Esto se resumía en la ley de educación 1864/71, que planteaba escuelas primarias del pueblo (Volksschulen), escuelas medias (burgerschulen) y liceos o escuelas secundarias (Gymnasien).

Ya entrando en la vida de Isabel Bongard, hay que comenzar planeando que nació en Armsberg, Alemania el 8 de Septiembre de 1854, titulándose como maestra de escuela primaria y luego como profesora de estado desempeñándose en la Escuela Normal de Berlín (Pacheco, 2007). Elisabeth, consiguió ejercer el cargo de directora en Alemania de forma excepcional ya que en el siglo XIX, la profesión de profesor era masculina, lo que comenzó a cambiarse con el tiempo con las mejoras salariales que la industria ofreció a los hombres, entonces comenzó la feminización de la profesión, pero el director de la escuela continuó siendo hombre.

Incluso las profesoras vivieron el celibato con una reglamentación que les prohibía casarse, estaba determinado que perderían el empleo, si contraían matrimonio. El decreto del 9 de Marzo de 1880, se estableció para todo el imperio. Esta norma la aplicaron también en Chile a los profesores alemanes contratados. El celibato continuó ejerciendo en Alemania en algunos estados hasta el año 1956.

Paralelamente a la educación autoritaria oficial, el libro se concentra en explicar las corrientes progresistas influenciadas por el pensamiento esclarecido ilustrado refiriéndose al trabajo de Jean Jacques Rousseau, Johann Pestalozzi, Friedrich Froebel, Johann Herbart y Friedrich Diesterweg. Se plantea que es muy probable que Elisabeth haya escuchado algo de estos pedagogos y filósofos en las escuelas de las congregaciones religiosas donde ella estudió. De los tres primeros, De Alcantara (1900) esboza que la finalidad de la educación es "preparar para la vida completa" (Rousseau), "desenvolver natural, progresiva y sistemáticamente todas las facultades" (Pestalozzi) y "dirigir las actividades naturales hacia fines útiles" (Froebel). Valentín Letelier, agrega que Herbart desarrolló de forma extensa y sistemática la doctrina que establece el principio de que sin base psicológica no

puede haber ciencia pedagógica (Letelier, 1912).

En la segunda parte, desarrollada por Susana Pacheco, se hace alusión al recibimiento de Elisabeth Bongard como Isabel en Chile, comenzando por el devenir de la pedagogía en Chile en el siglo XIX para ir conformando el árbol genealógico de la actividad docente. Bajo el gobierno de Don. Manuel Bulnes, el mismo año 1842 en que se funda la Universidad de Chile se habría organizado la Escuela Normal de Preceptores, primera en Latinoamérica, la cual organizó Domingo Faustino Sarmiento, quien se encontraba desterrado en Chile. Esta escuela se pasó a llamar Escuela Normal Superior y más tarde José Abelardo Núñez; posteriormente en 1854 se fundaría la primera Escuela Normal de Preceptoras. Ya en 1874, se funda la Escuela Normal de La Serena, escuela que junto a la de Chillán se vieron obligadas a cerrar las puertas en 1878 a causa de la crisis económica de esos años y la inminencia de la guerra del pacífico.

En 1884, Isabel Bongard, fue contratada en Berlín, por José Abelardo Núñez y ya en 1890 cuando en gobierno de Don. José Manuel Balmaceda se reabren las puertas de la Escuela Normal de La Serena, Isabel Bongard es erigida como directora y entregó su saber aprendido en la formación con las monjas ursulinas. Después de una importante obra, donde contribuyó a mejorar la enseñanza antigua, teórica y escolástica, transformándola en racional, objetiva y científica; no valorándose ello fue destituida de su cargo en 1898, lo cual se cree que fue un golpe dirigido a la estabilidad misma del establecimiento, con el objeto de dar auge y preponderancia a los colegios de enseñanza religiosa. Como contraparte en 1889, Eduardo de La Barra, planteó que en Chile, existió lo que el denominó "El embrujamiento alemán", ya que muchos de los profesores alemanes traídos a Chile eran incompetentes, ya que a su juicio varios de ellos en el recién creado Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile, no formaron discípulos, ni siguieron sistemas racionales de enseñanza.

Susana Pacheco, agregaría que Isabel Bongard, decidió ir a residir a Iquique, donde desde 1900 trabajaría en el Liceo de Niñas de Iquique, con carácter fiscal, donde la habrían designado como directora en 1904, luego de la jubilación de Teresa Knikemberg, su primera directora. Isabel Bongard permaneció en este cargo hasta Marzo de 1909, cuando regresa nuevamente a la Escuela Normal de La Serena, cuando se comienza a cimentar las bases para un nuevo sistema escolar primario basado en la pedagogía de la Escuela Nueva de John Dewey, quien planteaba una de sus máximas "Educar para la cooperación y el servicio" y propuso enfatizar la relación democracia y educación, por lo que era fundamental tener un pueblo educado. En el libro posteriormente, se detallan temas como los exámenes de admisión a las aspirantes a normalistas, temas relacionados con los planes de estudio, actividades sociales y celebratorias de la escuela.

En la presente obra se citan varias frases que resumen el pensamiento de Isabel Bongard, en este espacio es que opté por seleccionar la siguiente: "En las escuelas normales se preparaban las maestras, no se instruían las jóvenes normalistas, sólo para su vida, sino para tener una influencia benéfica en las masas populares a cuyos miembros debían educar en la escuela primaria, de ahí que la profesora de una escuela normal, no solo debe preocuparse del adelanto general de cada sección, sino que fijar su atención

en cada alumna en particular, para formarse conciencia exacta del grado de saber, de la individualidad, carácter y aptitudes especiales de cada una de las alumnas".

El adiós de Isabel Bongard, se produce cuando cumplió 78 años de vida y 43 años al servicio de la docencia en Chile y por su delicada salud fue llamada a retiro y dos meses después falleció dejando un gran legado, quien fuera, promotora de la cordialidad y articuladora de todo el engranaje administrativo educacional para las provincias del norte chileno.

El libro, es un testimonio histórico crucial para la educación y psicología chilena, ya que entrega el contexto y las bases institucionales bajo las cuales se desarrolló la educación a través de las escuelas, con anterioridad y posterioridad a la creación del Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile, donde llegaría una segunda generación de intelectuales alemanes a forjar el desarrollo de la psicología que comenzaba a ser una ciencia autónoma, aunque las relaciones con la educación, permitieron el desarrollo de una psicología educacional que muy incipientemente avanzaba en el Chile de finales del siglo XIX y principios del XX.

Por otra parte, parece fundamental el relevamiento que hacen las autoras Alfonso y Pacheco, de la vida y obra de Elisabeth-Isabel Bongard, una de las mujeres que ha permanecido oculta en los anaqueles de la historia educacional de Chile. Traerla al presente y valorar sus aportes desde la actualidad permite al lector comprender un crucial fragmento de la educación chilena y su relación con la pedagogía alemana.

Referencias

De Alcantara, P. (1900). *Teoría y práctica de la educación y la enseñanza.* Madrid: Librería de Hernando y Compañía.

Dorsing, H. (1927). *La enseñanza primaria en Alemania*. Buenos Aires: Librería de A. Santos.

Letelier, V. (1912). *Filosofía de la educación.* Santiago: Imprenta Cervantes.

Pacheco, S. (2007). *Escuela Normal de La Serena. Testimonios de una vocación*. Coquimbo: Imprenta Silva.

Silva, R. (1943). *Don Eduardo de La Barra y la pedagogía alemana.* Santiago: Imprenta Universitaria.

Política Editorial

Definición, Ámbito y Periodicidad

EUREKA, **Órgano Oficial de Comunicación Científica de la Carrera de Psicología**, de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción", es una Revista de Investigación Científica en Psicología, publicada por primera vez en el año 2004, hasta 2009, con una periodicidad anual, como Proyecto del CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de las Cátedras de Psicología Experimental".
Eureka, 2010, como continuidad del Proyecto Académico de la Carrera de Psicología de la Universidad Católica "Ntra. Sra. de la Asunción", se edita por **CDID,** bianualmente en versión digital y electrónica www.psicoeureka.com.py.

EUREKA, busca brindar mayor visibilidad a la producción científica de todas las áreas de la Psicología como ciencia, disciplina y profesión Se reciben artículos para su evaluación durante todo el año. La fecha límite de recepción para el primer N° semestral es el 30 de Abril; para el segundo semestre, el 30 de Setiembre.

Modalidades

Las categorías de manuscritos que publica Eureka son:

- **Artículos:** (no más de 20 páginas incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir informes sobre estudios empíricos y teóricos, tanto cualitativos como cuantitativos.
- **Reseña o recensión:** (no más de 20 páginas) incluye desarrollos teóricos, revisiones integrativas o críticas de la literatura ya publicadas y contribuciones metodológicas.
- **Informes breves:** (no más de 10 páginas incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir estudios de casos, experiencias profesionales novedosas, asuntos de política y adiestramiento relacionados con la profesión, o datos obtenidos en estudios preliminares.
- **Reseñas de libros:** usualmente por invitación; (no pueden exceder de 5 páginas). Se debe considerar los méritos del libro y su aporte a la psicología de las Américas.
- **Entrevistas**: a destacados exponentes de la psicología y ciencias afines nacionales o extranjeros sobre temas de actualidad y avances en la disciplina, ciencia y profesión psicológica.

Los trabajos deben ser de preferencia, originales e inéditos, y se publican en español, en portugués e inglés.
Los siguientes lineamientos son especialmente importantes para someter artículos a publicación. El estilo de los manuscritos debe adherirse estrictamente al estilo estándar del Manual de Publicación de la Asociación Psicológica Americana, APA (5ta Edición, 2001). (http://apastyle.apa.org/)

Criterios para la publicación de trabajos

El estilo de los manuscritos debe adherirse estrictamente al estilo estándar del Manual de Publicación de la Asociación Psicológica Americana, APA (5ta Edición, 2001).

Los investigadores deben seguir los siguientes pasos:

1. Envíe su artículo por correo electrónico a: norma@tigo.com.py o a editor@psicoeureka.com.py. En el mail escriba una carta de presentación donde especifique los siguientes datos del autor: el nombre, la afiliación, la dirección electrónica, el domicilio y el número telefónico con quien se mantendrá la correspondencia. El manuscrito debe estar en formato de Word y debe enviarse como un solo archivo adjunto a la carta de presentación.

2. Firme el Contrato de Originalidad y Autorización para Publicación y envíelo adjunto al artículo vía correo electrónico a: norma@tigo.com.py o a editor@psicoeureka.com.py.

3. Escriba el manuscrito a espacio simple (incluyendo los resúmenes, referencias, títulos de las tablas y leyendas de las figuras), tamaño 12 times New Roman.
Ponga en cursivas el texto que debe aparecer así. El manuscrito no debe exceder el número de páginas según la modalidad presentada, incluyendo tablas y figuras.

4. Primera página: debe incluir el título como se muestra en el ejemplo anexado, debe continuar el encabezado del título con el resumen, luego el abstract y las palabras claves. Páginas subsiguientes: el texto, incluyendo una Introducción (no rotulada como tal), seguida por antecedentes o estado del conocimiento, problema, hipótesis, objetivos, método, resultados, discusión y las referencias.

5. Estilos para citas en el texto y listado de referencias:
a. No usar notas o citas al pie de página. Ejemplos para citar en el texto:
• De acuerdo a Blundell (1981), toda conducta tiene lugar en un contexto de…
•...la noefenfluramina ha mostrado inhibir la alimentación (Grinker, Marinescu y Leibowitz, 1982; Leibowitz y Shor-posne, 1986; Levitsly y Troyaño, 1992).
b. Las referencias deben ir en orden alfabético y en el siguiente estilo:

- Artículo de Revista:
Raymond, M.J. (2009). The treatment of addiction by aversion conditioning with apomorphine. Behavior Research and Therapy, 3, 287-290.

- Libro:
Hernández, S.R., Fernández, C. y Baptista, L.P. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

- Capítulo de Libro:
Garattini, S., Mennini, T., Bedetti, C., Invernizzi, R. y Samanin, R. (2000). Neureochemycal mechanism of action of drugs which modify feeding via the sertonergix system. In S. Nicolaidis (Ed.) Serotoninergic System Feeding and Body Weight Regulation (pp.15-38).London: Academic Press.

- Artículo publicado en Internet:
Moreno, J. (2005). Maltrato infantil: un estudio sobre la familia, la red de apoyo social y las relaciones de pareja. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/22714/

- Tesis no publicada:
Carlbom, P. (2000). Carbody and passengers in rail vehicle dynamics.Tesis doctoral no publicada, Instituto Tecnológico Royal, Estocolmo, Suecia.

- Tesis publicada en la web:
Buckman, A. (1997). MOOS Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids (Tesis doctoral, Massachusetts Institute of Technologic), obtenido de http//www-static.cc.gatech.edu/asb/thesis.
Los formatos adicionales de las referencias al final del texto se pueden consultar en: http://apastyle.apa.org/
Finalmente, antes de enviar su artículo a arbitraje, vuelva a asegurarse de que su manuscrito se adhiere en todas sus secciones al estilo de publicación de la APA (5ta Edición, 2001).

6. Arbitraje: El procedimiento que se sigue es el siguiente: recibido el artículo, pasa una revisión preliminar por el Editor, quien evalúa si el material se adhiere a los criterios de la Política Editorial de la Revista. Si corresponde, selecciona a los pares especialistas, evaluadores, árbitros independientes del Consejo Editorial que se encargarán de su evaluación, bajo sistema de doble ciego, y les remite el artículo anónimo por correo electrónico, conjuntamente con el instrumento y los criterios para valoración. Una vez que reciben los pares evaluadores anónimos, el artículo, fechado de recepción, tienen 30 días maximo para enviar su valoración, que puede ser aceptado, aceptado con modificaciones por hacer, o rechazado. En todos los casos se comunica a los autores el resultado de la valoración vía correo electrónico, quienes dependiendo del caso, confirman haber recibido la notificación de rechazo, aceptación o reenvían el artículo corregido. Todo el proceso de evaluación es "doble ciego", para garantizar la objetividad y prevenir conflictos de intereses. En caso de aceptación, el artículo será publicado en el N° correspondiente al periodo de envío semestral de la revista, y recibirá dos ejemplares de la misma en versión digital. Otras separadas (versión impresa), podrá adquirirlas en la dirección editorial (solo a pedido), o acceder a través de la WEB: www.psicoeureka.com.py, a la versión en pdf, HTML u otro formato.

7. Aspectos Éticos y Legales: En todos los pasos del proceso de realización y reporte de investigación psicológica, con participantes o animales, los autores se rigen por el Código de Ética de la APA. (http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx).
Copyright © 2011 Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos. Todos los derechos reservados. Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente. Los derechos son reservados a EUREKA y, el/los autores declaran por Contrato, la originalidad de las publicaciones, autorizan el acceso libre y gratuito en diversas formas de edición, y deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación, citando a EUREKA como fuente original. Aceptado un trabajo para publicación, los derechos de impresión y reproducción por cualquier forma y medio son de la revista. Es responsabilidad del autor/res los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. Open Access on line: www.psicoeureka.com.py. El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia Creative Commons, modalidad 4. (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/) Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.

8. Tiraje: El tiraje en versión digital es de 100 ejemplares editados en CD ROM por N°, su distribución a nivel local, es a través de su oficina Editorial en Asunción. En el interior del país e internacional, vía correo electrónico, o a través de su sitio WEB: www.psicoeureka.com.py, en acceso abierto, libre y gratuito.

9. Contacto: Toda la correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial. **CDID** "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología". FFCH, Independencia Nacional y Comuneros o por correo electrónico, a norma@tigo.com.py o editor@psicoeureka.com.py.

Los trabajos presentados para su posible publicación estarán sujetos a la programación de la revista y a la evaluación que realicen los consultores. Alentamos a estudiantes y profesionales a participar activa y productivamente de esta experiencia.

Información adicional sobre cada sección

Resúmenes (Español e Inglés): El resumen debe contener una descripción del procedimiento, los principales hallazgos y las conclusiones del estudio. El resumen en inglés debe escribirse en un perfecto inglés y no debe exceder de 120 palabras. No utilice abreviaciones y evite incluir citas, excepto para enfatizar un punto importante. El resumen en español debe coincidir exactamente con la versión en inglés y no exceder 120 palabras. Se recomienda que los autores de habla hispana consulten con una persona bilingüe y preferiblemente con una persona cuyo idioma natal sea el inglés para redactar su resumen.

Palabras Clave: Liste un máximo de cinco palabras clave, en orden descendente de importancia.

Introducción: En la introducción (que no debe rotularse como tal), se debe reseñar la literatura de investigación directamente pertinente al estudio e identificar el problema de investigación. La introducción debe conducir lógicamente al propósito del estudio.

Método: La descripción del método debe permitir que el lector repita el estudio. El método debe estar subdividido únicamente en las siguientes tres secciones:
Participantes (en el caso de humanos) o Sujetos (en el caso de animales): En esta sección se deben describir las características relevantes de los participantes o sujetos.
Instrumentos y materiales: Debe incluir información sobre las pruebas o inventarios que utilizó (número de reactivos, escala, datos sobre su validez y fiabilidad, etc.) y/o información acerca del tipo de aparatos utilizados (marca, proveedor, etcétera).
Procedimiento: Esta sección debe describir organizada y ordenadamente el diseño aplicado, el procedimiento que se siguió, paso a paso: instrucciones, procedimientos de manipulación de variables y de medición y aplicación instrumentos, etcétera.

Resultados: Esta sección debe describir coherente, organizada y objetivamente los efectos de las variables independientes sobre las dependientes, o las variables en correlación o cualitativas en descripción. Los resultados deben presentarse en el mismo orden en el que se plantearon las preguntas de investigación.

LISTA DE CHEQUEO.

Los siguientes puntos debe tener el artículo:	**X**
1. Formato Word - Espacio Simple.	
2. Fuente: Times New Roman.	
3. Tamaño de fuente: 12.	
4. No excede de 20 páginas (incluyendo tablas y figuras).	
5. Sangría en cada párrafo y espacio de un renglón entre cada	
6. Primera Página:	
-Título	
-Encabezado del Título	
-Resumen: máximo 120 palabras, temas en el siguiente orden, sin rotulación:	
*Descripción del Procedimiento.	
*Principales hallazgos.	
*Conclusiones	
-Abstract: máximo 120 palabras. Traducción de la versión en español.	
-Palabras Claves: máximo 5 palabras, en orden descendente de importancia.	
7. Páginas Subsiguientes: Texto	
-Introducción (no rotulada).	
-Estado del Conocimiento (antecedentes).	
-Problema.	
-Hipótesis.	
-Objetivos.	
*Objetivo General.	
*Objetivos Específicos.	
-Método.	
*Participantes.	
* Instrumentos y materiales o Dispositivos.	
-Diseño.	
-Procedimiento.	
- Análisis y Discusión de Resultados.	
- Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.	
-Referencias Bibliográficas.	
8. No tiene citas y/o notas al *pie de página.*	

EJEMPLO: del Título, Titulillo y Encabezado

Creencias-Depresión-Universitarios

"Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios"

Relationship between Depressive Indicators and Irrational Beliefs in College Students

Investigadora Titular: Norma Coppari[1]
Investigadores Auxiliares: Benítez, S.; Benítez, S.; Calvo, S.; Concolino, C.; Galeano, S.; Gamarra, R.; Garcete, L.

CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"[2]

Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo-correlacional tiene el objetivo de describir la relación entre las creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios.

La muestra está compuesta por 94 estudiantes del curso de admisión, seleccionados a través de una técnica no p[1]probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria de una Universidad Privada de Asunción, Paraguay.

Los instrumentos aplicados son el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis (1962) y el Inventario de Depresión de Beck (1996), para luego establecer la relación existente entre ambas variables. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

En el Inventario de Beck no se observan diferencias significativas en relación al sexo. En el inventario de Ellis los valores medios más altos en ambos sexos se hallaron en el patrón 6. Las correlaciones más significativas, en sentido positivo, con el Inventario de Beck se hallaron en orden descendente para el patrón de ideas 9, 2 y 7.

Palabras clave: Inventario de depresión de Beck, Creencias Irracionales de Ellis, Correlación, Estudiante.

1 Correspondencia puede ser remitida a norma@tigo.com.py Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA. CDID Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

2 Correspondencia puede ser remitida a editor@psicoeureka.com.py o a revistacientificaeureka@gmail.com Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

Abstract (Resumen en Inglés)

The following investigation descriptive-correlational type has the objective to describe the relationship between irrational beliefs and depressive indicators on university students.

The sample is composed with 94 Admission Course students (n=94); selected through a non probabilistic sample of intentional sampling and voluntary participation from a Private University of Asuncion, Paraguay.

The instruments that were used are the "Irrational Beliefs Inventory" from Ellis (1962) and "Depression Inventory from Beck (1996)", to stablish the relationship between both variables obtained with those instruments.

For the analysis and data processing we applied descriptive and inferential statistics techniques. On Beck's Inventory there were not found significant differences in relation of sex. On Ellis inventory, the highest standard medias where found on pattern 6. The most significant correlations with Beck's Inventory were found, in descending order for the pattern 9, 2 and 7 in positive direction.

Key words: Irrational Beliefs, Depression, correlation, students, admission course.

Vol. 8, N° 2, 2011

EureKa

ISSN 2218-0559 (CD R)
E-ISSN 2220-9026

Editorial

Entrevista:

"Entrevista al Director Académico de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Católica. ***Entrevistado:*** Mag. Roque Acosta". ***Entrevistadora:*** Dra. Norma B. Coppari

Artículos:

"Las Percepciones en la Identificación de Competencias para la Educación Superior". Dr. Oscar Serafini. Universidad Católica de Asunción

"Presente y Futuro de los Servicios de la Salud Mental en Paraguay". Lic. Ma. Celeste Airaldi. Sensorium.

"Satisfacción Usuaria en dos Centros Hospitalarios de Caaguazú durante el Segundo Semestre del año 2010". Lic. Maria José Bellenzier Vera, Lic. Eugenia Eliana González Espinoza. Universidad Católica de Asunción.

"Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción". Lic. Johana Vera. UNIDA.

"Relación entre Motivación y Hábitos de Estudio en alumnos de la Carrera de Psicología de una Universidad Privada de Asunción" Lic. Franca LaCarruba, Leiva, L.; Morínigo, S.; Pertile, S.; Ruiz D.; Frutos, M. Universidad Autónoma del Paraguay.

"NTICS- Relación entre Nuevas Tecnologías y Preferencia en la Comunicación de Estudiantes de Educación Media". Dra. Norma Coppari, Benítez, L.; Cáceres, S.; Codas, M.; de Mestral, N.; Fugarazzo, C.; Melgarejo, M.; Melgarejo, M.; Noceda, A.; Recalde, G.; Tellechea, A. Universidad Católica de Asunción.

"Influencia del Baile Recreativo en la Depresión y en la Autoestima de Personas Adultas". Lic. María Gabriela Bernardes. Universidad Nacional de Asunción.

"Indicadores Depresivos en una Muestra de Pacientes con Obesidad". Mag. María Teresa Galeano. Universidad Católica de Asunción.

"Relación entre Estilos de Amor y Satisfacción Sexual en Hombres de 22 y 47 años." Lic. Licia Martínez, Lic. Sandra Rodas. Universidad Nacional de Asunción.

"Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en Docentes que Participan de Programa de Prevención y Promoción de Salud.". Lic. Gladys Arzamendia. Universidad Nacional de Asunción.

Reseña de Libro:

"Elisabeth –Isabel Bongard. Migrante y Protagonista de la Reforma Educacional Alemana en Chile" Psicólogo Gonzalo Salas. Universidad del Mar y Universidad Central, Sede la Serena.

Política Editorial

CDID

Centro de Documentación, Investigación, Difusión de la Carrera de Psicología

Universidad Católica "51 años"