



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL E INTERVENCIÓN EN CRISIS
PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO: UNIVERSIDADES EXTRANJERAS

**SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE ARTE, UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES, VENEZUELA**

bdigital.ula.ve

Autor: Julio César González

Madrid, octubre de 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL E INTERVENCIÓN EN CRISIS
PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO: UNIVERSIDADES EXTRANJERAS

**SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE ARTE, UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES, VENEZUELA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado de Doctor en
Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autor: Julio César González

Director de tesis: Dr. José María Poveda de Agustín

Madrid, octubre de 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del Departamento de Psiquiatría de
La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

bdigital.ula.ve

CERTIFICO

Que **Don Julio César González González**, ha realizado bajo mi dirección, el
trabajo: **“SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE ARTE,
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA”**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, octubre de 2014

DEDICATORIA

Al arte: sol fecundo.

A los artistas: camino certero.

bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A la Dimensión de lo Eterno e Infinito.

A la Universidad Autónoma de Madrid por la fundación de este excelente Doctorado itinerante y creativo.

A mi director de tesis Dr. José María Poveda de Agustín por saber unir Arte y Ciencia en la enseñanza y dirección.

A la Dra. Ingrid Tortolero, por su apoyo constante.

Al Dr. Jesús Poveda, por sus precisas e inteligentes sugerencias.

A los estudiantes, profesores y autoridades de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes por su receptividad y apoyo.

A la Dra. Beatriz Da Silva por su orientación y su amistad.

A la Economista Adriana Angarita, por su asistencia en la recolección de datos.

La ciencia, como persecución de la verdad, será igual, pero no superior al arte.

Bertrand Russell

El arte no es más que una manera de vivir.

Rilke

Poéticamente es como el hombre hace de esta tierra su morada.

bdigital.ula.ve Hölderlin

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo hacer una evaluación del estado de salud mental y de la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes. La muestra estuvo constituida por 318 cursantes entre principio, mitad y final de la carrera, 119 (44.07 %) pertenecientes a la carrera Artes Visuales y 199 (42.24%) a la carrera de Diseño Gráfico. Estudio de campo no experimental, de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo correlacional. El referencial teórico abordado fue la psicopatología, la salud mental y la capacidad resiliente, entre otros. Para establecer el estado de salud mental se utilizó el General Health Questionary (GHQ-28). Para establecer la capacidad resiliente se aplicó la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (2003). Los resultados muestran que: **1.** El 15 % de los estudiantes de la Escuela resultaron con GHQ-28 positivo, esto es, podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de su salud mental **2.** El malestar psicológico no varía significativamente en la carrera de Diseño Gráfico de acuerdo a la etapa de la carrera que curse el estudiante; mientras que sí lo hace en la carrera de Artes Visuales **3.** La capacidad resiliente está caracterizada mayormente por las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control **4.** No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad resiliente de los estudiantes de principio, mitad y final de carrera. **5.** El estado de salud mental y la capacidad resiliente están relacionados.

Palabras claves: Salud mental, resiliencia, estudiantes universitarios de arte.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the mental health status and the resilient capacity of students from the School of Visual Arts and Graphic Design at the Faculty of Arts at the Universidad de Los Andes. The sample consisted of 318 participants including beginner students, middle semester's students and ending students, 119 (44.07 %) belonging to the Visual Arts career and 199 (42.24 %) to the Graphic Design career. Non-experimental field study, with a quantitative approach and correlational descriptive level. The theoretical framework approached was psychopathology, mental health and resilient capacity, among others. To establish the status of mental health was applied the General Health Questionary (GHQ -28). To establish the resilient capacity was applied the Resilience Scale Connor and Davidson (2003). The results show that: **1.** The 15 % of students of the School with GHQ28 were positive, that is, they may be at risk for mental health disorders **2.** Psychological distress did not differ significantly according to the student's stage in the Graphic Design career, while it does in the Visual Arts career **3.** Resilient capacity is characterized mainly by the dimensions Toughness and Personal Competence, Positive Acceptance to Change and Control **4.** There is no statistically significant differences of the resilient capacity of students from beginning, middle and end of career **5.** Mental health status and resilient capacity are related.

Keywords: Mental health, resilience, art university students.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	18
1.1 Planteamiento del problema.....	18
1.2 Justificación.....	23
1.3 Formulación del problema.....	27
1.4 Objetivos.....	28
1.4.1 General.....	28
1.4.2 Específicos.....	28
1.5 Sistema de variables.....	30
1.5.1 Dependientes.....	30
1.5.2 Independientes.....	30
1.6 Implicaciones éticas.....	31
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	32
2.1 Antecedentes.....	32

2.2 Bases teóricas.....	44
2.2.1 Salud mental.....	44
2.2.1.1 Concepto.....	44
2.2.1.1.1 Criterios axiológicos y estadísticos: normalidad y anormalidad.....	49
2.2.1.1.2 Criterio de adaptación.....	52
2.2.1.1.3 Criterio psicométrico.....	62
2.2.1.1.4.1 Síntomas somáticos.....	63
2.2.1.1.4.2 Ansiedad e insomnio.....	64
2.2.1.4.2.1 Insomnio.....	67
2.2.1.1.4.3 Disfunción social.....	70
2.2.1.1.4.4 Depresión.....	71
2.2.2 Resiliencia y crisis.....	73
2.2.2.1 Nociones generales sobre la crisis.....	73
2.2.2.2 Big Bang: la primera gran crisis.....	74
2.2.2.3 Resiliencia. Conceptos.....	76
2.2.2.4 Cualidades resilientes.....	79
2.2.2.4.1 Sentido de la vida.....	80
2.2.2.4.2 Sentido del humor.....	85
2.2.2.4.3 Creatividad.....	87
2.2.3 La Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.....	93
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	96
3.1 Tipo de investigación: diseño y nivel.....	96
3.2 Población y muestra.....	98

3.3 Instrumentos de medición.....	100
3.3.1 Descripción de los instrumentos aplicados.....	101
3.3.1.1 Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28).....	101
3.3.1.2 Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC).....	102
3.4 Técnica y análisis de datos.....	104
3.5 Declaración de consentimiento informado.....	107
3.6 Hipótesis.....	107
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	109
4.1 Análisis de los resultados.....	109
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	126
CONCLUSIONES.....	141
RECOMENDACIONES.....	143
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
ANEXOS.....	154

ÍNDICE DE TABLAS

	Pp.
Tabla 1. Distribución de la población y muestra según la carrera. Estudiantes de Artes Visuales y Diseño Gráfico. Universidad de Los Andes. A-2012.....	99
Tabla 2. Distribución de la muestra según etapa de la carrera. Estudiantes de Artes Visuales y Diseño Gráfico. Universidad de Los Andes. A-2012.....	100
Tabla 3. Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 de Goldberg. Diseño Gráfico.....	109
Tabla 4. Frecuencia de malestar psicológico. Diseño Gráfico.....	110
Tabla 5. Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 discriminadas por “caso” y “no caso”. Diseño Gráfico.....	113
Tabla 6. Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28. Artes Visuales.....	113
Tabla 7. Frecuencia de malestar psicológico. Artes Visuales.....	113
Tabla 8. Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 discriminadas por “caso” y “no caso”. Artes Visuales.....	114
Tabla 9. Estado de salud mental vs Etapa de la carrera. Diseño Gráfico.....	116
Tabla 10. Estadístico Chi-cuadrado para contraste de hipótesis de independencia de factores.....	116
Tabla 11. Estado de salud mental vs Etapa de la carrera. Artes Visuales.....	118
Tabla 12. Estadístico Chi-cuadrado para contraste de hipótesis de independencia de factores.....	118
Tabla 13. Media y desviación estándar de las Dimensiones de Resiliencia. Diseño Gráfico.....	120

INDICE DE GRÁFICOS	Pp.
Gráfico 1. Distribución porcentual de la prevalencia de malestar psicológico. Diseño Gráfico.....	112
Gráfico 2. Promedio de los síntomas de malestar psicológico diferenciada entre casos y no casos. Diseño Gráfico.....	112
Gráfico 3. Distribución porcentual de la prevalencia de malestar psicológico. Artes Visuales.....	114
Gráfico 4. Promedio de los síntomas de malestar psicológico diferenciado entre casos y no casos. Artes Visuales.....	116
Gráfico 5. Promedio del estado de salud mental y etapa de la carrera diferenciada entre casos y no casos. Diseño Gráfico.....	117
Gráfico 6. Promedio del estado de salud mental y etapa de la carrera diferenciada entre casos y no casos. Artes Visuales.....	119
Gráfico 7. Promedio de los factores de la resiliencia. Diseño Gráfico.....	120
Gráfico 8. Promedio de los factores de la resiliencia. Artes Visuales.....	121
Gráfico 9. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y los factores de la resiliencia.....	125

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la visión mítica de la antigua Grecia el arte se relaciona con la locura y con la cordura. Dionisos y Apolo son considerados los creadores del arte, mas el primero, investido como Dionisos *bakkheios* podía causar la locura, y como Dionisos *lusius* sanarla.

Ya en la modernidad, y partiendo de la piadosa e inocente locura de Hölderlin, pasando a la oreja de Van Gogh, a la psicosis de Vatzlav Nijinsky –de la cual ni los más experimentados psiquiatras de su tiempo: Bleuler, Krapelin, Ferenczi, Freud y Jung pudieron sustraerlo–, siguiendo con los abismos mentales de Artaud, la bipolaridad de Virginia Woolf, hasta llegar a la aislante neurosis de Reverón, es posible sostener la creencia de que el arte está emparentado con la psicopatología.

Sin embargo creadores de otro talante, Leonardo da Vinci, por ejemplo, J. S. Bach, Whitman, Tagore, J.M Briceño Guerrero y bastantes más, dan testimonio estético y existencial de plenitud humana, diáfana salud psicológica y alegría vital.

Enfocado con el lente de la ciencia este fenómeno –el de la salud mental en relación a la creación artística– observamos que, por una parte, existen suficientes datos empíricos que muestran que el artista pudiera ser susceptible de padecer trastornos psicopatológicos en mayor medida que otras poblaciones; por otra parte, en cambio, diferentes estudios señalan que la remisión de algunas patologías mentales está vinculada con el ejercicio de la creatividad artística dirigida.

En la actualidad, psicología y arte se han casado con la finalidad de crear nuevos modos terapéuticos para el tratamiento de la psicopatología: Arte terapia, Musicoterapia y Psicodrama, por ejemplo.

Centrados ahora en el Proyecto de Salud Mental en Estudiantes de Cuatro Continentes, del cual esta investigación doctoral forma parte, nos pareció oportuno evaluar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de una población estudiantil que se forma en la creación artística, en una de las más antiguas y prestigiosas universidades de Venezuela –la de Los Andes–, y que está ubicada en la ciudad con mayor tradición artístico-cultural del país: Mérida.

La estructura de este estudio se compone de cinco capítulos. El Capítulo I contiene el planteamiento del problema, la justificación, la formulación del problema y los objetivos, cuyo propósito es mostrar la situación del malestar psicológico y la capacidad resiliente en los estudiantes de Arte de La Universidad de Los Andes, Venezuela. También está contenido aquí el sistema de variables y las implicaciones éticas.

El Capítulo II, contenido del marco teórico, describe los antecedentes que fundamentan la investigación y las bases teóricas. Aquí se examina el concepto de salud mental, se plantea una discusión con respecto a la imposibilidad de una formulación universal del mismo, así como los principales criterios utilizados para su evaluación. De igual modo se refieren las características capitales que describen cada una de las variables.

En el Capítulo III, se especifica la metodología utilizada para el desarrollo del estudio, explicando el tipo, diseño y nivel de investigación, así como la población y

la muestra estudiada. De igual modo se desarrolla en este capítulo lo concerniente a la técnica y los instrumentos de recolección de la información, incluyendo una descripción detallada de los mismos. Finalmente se explica el tratamiento estadístico empleado, así como la formulación de las hipótesis de la investigación.

El Capítulo IV, en el que se muestran los resultados obtenidos, comprende la presentación de las tablas y gráficos correspondientes, de acuerdo al los diferentes análisis estadísticos de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos.

En el Capítulo V se realiza la discusión de los resultados obtenidos. Seguidamente, se presentan las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados de nuestro estudio.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas y anexos respectivos que apoyaron el desarrollo de la presente investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La salud mental es un elemento decisivo en la vida humana toda: relaciones interpersonales, intrapersonal, planteo de objetivos y metas, búsqueda transpersonal, salud física, relaciones y productividad académica y laboral, etc. De modo análogo, el malestar psicológico es causa de deficientes o difíciles relaciones con los demás y con uno mismo, imposibilita una adecuada planificación de proyectos de vida, desvirtúa la búsqueda espiritual, es causa de enfermedades orgánicas y disminuye, cuando no imposibilita, el desempeño académico y laboral.

En efecto. Nuestras relaciones con otros individuos están determinadas por elementos psíquicos y emocionales como los son una adecuada estructura de la personalidad y la empatía, entre muchos otros. En sentido afín, los trastornos de la personalidad y el distanciamiento emocional negativo, por ejemplo, no permiten relaciones personales

sanas y provechosas, por el contrario, son causa de varias formas de disfunción social.

Así mismo, dimensiones psico-emocionales como la inteligencia intrapersonal, le permiten al individuo un apropiado conocimiento de sí mismo, y por ende, mayor grado de bienestar personal.

De modo análogo, una adecuada vocación de sentido propicia la proyección de objetivos a corto y largo plazo, su seguimiento y consecución, lo cual da sentido a la vida. Contrariamente, el vacío existencial o complejo de vacuidad, es causa de muchos tipos de disfunciones tanto psicógenas como noogénicas.

Por su parte, la búsqueda espiritual, en un muy amplio sentido, implica la preexistencia de una personalidad sana en el buscador, pues no se puede trascender, trasponer, aquello que previamente no ha sido bien cimentado.

Asimismo, hoy día se cuenta con suficientes datos empíricos que señalan que la salud mental está asociada con la salud orgánica, y la psicopatología con la enfermedad física; y en efecto, la somatización es una forma de trasvase de síntomas neuróticos a síntomas orgánicos.

De modo parecido el desempeño académico y laboral está relacionado con la salud mental.

Pueden ser muchas las razones de malestar psicológico tanto en la población general como en la estudiantil. En ésta última, de acuerdo a Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Restrepo, E. y Salazar, L. (2010) “La salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés.” (p. 7).

Mientras que las categorías relacionadas con los núcleos de sentido, dificultades personales, y problemas de adaptación son, de acuerdo a Cornejo, M. y Lucero, M. (2005) las que más influyen en la calidad de vida del estudiante.

Por otra parte las relaciones interpersonales asimétricas docentes-estudiantes son, para Orozco (2009), una de las causas prevalentes de malestar psicológico en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela.

Chacín (2009), por su parte, afirma: “El desgaste profesional crónico en los residentes de postgrado es el producto del desacoplamiento estructural de los noemas orientados por una parálisis paradigmática entre los médicos residentes y su entorno laboral, generándose en primera instancia caos, y por ende estrés.” (p.9).

Todo hace indicar que las causas de malestar psicológico pueden variar de acuerdo a la carrera que curse el estudiante y el momento de la misma en que se halle. Por su parte los cambios de domicilio, de facultad o escuela, las relaciones entre estudiantes y profesores, la tensión

acumulada en los exámenes, o a lo largo de cursos pasados, las relaciones con el personal de administración y de servicios, entre otros, pueden ser, de acuerdo a la consideración de Golberg (1979) factores que afecten la calidad de vida del estudiante y por ello su salud mental.

También son varias las formas que el malestar psicológico puede tomar en los estudiantes, algunas de ellas son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.

Ahora bien, lo que es cierto como norma estadística, no lo es para ciertos individuos. De hecho, algunas personas parecen no ser afectadas significativamente por los factores de presión psicológica que hemos nombrado, antes bien, luego de ser sometidos a ellos emergen con mayor fortaleza. Es esta facultad de abordar con éxito las condiciones adversas lo que se ha dado en llamar capacidad resiliente: "(...) una opción y postura creativa y definitiva ante la adversidad." (Quiñones, 2006, p. 25). A su tiempo, la resiliencia es vista como una dimensión de la salud mental que promueve la cimentación de sus constructos.

No obstante, en el caso venezolano los estudios de salud mental en estudiantes universitarios (sobre todo relacionados con la resiliencia), están apenas comenzando, de modo que no son muchos los datos objetivos con los que podemos contar para, basados en ellos, determinar las causas de probable malestar psicológico en nuestra población estudiantil, y diseñar en consecuencia las intervenciones pertinentes para un abordaje satisfactorio que conduzca a la solución de este problema.

Por su parte Grotberg (2002) afirma que la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción de la salud mental.” (Citado por Fiorentino, 2008, 98). La noción de resiliencia, ya adelantamos un tanto de ella, trata básicamente de la capacidad que posee el ser humano de abordar las situaciones difíciles de la existencia, transponerlas y, en algunos casos, ser transformado positivamente por ellas. De manera que los aspectos de la salud mental antes señalados pudieran verse atenuados o aumentados, según el caso, por la capacidad resiliente del individuo, y en el caso que nos ocupa, de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico (que consta de las carreras homónimas: Artes Visuales y Diseño Gráfico) de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Justificación

Comenzando a participar en el Proyecto de Salud Mental en Estudiantes de Cuatro Continentes, desarrollado por la Universidad Autónoma de Madrid junto a varias universidades latinoamericanas, orientales y africanas, que hasta ahora involucra carreras relacionadas en su gran mayoría con las Ciencias de la Salud, nos pareció oportuno indagar en el estado de salud mental y la capacidad resiliente en los estudiantes de una Facultad cuyos contenidos programáticos atendieran en gran parte al desarrollo de las aptitudes y competencias en el ámbito de la creación artística.

Mérida es, de entre las ciudades venezolanas (quizá habría que hacer referencia también a Caracas por ser la capital), la que mayor vinculación histórica tiene con las artes todas: Plástica, literatura, teatro, danza, cine y música. Es sede permanente del Festival Nacional de Cine, del Festival Nacional del Movimiento, Festival Internacional de Teatro, de uno de los encuentros literarios más importantes del país, como lo es la Bienal de Literatura Mariano Picón Salas, que se realiza en homenaje al escritor homónimo, merideño que advirtió con suma agudeza, mezclando metáfora y pragmatismo, que “Mérida es una universidad, con una ciudad por dentro.”

En tal ciudad han nacido —o hecho su hogar— músicos, escritores y artistas plásticos, directores de teatro y bailarines, venezolanos y extranjeros, todos de acendrada sensibilidad estética y obra reconocida, y que a través del arte lograron tomarle el pulso a Mérida: Ricardo Briceño; Tulio Febres Cordero, Salvador Garmendia, Víctor Valera Mora, Ramón Palomares, J. M. Briceño Guerrero, Rowena Hill, Elizabeth Schon, Alfonso Cuesta y Cuesta, Arnando Track, César Dávila Andrade; Omar Granados, Ramiro Najúl, Viscarret, Leliana Bladimirovna Romanovich, Geraldine Saldade, Betania Uzcátegui; Freddy Torres, Dimitri Proaño, y muchos otros.

Por otra parte un interés personal, que consiste en ser nosotros mismos estudiosos de las manifestaciones estéticas en el terreno del arte, sobre todo en el de la literatura, además de llevar algunos años indagando en el ámbito de la creación literaria, condujo a seleccionar a la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes como población para la presente investigación.

El resto de las Facultades de nuestra universidad relacionadas, aun parcialmente, con los procesos creativos, se encarga de impartir conocimientos mayormente teóricos, como la Facultad de Humanidades, que si bien posee carreras como Letras, una de cuyas menciones es Historia del Arte, no se educa al estudiante en la creación artística sino en el estudio sistemático de sus manifestaciones y en sus procesos

históricos, básicamente en el de las artes plásticas y de la palabra. Debe hacerse mención aparte de la carrera de Medios Audiovisuales, que pertenece a esta última Facultad y cuyo currículo está diseñado sobre la base de la creación en cine y televisión.

En otro sentido, existe una doble vinculación que relaciona a la salud mental, noción ésta que incluye factores como la resiliencia, con el arte. En efecto, por una parte se conocen datos empíricos que muestran que el artista puede ser más propenso a padecer trastornos psicopatológicos que otras poblaciones; y por el otro, la psicología posee pruebas científicas que señalan que la remisión de algunas patologías mentales está relacionada con el ejercicio de la creatividad artística dirigida. En un sentido afín, la psicología se ha emparentado con el arte con la finalidad de crear nuevos modos terapéuticos para el tratamiento de la psicopatología: Arte terapia, Musicoterapia y Psicodrama, por ejemplo.

De este modo nos ha parecido oportuno conocer el estado de salud mental y la capacidad resiliente, así como sus posibles correlaciones, en una población que se educa en la Universidad para el desempeño de la actividad artística.

Esta investigación arrojará datos empíricos sobre el estado de salud mental y capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad

de Los Andes, información que sin duda será beneficiosa para sus autoridades, sobre todo para el diseño de posibles programas de intervención que pudieran surgir a partir de este estudio; así como para el Proyecto de Salud Mental en Estudiantes Universitarios de Cuatro Continentes, más si se toma en cuenta que es la primea Facultad de Arte que se incluye en tal proyecto. En este mismo sentido, la investigación podrá ser utilizada como complemento de otras investigaciones afines, pero de enfoque cualitativo, que ya se prevén.

bdigital.ula.ve

Formulación del problema

¿Cuál es el estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes? ¿Cuál es la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes? ¿Qué diferencia existe en el estado de salud mental de los estudiantes de comienzo, mitad y final de la carrera Artes Visuales de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes? ¿Qué diferencia existe en la capacidad resiliente de los estudiantes de comienzo, mitad y final de la carrera Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes? ¿Qué relación existe entre la salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes?

Objetivos

General:

Evaluar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

Específicos:

1. Establecer el estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.
2. Comparar el estado de salud mental de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.
3. Determinar la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

4. Comparar la capacidad resiliente de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes.
5. Relacionar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

bdigital.ula.ve

Sistema de variables

Para la siguiente investigación fueron elegidas las siguientes variables:

Dependientes: - Estado de salud mental.
- Capacidad resiliente.

Independientes: - Carrera y ubicación del estudiante en la misma
(comienzo, mitad o final).

bdigital.ula.ve

Implicaciones éticas

La investigación recolectó información pertinente a la salud mental y la resiliencia en estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de los Andes. La información es anónima, confidencial y la participación fue voluntaria. A los estudiantes, luego de ser informados acerca de su participación en el estudio, se les solicitó una autorización por escrito.

bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En tanto las variables dependientes de estudio son el estado de salud mental y la capacidad resiliente en estudiantes universitarios de Arte, a continuación mencionamos las investigaciones que fundamentaron y rigieron el presente estudio.

Con respecto a la vinculación que existe entre creatividad y resiliencia, Quiñones, M.A. (2006) realizó un estudio titulado: *Creatividad y resiliencia. Análisis de 13 casos colombianos*. Su Objetivo general fue analizar las expresiones creativas y resilientes de sujetos que han tenido que enfrentar situaciones de adversidad física, psicológica o social, con la perspectiva de presentar una propuesta educativa que favorezca de manera preventiva el fortalecimiento personal para el

manejo resiliente ante posibles eventualidades de adversidad. Es una investigación de enfoque cualitativo de tipo descriptivo y de carácter fenomenológico, que tiene como muestra a 13 sujetos con un abordaje de problemáticas tan diversas como los conflictos de índole ideológica, política, económica, social, y los fenómenos medioambientales. También se seleccionaron casos específicos de condiciones de vida, como discapacidades a cambio de las denominaciones habituales de enfermedades o condiciones incapacitantes, tales, la parálisis cerebral, la atrofia muscular, la ausencia de los miembros superiores y la invidencia parcial o total. Todos de la región colombiana. A través de entrevistas semi-estructuradas se plantea una relación dialógica investigador entrevistado que arroja los siguientes resultados: El caos, la incertidumbre y la complejidad son palabras que tienen una estrecha relación con la creatividad y la resiliencia. La creatividad es concebida como posibilidad y capacidad de todo ser humano y a su vez está presente en las diferentes formas de participación de los sujetos en la cotidianidad. Los participantes en esta investigación, reconocieron los hechos que generaron las situaciones de gran dificultad como adversidades y en todos los casos valoraron su gran capacidad para afrontarlas de manera creativa, constructiva y propositiva.

Por su parte Builes, M. y Bedoya, M. (2008) presentan un estudio titulado *La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental*.

Esta investigación es de tipo documental y tiene como Objetivo general acercarse a la promoción de la salud mental a través de la experiencia familiar. Parte de la visión clásica de familia centrada en la estructura, y plantea ampliar esta noción a la luz de la gnoseología postmoderna. Como conclusión se hacen observaciones al sustrato clásico estructural de la familia y se propone que ésta sea considerada como configuración, de esta manera, el concepto de resiliencia familiar halla sintonía con esta nueva visión, al tiempo que se hace evidente que sólo de este modo la resiliencia es un factor de promoción de la salud mental.

En un sentido afín Lisete Barlach, A. y Limongi-França, S. (2008) realizaron el siguiente estudio: *O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações*. Siendo su Objetivo general conocer la utilización de recursos resilientes en situaciones estresantes. Se trata de una investigación cualitativa en la que, a partir de entrevistas realizadas a 32 ejecutivos de una renombrada empresa de aviación brasileña y a estudiantes de educación media de un liceo público, sometidos ambos grupos a situaciones de tensión padecidas —los primeros en el trabajo, los segundos en el ambiente de estudio—, concluye que la resiliencia puede explicar la utilización de recursos psicológicos para afrontamiento de situaciones estresantes propias de la época actual. Igualmente, la investigación señala que la resiliencia puede marcar la diferencia entre la transformación de crisis en oportunidades o la victimización en situaciones similares de presión laboral o de estudio.

Ribas, S. (2012), a su tiempo, realizó una investigación titulada: *Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de los Andes, Mérida Venezuela*. El Objetivo general fue analizar el perfil de las fortalezas de carácter y los factores de resiliencia en los estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes. Se trata de una investigación de campo, exploratoria, transversal y correlacional. Se tomó como muestra a 522 estudiantes. Se aplicaron el Cuestionario de Fortalezas de Carácter (VIA) de Peterson y Seligman (2004) y la Escala de Resiliencia (Connor Davidson Resilience Scale, CD-RISC). Los resultados con valores significativos señalan que la principal fortaleza de los estudiantes es la esperanza, seguida de gratitud, bondad, honestidad y equidad. Las fortalezas con puntuaciones más bajas fueron; humildad, autorregulación, prudencia, apreciación de la belleza y el perdón. La curiosidad y la mente abierta fue la principal fortaleza en los más jóvenes; mientras que en los de mayor edad la aportación fue para la espiritualidad y la humildad. El género femenino mostró puntuaciones superiores en relación con el masculino en el perdón, la humildad y la espiritualidad. Los estudiantes de sexto año presentaron valores superiores en la humildad y prudencia. Los estudiantes con hijos, muestran mayor humildad y espiritualidad. En cuanto a la resiliencia se encontró que los estudiantes de menor edad, presentaron valores más altos en la resiliencia total y aceptación positiva al cambio. En el género femenino se evidenció valores más altos en la competencia personal y la

espiritualidad. Los estudiantes de primer año mostraron valores más altos en la resiliencia total y la aceptación positiva del cambio y control. Se demostró mayor espiritualidad en los estudiantes de sexto año y en aquellos con hijos. Los estudiantes sin hijos presentaron valores más altos en resiliencia total, aceptación positiva de cambio y control. Se mostraron relaciones significativas positivas entre la mayoría de fortalezas y la resiliencia total y sus subescalas. La importancia del modelo salugénico, radica en que permite identificar las fortalezas de carácter y capacidades para ser cultivadas y desarrolladas por las personas en su cotidianidad.

De manera afín, Velásquez, Y. (2012), presenta un estudio titulado *Resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Venezuela*. El Objetivo general fue determinar la asociación entre resiliencia y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes-Venezuela. Es una investigación de campo, descriptiva y transversal. La muestra estudiada estuvo conformada por 320 estudiantes, seleccionados de manera aleatoria, y distribuidos, 138 en el período inicial, 83 en el período medio y 99 al final de la carrera. Se administró la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson y una Encuesta para estudiantes sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Los resultados muestran que los estudiantes engloban la resiliencia en cuatro subescalas, Competencia personal, tenacidad y control, Aceptación

positiva al cambio, Optimismo y Confianza en sí mismo. No se observaron diferencias significativas en la escala de resiliencia total y en las subescalas en los distintos períodos de la carrera, sin embargo, los estudiantes presentaron niveles altos de resiliencia. Hubo diferencias en las subescalas, Confianza en sí mismo, Aceptación positiva al cambio y Optimismo a favor de los hombres, igualmente, en el período inicial de la carrera presentaron mayores valores en las cuatro subescalas y mayor Aceptación positiva al cambio al final de la carrera. En los estudiantes con dependencia de alcohol y tabaco se observaron valores significativamente menores en la Competencia personal, tenacidad y control. Se evidencia una relación significativa entre tener una mayor resiliencia y consumir menos drogas. Los resultados de esta investigación muestran la utilidad del constructo resiliencia para afrontar positivamente la patología por consumo de drogas en los estudiantes y la potencialidad de su uso en programas preventivos hacia la construcción de instituciones saludables.

En relación con la variable salud mental, relacionada con la variable resiliencia u otras variables, conocimos una investigación de Camacho, I., Cortés, L., Daza, V., López, S., Muñoz, J., Montejo, E. Sánchez, L. (2007) titulada: *Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, año 2005. Caracas, Venezuela.* Su Objetivo general fue determinar la incidencia de patología psiquiátrica menor en estudiantes

de primer a cuarto año de la Escuela de Medicina “J.M. Vargas”. Estudio epidemiológico, de enfoque cuantitativo, corte transversal y de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 210 sujetos seleccionados aleatoriamente de entre una población de 450 estudiantes. Se aplicó el cuestionario autoadministrado: Salud General de Goldberg en su versión de 12 preguntas. Los resultados revelan que el 57.62 % de los sujetos puntuó positivo.

Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., Guerrero Muñoz, J. y Conesa Conesa, A. (2008), por su parte, presentan una investigación titulada: *Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosocofamiliares durante el curso 2004-2005*. El Objetivo general de este estudio cuantitativo fue determinar la consistencia interna y la validez de un cuestionario de situaciones socio familiares y académicas que pueden estar relacionadas con situaciones psicopatológicas en estudiantes universitarios. El estudio se realizó en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, España, en una muestra de 700 alumnos a los que, además de administrárseles un cuestionario de elaboración propia, se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, todo con el fin de medir la validez del cuestionario. La fiabilidad del cuestionario quedó demostrada al obtener en el test-retest un coeficiente de correlación intraclass de 0,819. El cuestionario original de 19 ítems quedó reducido a 15 tras el análisis de homogeneidad,

obteniendo un alfa de Cronbach de 0,758. La validez de constructo se evaluó con el análisis factorial del cuestionario, resultando dos factores que representaban "aspectos académicos" y "aspectos sociofamiliares". Los estudiantes con el test de ansiedad y depresión positivo eran los que más puntuación obtuvieron en el cuestionario global y en los dos factores, quedando demostrada la validez de criterio.

Montoya L.M, Gutiérrez J.A, Toro B.E., Briñón M.A, Rosas E. y Salazar L.E. (2010), realizaron la siguiente investigación: *Depresión en estudiantes universitarios y su relación con el estrés académico*. Teniendo como Objetivo general conocer la prevalencia de estrés académico en estudiantes universitarios del CES. Partiendo de la base de que la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés, en este estudio cuantitativo se aplicó un instrumento auto-administrado utilizando una muestra censal de todos los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la Universidad CES que permitió establecer la prevalencia de depresión y el Chi² de tendencia para ver el comportamiento de la relación entre el nivel de estrés y la depresión. Obteniendo como resultado que la edad promedio de los estudiantes fue de 20,4 ± 2,6 años. El 68,7 % de la población es de género femenino. La prevalencia para depresión encontrada fue del 47, 2 % y la relación de

ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa.

Por otra parte Moreno y Rodríguez (2010), poseen un estudio llamado *Sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental en estudiantes universitarios*. Su Objetivo general fue describir el sentido de la vida, la inteligencia emocional (IE) y la salud mental en estudiantes de Psicología y de Ingeniería Aeronáutica. Nos hallamos ante una investigación de campo, descriptiva y correlacional. La muestra estuvo conformada por 26 estudiantes de Psicología y 19 de Ingeniería Aeronáutica. Se aplicaron los cuestionarios PIL (Purpose of Life Test), CTI (Inventario de Pensamiento Constructivo, IE) y Cuestionario de Salud General (GHQ-28). 17.8% de los casos resultaron con GHQ28 positivo, esto es, podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de su salud mental. La media de las puntuaciones del PIL, en la muestra total, son superiores a la media de población general ($p < 0,01$). Hay diferencias estadísticamente significativas entre algunas subescalas del CTI en la muestra y población general.

En tanto que Arias, C. (2011), realizó la siguiente investigación: *La sensibilidad emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis. Universidad de los andes. Intervenciones terapéuticas*. Teniendo como Objetivo general relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Es una investigación de

campo, descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 284 estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, 19% del sexo masculino y el 81% del sexo femenino. Se aplicaron los cuestionarios Salud General de Goldberg (GHQ-28) y la Escala Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino y Rogers, obteniendo los siguientes resultados: El 19,1% resultaron con GHQ28 positivo, esto es, podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de su salud mental; la dimensión predominante fue el tipo SIP (sensibilidad interpersonal positiva) con un 61%, seguido de DE (distanciamiento emocional) con un 32% y finalmente un 8% tipo SEN (sensibilidad egocéntrica negativa). Tanto en hombres como en mujeres predominó el tipo SIP con un 68,5% y 59,2% respectivamente.

Pereira, C. (2011), por su parte, ofrece el estudio *Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología en situación de alta y baja exigencia académica. Universidad de Los Andes. Venezuela.* Su Objetivo general fue Valorar el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes en situaciones de baja y alta exigencia académica. Es un estudio de tipo analítico cuantitativo, de corte longitudinal, de campo y fuentes vivas. La muestra estuvo compuesta por 288 estudiantes. Se aplicaron los instrumentos Salud General de Goldberg (GHQ-28) y la Escala Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino y Rogers. Los resultados revelan 22.7 % de prevalencia de malestar psicológico, los valores ascienden a medida que se avanza en la carrera de forma significativa.

Con respecto a los valores obtenidos con la escala de sensibilidad emocional se evidencia que en los años de la carrera predomina la dimensión sensibilidad interpersonal positiva (SIP) con unos valores de 76,7% en BE; y de un 90% en AE, tanto la dimensión Distanciamiento Emocional (DE) y la Sensibilidad Emocional Negativa (SEN) muestran valores bajos.

Así mismo Da Silva, G. (2012), realizó la siguiente investigación: *Prevalencia de malestar psicológico y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Nutrición y dietética*. El Objetivo general de la misma fue determinar la prevalencia de malestar psicológico y el riesgo de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes de Nutrición y dietética de la Universidad de Los Andes. Es un estudio de campo correlacional y de corte transversal. Se tomó como muestra a 171 estudiantes regulares (52 % de la matrícula). Se aplicaron los cuestionarios Salud General de Goldberg (GHQ-28) y el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación de Garner, para medir malestar psicológico y TCA respectivamente. Los resultados revelan 19.3 % de prevalencia de malestar psicológico, siendo las escalas A (somatización) y B (ansiedad) las predominantes.

Por otra parte se pudo conocer que el 23 % de los estudiantes muestran necesidad de asistencia psiquiátrica o psicológica. También se determinó que el 7.1 % de los estudiantes evidencian riesgo de TCA.

Mientras que Peña (2012), presenta el estudio: *Afrontamiento y salud mental en el ámbito de la formación universitaria de Enfermería*.

Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. El Objetivo general de éste fue evaluar las estrategias de afrontamiento y la salud mental de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Es un estudio de campo, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 156 estudiantes ubicados en el primero, quinto y décimo semestre de la carrera. Para la recolección de datos se aplicaron los instrumentos Inventario de Estrategias de Afrontamiento (en la adaptación para la población español por Cano, Rodríguez y García, 2006) y la encuesta sobre el estudio de salud mental de Pastor y Aldeguer, que incluye el test de Goldberg (GHQ-28 plus). Los resultados obtenidos muestran una prevalencia del 20% de malestar psicológico, distribuidos de manera uniforme en los tres semestres. Percibiendo síntomas de ansiedad e insomnio y síntomas somáticos. Algunos estudiantes han considerado la necesidad de utilizar ayuda psicológica, algunos factores negativos como el cambio de domicilio y la presión de los exámenes inciden en la calidad de vida, los estudiantes perciben un consumo esporádico de tabaco y alcohol. Así mismo se reporta que los estudiantes han desarrollado estrategias de afrontamiento activo para la resolución de sus problemas, con un logro significativo de apoyo social, sin embargo los estudiantes de nuevo ingreso prefieren evitar los problemas.

Bases teóricas

Salud mental

Concepto

En *Novum Organum*, uno de los fundamentos del empirismo científico, Francis Bacon (2003, tr.) plantea la existencia de cuatro ídolos que impiden el logro del conocimiento objetivo, ideas consagradas (en tanto se les imprime un carácter que trasciende el mundo racional) que llamó: *Idola theatri, idola fori, idola specus* e *idola tribus*. “Son prejuicios poderosos, ideas establecidas, condiciones del vivir, límites mentales del hombre” (Briceño, 2010, p. 41).

Idola theatri no hace referencia a los ídolos del teatro como sugiere su formulación latina, pues su etimología debe buscarse en el griego *theatron* (de donde proviene originalmente el término), que designaba la silla donde se sentaba el sacerdote a enseñar, la cátedra. Se colige así que *idola theatri* son las ideas de quien está en una posición de poder y las transmite a los demás, los cuales tienden a aceptarlas sin ponerlas en duda.

Idola fori se refiere a las ideas del foro, de la plaza pública, del mercado. Se trata de un mercado de ideas que circulan en un ámbito,

época y región determinados y que terminan por convertirse en creencias, y como tal parciales, que impiden llegar a la verdad.

Idola specus, del latín *spelunca*, “espelunca”, “cueva”. Los ídolos de la cueva, o de la caverna, son las ideas personales que cada individuo se va formando de sí mismo, de los demás y de su medio a partir de la infancia. Estas ideas están influidas por las experiencias y la educación que se ha tenido, y en su mayoría constituyen prejuicios. De modo que también estos ídolos dificultan el hecho cognitivo.

Idola tribus son las ideas de la tribu, asociadas a lo humano global y no a una cultura en particular. Son “... limitaciones que tenemos por pertenecer a la especie humana. La constitución de los sentidos, la estructura del intelecto, el esquema de la afectividad.” (Briceño, 2010, p. 42). Así, las ideas de la tribu son las que mayor dificultad muestran a la hora de acercarse al conocimiento, pues éstas pertenecen a la condición humana misma.

Pocas respuestas, quizá, estén tan acosadas por la indeterminación cognitiva que señala Bacon, como la que supone la pregunta: ¿qué es la salud mental?

En efecto. Sólo en el siglo XX, y para constreñirnos a las escuelas vienesas de psicología, existieron tres teorías distintas acerca de la motivación básica inmanente a la conducta humana: la voluntad de placer, la voluntad de poder, y la del voluntad de sentido; que

corresponden a tres *idola theatri*: el psicoanálisis de Freud, la psicología individual de Adler y la logoterapia de Frankl. Las “ideas de la cátedra” no tienen por qué ser falsas, pero ciertamente no son absolutas, y de hecho, tanto la dificultad para superar el complejo de Edipo, como el complejo de inferioridad y la frustración de sentido, son causas de neurosis. *Grosso modo*, pueden describirse tres conceptos de salud mental derivados de estas tres posiciones de autoridad; de acuerdo al psicoanálisis la salud mental dependería del éxito que el “yo” tenga en mediar y cumplir con las demandas instintivas del “ello” así como con las regulaciones colectivas del “super yo”, y de este modo superar satisfactoriamente el narcicismo (Fromm, 1991) y el complejo de Edipo (Cuesta, 2007); mientras que para la psicología individual aquella consiste en la concientización y trascendencia de la voluntad de poder como mecanismo de defensa compensatorio del sentimiento de minusvalía; entre tanto la logoterapia asienta su criterio de salud mental en la búsqueda y hallazgo de sentido. Se puede apreciar que la Psicología como *ergon*, es decir, como sistema de modelos heurístico, ofrece respuestas históricas a las preguntas que se plantea (la principal de ellas “qué es la salud mental”), sin duda, pero ninguna es definitiva.

En cuanto al poder de la cátedra que influyó la época en que se generó la psicología moderna, López-Pedraza (1980), es contundente al afirmar: “... históricamente, los padres de la moderna psicología fueron judíos mojigatos de mentes científicas que vivieron la Diáspora durante el

último episodio del Imperio Austro-Húngaro, una época imbuida del puritanismo victoriano” (p. 103). Frankl (1990), reflexionando sobre el modo en que Freud formuló el problema del sentido, refiere a su vez: “Al planteárselo, actuó dentro del espíritu de su tiempo [...] en cuanto era prisionero [...] de la llamada cultura del crespón victoriana, por un lado mojigata y por otra lúbrica” (p. 40).

Es curioso que las “ideas de la cátedra”, en el caso de su influencia histórica en la concepción de las nociones que sostienen a la Psicología, no les sean extrañas a sus mismos creadores, tomando en cuenta que Frankl da origen posteriormente a la escuela logoterapéutica, y López-Pedraza es uno de los fundadores de la psicología arquetipal. Pero esta conciencia no se limita a la crítica de los movimientos psicológicos precedentes, sino también a la razón de ser del surgimiento de los nuevos modelos. En efecto, Frankl (1950) comprende que el surgimiento de la logoterapia es posible, al menos en el “mundo desarrollado”, a dos razones históricas. Una, la superación de las represiones sexuales y del sentimiento de inferioridad: “Los pacientes no se quejan ya de sentimientos de inferioridad o de frustración sexual, como hacían en la época de Adler y Freud. En la actualidad acuden a nosotros, los psiquiatras, debido a sentimientos de futilidad” (p. 22). Y dos, a que el complejo de vacuidad, como neurosis existencial, y debido a que se vive en una sociedad de la abundancia que se empeña cada vez más en hacer fácil la existencia a través del confort, se ha convertido

en un asunto colectivo: "... hemos de hacer constatar el hecho de que hay también neurosis sociógenas. Esta denominación es particularmente aplicable a la neurosis de masas de hoy día; esto es, al sentimiento de carencia de sentido" (p. 21).

Es también notable la influencia que las *idola fori* han ejercido sobre la Psicología y sus formulaciones, ella es permeable a una serie de postulados del "mercado" filosófico y científico de diversas épocas. Efectivamente, no es difícil rastrear los elementos gnoseológicos básicos de la filosofía positiva en el conductismo de Watson, las nociones evolucionistas de Darwin en la psicología evolutiva, la filosofía existencial de Camus y Heidegger en la psicología humanista, o los fundamentos del existencialismo de Kierkegaard en la psicología de Rollo May. Se trata, claro está, de una sinergia epistemológica que enriquece el horizonte de los estudios psicológicos, pero sus hallazgos, definitivamente, son parciales, dependen de las "ideas del foro" que los han propiciado.

De igual modo se puede advertir que, como lo afirmara Jung, "...toda psicología es una confesión personal" (citado en Stein, 2004, p. 28), de modo que las *idola specus* también participan de las nociones que la Psicología formula. Sin la paradigmática experiencia resiliente de Frankl en Auschwitz no conociéramos hoy la logoterapia, esto es, la voluntad de sentido como generadora de la conducta humana, y en especial, como actitud que descubre significados en la crisis. Pero esto

mismo nos persuade de que la estructura teórica logoterapéutica está influida por las vivencias personales de su creador.

Por último, la *idola tribus*, como ya adelantáramos, constituye la dificultad capital para el conocimiento objetivo, de la cual no podría escapar la Psicología, y es la que impone la condición humana misma, y que Kant (1996, tr.), acendró en el primer párrafo del prólogo de la *Crítica de la razón pura*:

La razón humana tiene, en una especie de sus conocimientos [el teórico], el destino particular de verse acosada por cuestiones que no puede apartar, pues le son propuestas por la naturaleza de la razón misma, pero a las que tampoco puede contestar, porque superan las facultades de la razón humana (p. 5).

Es por ello que el filósofo alemán propone estudiar la estructura de la razón, esto es, las precondiciones del conocimiento que poseemos.

Así, para aventurar un concepto de salud mental ha de tenerse en cuenta, primero, la imposibilidad de su universalidad, y segundo, los principales criterios que se han utilizado para su formulación.

Criterios axiológico y estadístico: normalidad y anormalidad

Los términos “normalidad” y “anormalidad” relacionados con la salud mental se sitúan en dos dimensiones distintas pero que se

relacionan: la estadística y la axiológica; ambas nociones son complementarias, una apunta a “lo que es” y la otra a “lo que debe ser”.

Como criterio estadístico, se toma en cuenta como norma al hombre promedio, esto es, al que muestra una conducta que se halla dentro de la media aritmética del grupo social del cual forma parte. El primer antecedente del criterio de normalidad empleado en la salud mental tiene su origen en la aplicación de la curva de Gauss en psicología, es decir, los valores más frecuentes se agrupaban en torno a un valor determinado (ej.:50) y el resto se desviaba hacia uno u otro lado de la media (-25,+75). (Marks, 1968).

De acuerdo a Sahakia (1987), fue Galton, precursor de la psicometría, quien aplicó los principios de Gauss sobre correlación y la ley de las desviaciones de la media de Quételet, para asegurar: “... debe haber una capacidad media, regularmente constante, y las desviaciones de esa media —hacia arriba hasta el genio y hacia abajo hasta la estupidez— deben seguir la ley que gobierna las desviaciones de todas las medias verdaderas” (p. 134).

No obstante en la psiquiatría, años más tarde, Schneider (1980), avanza hacia el reconocimiento de las limitaciones de confinar al método estadístico la evaluación de la salud mental:

Nosotros utilizamos el concepto de normalidad media como una idea directriz, y no intentamos calcular exactamente el término medio; que tiene como medida al hombre de nuestra época y de

nuestra cultura [...] en consecuencia, las personalidades anormales son variaciones, desviaciones de un campo medio, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable de las personalidades" (p. 31).

Uno de los peligros que se corre al seguir ciegamente el sentido estadístico para definir el estado de salud mental es la oficialización de la mediocridad, si nos apegamos a la noción de "hombre promedio", Miguel Ángel, Buda, Einstein, Leibniz y Picasso serían clasificados como casos patológicos.

Así, la anormalidad estadística debe ser indeseada para que constituya un elemento de diagnóstico en psicopatología. En efecto, como ya señaláramos, algunas aptitudes como la genialidad son anormales pero deseadas, de modo análogo algunas enfermedades, como las caries dentales, son estadísticamente normales pero indeseadas (Poveda, 1991).

Como criterio axiológico, la noción de normalidad en cuanto a salud mental está sometida a la visión socio-cultural a la que pertenezca un sistema de valores dado. Es muy ilustrativo que Foucault (1999), quien reflexionó extensa y hondamente sobre la vinculación del poder y la psiquiatría, sobre la utilización de esta ciencia como órgano de control social, observara que el diagnóstico en psicopatología, de un modo diacrónico, no fuera un asunto médico solamente, sino que en su génesis y formación participó un *ethos*, que como tal era social y moral, y que

vio en el Derecho y las instituciones que se encargan de hacer cumplir las leyes su respaldo histórico. La noción de salud homologada con la de norma social, es pues un hecho que sobrevive desde su inicio en el siglo XVII (de acuerdo al rastreo histórico que hace el autor citado). La observación de la norma garantiza a la cultura que un individuo sea “lo que debe ser”, es decir, alguien que, cumpliendo con la norma sostenga la cultura. Ahora bien, esto supondría la existencia de tantos tipos de modelos de salud mental como tipos culturales hay (relativismo cultural), o la imposición de un criterio único (etnocentrismo).

Criterio de adaptación

De acuerdo a este criterio —que parte de una visión axiológica situacional y relativa—, la salud mental va a depender del grado de adecuación y coherencia, de la conexión operativa, que muestre una persona con la *realidad*: su medio ambiente socio-cultural.

Ahora bien, conviene diferenciar entre adaptación pasiva y adaptación activa. De acuerdo a Pichon-Riviére (1977), la primera estaría definida por la aceptación, por parte del individuo, de la norma social de manera indiscriminada, rígida y estereotipada; mientras que la segunda se fundamenta en una lectura de la realidad que lleva a su transformación cuando ésta es posible, a la propia transformación, o a

ambas transformaciones a un mismo tiempo. Revisemos algunos de los inconvenientes de la modalidad pasiva de este criterio.

Para satisfacer las demandas de trabajo, el desarrollo económico de las sociedades actuales exige del individuo un tipo de adaptación psicológica que pudiera resultar nociva para su salud mental. Washton y Boundy (2005), afirman al respecto:

... un total estimado de 12 millones de norteamericanos se han convertido en adictos al trabajo [...] ¿Qué recompensa brinda la adicción al trabajo? ¿Por qué incurrimos en ella? Hay dos razones principales: 1) para adquirir una sensación de competencia y poder en *algún* terreno, dado que nos sentimos crecientemente inadecuados, confundidos e inseguros en nuestras relaciones íntimas, y 2) para conseguir la infinidad de bienes de consumo que creemos necesitar (aunque nunca estemos en casa como para disfrutarlos). Esta adicción probablemente sea la más difícil de identificar porque es activamente fomentada y galardonada en nuestra cultura. Resistirse a trabajar en exceso es como rehusar un trago en algunas fiestas: hay que estar dispuesto a ser el estrafalario del grupo (p. 10).

La adaptación social, que es premiada además con la promesa del éxito, pudiera estar propiciando alguna evolución morbosa. Pero en ocasiones es un correlato patológico encubierto el resultado de la adaptación pasiva a la sociedad de consumo, tal como lo sugiere el autor antes citado al indicar que la adicción al trabajo está relacionada en una de sus causas con las compras compulsivas:

En tanto nuestras deudas por compras a crédito ascienden en espiral, las adicciones relacionadas con la práctica de gastar están siendo reconocidas, cada vez más, como un serio problema. Colectivamente, adeudamos unos 650 mil millones de dólares por

la adquisición de bienes de consumo: ¡el doble de nuestro pasivo nacional en 1981! En parte, esta adicción refleja nuestra creciente obsesión con el proceso mismo de comprar. Menos de la mitad de lo que compramos está destinado a reemplazar artículos gastados. Más que nada, lo que tratamos de «comprar» es algo que nos gratifique, que nos haga sentir mejor (p. 10).

Nótese que las cifras dadas por Washton y Boundy corresponden a la década de los años 80 del siglo XX. Actualmente la economía de Estados Unidos se halla en crisis, entre otras causas, por la deuda inmobiliaria y de consumo adquirida a crédito por un sector importante de la sociedad norteamericana. De manera que la adaptación pasiva a la norma social no sólo pone en riesgo la salud psíquica del individuo, sino que pudiera comprometer en algunos de sus aspectos más fundamentales a la sociedad misma.

Citando a Esternberg, Robert y O'Hara (2005) refieren que creatividad es "... el proceso de dar a luz algo nuevo y útil a la vez." (p. 113). Luego agregan:

Para seleccionar o conformar entornos, se requiere la imaginación que cree una visión de cómo debería ser ese entorno y de cómo ese entorno idealizado puede hacerse realidad. Por otra parte, la habilidad para adaptarse al entorno – para cambiar uno mismo y encajar en él– implica normalmente poca o ninguna creatividad, y puede incluso requerir la supresión de la creatividad propia, como cuando nos damos cuenta de que adaptarse a un empleo o al colegio implica guardarse las ideas creativas propias para uno mismo pues si no, nos arriesgamos a una mala nota o a un mal resultado en el empleo (p. 114).

El criterio de adaptación pasiva, utilizado ampliamente como signo de salud mental, se halla directamente opuesto a la creatividad como dimensión de la resiliencia, que, como se referirá posteriormente, es un promotor importante de la salud mental.

De lo expuesto hasta el momento se desprende la siguiente interrogante: ¿Es la salud mental una convención? Si aceptamos este postulado debemos también aceptar que el que sigue la norma convenida es un humano normal, y el que no es anormal. Lo que nos lleva a plantear otras dos cuestiones: ¿está el disidente loco?, y, el conformista, ¿está cuerdo?

Por ejemplo, un individuo en una sociedad antropofágica que se niegue a comer carne humana, ¿sería un insano mental?, y el que, por el contrario, devore a otros humanos, ¿gozaría de perfecta salud? Debe comprenderse que nuestra intención es hacer evidente la relativización de los valores culturales con respecto a la noción de la salud mental, y no emitir juicios en contra de ningún grupo cultural. Desde un enfoque etnológico los caríñas, por ejemplo, no son caníbales, pues su grito “Ana Karina Rote”, (“Sólo los caríña somos gente”), justifica esa costumbre: si sólo los caríña son gente, los miembros de otras tribus, al no serlo, pueden servirles de alimento. Esto forma parte de su *Weltanschauung*. ¿Pero qué sucedería si un individuo de esta cultura comenzara a sentir en sí mismo el estímulo de la evolución humana y a percibir la

antropofagia como una fijación que dificulta su desarrollo, y por lo tanto abandonara esta costumbre?

El mito de la caverna (Platón, 1966 a.) responde nuestra interrogante, pues éste se puede interpretar como la transgresión de un hombre cuerdo a la norma de una sociedad enferma, y lo que podría ser más esclarecedor, la suerte que corre un hombre sabio que busca mostrar la verdad a una sociedad estancada en un nivel evolutivo que debe ser superado.

Recordemos que el mito refiere la situación de alguien que luego de permanecer, junto a otros, encadenado en una cueva desde su infancia, "... de suerte que no puedan cambiar de lugar ni mover la cabeza" (p.448), tiene por realidad las sombras que percibe de sí mismo, de sus compañeros, y de otros hombres que detrás de ellos ascienden por un escarpado camino, pues "... a su espalda, a cierta distancia y a cierta altura, hay un fuego cuyo fulgor les alumbra" (p. 448), y que luego de ser desencadenado y llevado progresivamente a la realidad exterior, despierta de la ilusión al "... contemplar al verdadero sol en su verdadero lugar" (p. 449), y por tanto a conocer objetos reales y ya no sombras. "Si llegase entonces a recordar su primera morada, la idea que en ella se tiene de la sabiduría, y a los compañeros de esclavitud, ¿no se alborozaría de su mudanza, y no tendría compasión de la desdicha de aquellos?" (p. 449).

El mito refiere luego un contingente retorno de este hombre a su antigua sociedad:

Si de nuevo tornase a su prisión, para volver a ocupar su antiguo puesto, ¿no se encontraría como ennegrecido, en el súbito tránsito de la luz del día a la oscuridad? Y si mientras aún no distingue nada, y antes de que sus ojos se hayan repuesto, cosa que no podría suceder sino después de pasado bastante tiempo, tuviese que discutir con los demás prisioneros sobre esas sombras, ¿no daría qué reír a los demás, que dirían de él que, por haber subido a lo alto, ha perdido la vista, añadiendo que sería una locura que ellos quisiesen salir del lugar en que se hallan, y que si a alguien se le ocurriese querer sacarlos de allí y llevarlos a la región superior, habría que apoderarse de él y darle muerte? (p. 449).

Al leer la *Apología de Sócrates* (Platón, 1996 b.), se comprende que Sócrates fue ese hombre que luego de salir de la caverna de la ignorancia (de “haber subido a lo alto”), e intentar sacar a sus compañeros a la luz de la verdad (“llevarlos a la región superior”), es condenado a beber de la cicuta (“darle muerte”). Recordemos que el maestro de Platón fue declarado por el oráculo de Delfos como el hombre más sabio del mundo, y que, al hallarse ante la contradicción de saber, al mismo tiempo, que no era él sabio y que el oráculo nunca miente, se dio a la tarea de conversar con los hombres cuya sapiencia era reconocida en Atenas con el fin de procurar entender a qué tipo de sabiduría se refería la Pythia délfica. Luego de una mayéutica esclarecedora e incisiva, comprende que su sabiduría consistía en saber que él no es

sabio, mientras que la ignorancia de sus conciudadanos radica en creerse sabios sin serlo.

Quizá no conozcamos ningún Sócrates hoy día, pero ¿qué puede decirse del hombre que, en un núcleo social que maltrata a la mujer, se niegue a hacerlo; de un estudiante que no acepte recibir conocimientos alienantes y los pone en duda; del adolescente que se resista a seguir la última moda de su grupo de pertenencia; de un soldado que no quiera matar; de alguien que no tolera más un trabajo rutinario que lo enferma y renuncia; o del joven que decide dedicarse al arte o la poesía contraviniendo los deseos proyectivos de sus padres que quieren que sea abogado?

Con el fin de enriquecer estas interrogantes daremos cuenta de un relato que Fromm (1991), toma de H. G. Wells: “The Country of the Blind”:

Un joven se extravía en Malasia y se topa con una tribu de ciegos de nacimiento. Todos son ciegos desde hace muchas generaciones. Pero él ve, y ésta es su mala suerte, porque todos son muy recelosos y tienen sabios médicos que diagnostican su enfermedad como una extraña e inaudita perturbación de su rostro, que le provoca toda clase de fenómenos curiosos y patológicos: “Esas protuberancias nocivas que él llama ojos y que en los seres perfectos sólo existen para ahondar una bella depresión en la cara, las tiene... tan enfermas, que la dolencia le ha penetrado hasta los sesos. Reparad en que están enormemente distendidas, tiene una doble fila de pelos y además se abren y se mueven. No es preciso añadir más para demostraros que su cerebro ha de estar en un estado fluctuante entre la irritación y el idiotismo sin parar nunca en el fiel de la sensatez”. Se enamora de una chica y el padre es reacio, pero finalmente permite la boda a

condición de que el joven se someta a una operación. Y antes de que lo dejen ciego, escapa (pp. 20-21).

Las conclusiones que sobre la base de este cuento extrae Fromm (1991) son puntuales y concluyentes:

- 1) Toda sociedad es normal; 2) enfermo mental es el que se desvía del tipo de personalidad favorecido por la sociedad; y 3) la sanidad psiquiátrica y psicoterapéutica persigue el objetivo de adaptar a cada uno al nivel del hombre medio, sin preocuparse de que ese hombre medio sea o no ciego. Sólo cuenta que esté adaptado y no perturbe el orden social (p. 20).

Se entiende que la concreción objetiva, externa, de la cultura, esto es, la sociedad (Wilber, 1999), se dedique a formar un tipo de personalidad "... que quiera hacer lo que deba hacer, que no sólo esté dispuesto, sino que ansíe cumplir el papel que tal sociedad le pide para poder funcionar bien" (Fromm, 1991, 22). (Ha de tomarse en cuenta, sin embargo, que las afirmaciones de Fromm se refieren al punto de vista de la sociedad, pues de acuerdo al mismo autor (citado en Cuesta, 2007) la salud mental individual "... es el óptimo desarrollo y la felicidad del individuo" (p.40)).

Ahora bien, las sociedades multiculturales latinoamericanas en general, y la venezolana en particular, se ven interpenetradas por tres discursos fundamentales, uno europeo segundo, uno mantuano y otro salvaje, ninguno de los cuales "... logra gobernar la vida pública hasta el punto de poder dirigirla hacia formas coherentes y exitosas de

organización, pero cada uno es suficientemente fuerte para frustrar a los otros dos, y los tres son mutuamente inconciliables e irreconciliables” (Briceño, 1994, p. 9).

La aculturación en América Latina, aunque parezca un hecho cumplido pues exteriormente somos occidentales (discursos europeo segundo y mantuano), es mayormente una labor sincrética en la que las costumbres africanas y prehispánicas (discurso salvaje) coexisten como sustrato bajo la apariencia de instituciones europeas que se han erigido de forma oficial: los mitos de la cultura indígena viven hoy bajo el ropaje de la religión cristiana (Clarac, 2003), la medicina “cosmopolita” no ha logrado desplazar a la medicina tradicional, de igual forma el diagnóstico psicopatológico es reinterpretado en términos mágicos (Pedrique, 2002). Así, algunas conductas consideradas anormales en relación a la salud mental pueden deberse a una reinterpretación en términos de una significación latente implícita, que, a la luz de la *paideia* imperante, es reprimida. Sería conveniente, entonces, que el diagnóstico en salud mental en situaciones concretas como la mencionada vaya acompañado de elementos etnopsiquiátricos.

Por su parte la deculturación es una enfermedad de la desimbolización, la que si se lleva al exceso, “puede conducir a los sujetos a elaborar rituales vacíos de significación cultural, y a que las sociedades destruyan los fundamentos mismos de su propia existencia”

(Laplantine, 1979, p. 79). Y es esto precisamente lo que ha sucedido sobre todo en las grandes urbes de Latinoamérica, de modo que el criterio de adaptación no puede ser sustituido colectivamente por el de deculturación, pues se trata de pueblos en plena diáspora cultural.

La cultura es un sistema de coordenadas que permite al hombre ubicarse en el tiempo y en el espacio que le tocó vivir, simbolizar este vivir. Sin ella, nada humano sería posible, incluyendo estas reflexiones. Si no hay un mapa, no podemos saber cuáles son nuestras posibilidades, a dónde queremos y podemos llegar. Y es de esta manera que el criterio de adaptación es necesario para un adecuado estado de salud mental, así como pertinente a la hora de evaluarlo. Un loco podría verse, en este sentido analógico, como un fanático de la individualidad. Demente es quien niega la existencia de una exterioridad (sociedad) y de un sistema simbólico común (cultura). De esta forma la cultura deja de ser utilizada como sistema de referencia, de modo que el individuo ya no participa de la comunicación que supone la vida en sociedad.

Previo reconocimiento de la cultura, no obstante, es permisible al individuo tomar cierta distancia de ella, sobre todo en los casos en que su concreción histórica se ha hecho disfuncional. Así que también la síntesis entre individuación y socialización debe ser lograda para hablar de salud mental.

Dada la enorme dificultad de conceptualizar la salud mental, como ha quedado en evidencia, cerramos este apartado con una interrogante. W. Van Dusen, citado por Frankl (1999), señala que “Toda terapia se basa en una concepción del mundo” (p. 117). Pero, ¿existe un modelo que determine cuales son las conductas puramente patológicas, una visión de la salud mental metacultural, que permita en este sentido una adecuada evaluación universal de la misma?

Criterio psicométrico

Con “criterio psicométrico” nos referimos a las dimensiones medidas con el instrumento General Health (GHQ) en su versión de 28 ítems, diseñado por Goldberg y Hillier (1979), adaptado y validado por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986) y que, como ya se adelantara, hace parte del criterio estadístico. Las consideraciones que siguen implican que los criterios ya revisados, y sus limitaciones, no sean perdidos de vista, antes bien, es necesario mantenerlos como un bajo relieve sobre el cual bosquejaremos la figura del criterio estadístico.

Síntomas somáticos

El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, que sin embargo fluctúa, y es de muy rara remisión total. Por lo general antes del año de padecer el trastorno, el individuo busca ayuda médica por síntomas somáticos que no pueden ser explicados. La enfermedad es diagnosticada antes de los 25 años de edad, y los primeros síntomas suelen presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales conforman uno de los signos que se presentan más tempranamente. Los síntomas sexuales son asociados por lo general a conflictos matrimoniales (DSM-IV, p. 459).

De manera popular es común escuchar hablar de somatización, es decir, de personas que sufren síntomas físicos que se supone tienen un origen emocional. El diagnóstico para determinar un trastorno por somatización, no obstante, es riguroso y claro, como veremos.

Los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica. Deben estar acompañados por dolor en al menos cuatro regiones distintas del cuerpo. Del mismo modo deben coexistir por lo menos dos síntomas gastrointestinales. También es necesario que exista al menos un síntoma sexual o reproductivo. Por último, debe haber al menos un síntoma neurológico. Se debe tener presente que, a diferencia del trastorno facticio, los síntomas no son simulados. (DSM-IV, p. 458).

La ansiedad es una emoción no patológica cuando su nivel no es exacerbado. Antes bien, niveles adecuados de ansiedad en el individuo preparan para una existencia dinámica y compleja como la que lleva la mayoría de las personas en las urbes modernas. La ansiedad comienza a ser mórbida cuando la expectación que se sufre es aprensiva, esto es, vivir se hace una constante preocupación.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana [DSM-IV] (1994), existen varios tipos de trastornos de ansiedad. A continuación abordaremos el que nos ocupará en este estudio: El trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva que cursa por un lapso de tiempo de al menos 6 meses. Al sujeto se le dificulta controlar tal estado de preocupación. Esta forma de ansiedad es acompañada de al menos 3 síntomas de la siguiente lista: "... inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales)." (DSM-IV, p. 444). Las situaciones que dan origen a este tipo de ansiedad no se limitan a las que son características de otros trastornos, como la fobia social; el trastorno de angustia, el de somatización, el de ansiedad por

separación, el obsesivo-compulsivo; la anorexia nerviosa o la hipocondría.

La ansiedad generalizada se caracteriza también porque, bien sea que el individuo reconozca que su preocupación es excesiva o no, le causa malestar subjetivo, laboral, y afecta otras actividades que le son importantes. Por otra parte la alteración no se debe a los efectos causados por psicoactivos o fármacos, o a una enfermedad médica general, y su aparición no es exclusiva en el curso de un trastorno del estado de ánimo, psicótico o del desarrollo.

El vigor, duración o recurrencia de la ansiedad son evidentemente exagerados en relación con los contingentes resultados derivados de la situación o el acontecimiento temidos. A estas personas se les dificulta olvidar sus preocupaciones y así lograr centrar la atención en las labores que llevan a cabo, pero se les hace aún más difícil eliminarlas totalmente. Los adultos con este tipo de trastorno suelen preocuparse por las circunstancias normales de la vida cotidiana, tales como los compromisos laborales, su economía, la salud de la familia, pequeños fracasos filiales, o problemas sin mayor importancia (oficios domésticos, reparación de objetos averiados, o la puntualidad). “Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros” (DSM-IV, p. 445).

De un modo general, pero muy significativo, puede notarse que el individuo que sufre de ansiedad generalizada, tiene serios inconvenientes para mantener su atención en el presente, pues su preocupación fundamental es el futuro. Es decir, no hay una causa determinada, objetivable, que lleve a la persona a justificar su preocupación en el presente. El trastorno de ansiedad generalizada se puede captar en la siguiente imagen: lo que podría ocurrir si las cosas no salen bien.

En este sentido se distingue de otros trastornos de ansiedad en la especificidad que éstos comportan. Como en la crisis de angustia (ataque de pánico), pues en ésta hay una aparición súbita y casi paroxística de síntomas de terror o miedo pavoroso, relativos generalmente a sensación de muerte o de pérdida de la razón; o en la agorafobia, en la cual la ansiedad consiste en evitar los lugares en los que escapar puede ser difícil; o en la fobia específica, en la que se teme a situaciones u objetos específicos (como algunos insectos, o viajar en avión); o en la fobia social, en la que se teme las actuaciones en público; o en el trastorno por estrés postraumático, que se caracteriza por volver a experimentar episodios fuertemente traumáticos y específicos; o en el trastorno por ansiedad de separación, en el que el individuo, sobre todo el niño, teme separarse de las figuras parentales. (DSM-IV, p. 445).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana [DSM-IV] (1994), el insomnio es un trastorno primario del sueño, es decir, su etiología no está vinculada con otra enfermedad mental, una enfermedad médica o la ingestión de alguna sustancia. Esta disfunción surge como una alteración endógena en el sistema sueño-vigilia. Por otra parte el manual indica que este trastorno pertenece a la categoría de las disomnias, esto es, se caracteriza por una disfunción en la cantidad, calidad u horario del sueño.

El insomnio se define porque al individuo le cuesta, bien comenzar el sueño, mantenerlo, o gozar de un sueño reparador. Los criterios para diagnosticar insomnio son, que alguna de las situaciones mencionadas (disfunción en la cantidad, calidad u horario del sueño) se haya mantenido por al menos 1 mes; que constituya un elemento de deterioro laboral o académico, y que no aparezca en el curso de otro trastorno del sueño; además de los criterios ya adelantados, es decir, que el trastorno no esté vinculado con otra enfermedad mental, una enfermedad médica o la ingestión de alguna sustancia (DSM-IV, p. 567).

Por lo general, y de acuerdo al citado manual, las personas que padecen insomnio tienen dificultad para quedarse dormidas y se despiertan frecuentemente durante la noche. La alerta fisiológica y psicológica durante las horas nocturnas, junto a un condicionamiento

negativo para dormir, están asociadas con esta disfunción. Lo cual puede crear un círculo vicioso:

... cuanto más intenta el individuo dormir, más frustrado y molesto se encuentra, y menos duerme. Estar acostado en una cama en la que la persona ha pasado a menudo noches sin dormir puede producir frustración y activación condicionada. Por el contrario, el individuo puede dormirse más fácilmente cuando no lo intenta (p. ej., mientras mira la televisión, lee o conduce el coche). Algunas personas con un estado de alerta alto y un condicionamiento negativo explican que duermen mejor fuera de su dormitorio y de su entorno (DSM-IV, p. 567).

Algo importante de hacer notar es que los factores que desencadenan el insomnio pueden ser distintos a aquellos que lo hacen perdurar:

La mayoría de los casos tienen un inicio repentino, coincidiendo con una situación de estrés psicológico, social o médico. El insomnio primario persiste a menudo mucho tiempo después de que la causa originaria haya desaparecido, debido a la presencia de un nivel de alerta alto y de un condicionamiento negativo. Por ejemplo, una persona con una herida dolorosa y que pasa mucho tiempo en cama y tiene problemas para dormir puede desarrollar asociaciones negativas en torno al sueño. Así pues, las asociaciones negativas, el nivel de alerta aumentado y los despertares condicionados pueden persistir después del período de convalecencia, produciendo insomnio primario. Algo similar ocurre con el insomnio que aparece como consecuencia de una situación de estrés psicológico agudo o de un trastorno mental. Por ejemplo, el insomnio que aparece durante un trastorno depresivo mayor puede constituir un foco excesivo de atención, con el consiguiente condicionamiento negativo y la persistencia durante mucho tiempo después de la resolución del episodio depresivo. En algunos casos el insomnio primario puede aparecer de manera gradual en ausencia de un agente estresante claro (DSM-IV, p. 567).

En este sentido, el insomnio puede ser explicado a partir de una ansiedad anticipatoria, es decir, el síntoma puede evocar en el individuo la expectativa de que éste puede repetirse. Pero este miedo a que se repita el suceso temido es precisamente lo que lo desencadena. Para un abordaje terapéutico de esta complejidad Frankl (1984) propone la técnica de la intención paradójica, "... la cual puede definirse como un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra, aquello que precisamente teme" (p. 130). En cuanto al insomnio, precisamente, Frankl (1990) nos comenta la siguiente *operación* psicoterapéutica que un psiquiatra amigo suyo realizó en una de sus pacientes:

"A las diez de la noche salió de su habitación y me pidió un somnífero. Ella: '¿Puede darme una píldora para dormir?' Yo: 'Lo siento, se han acabado y la enfermera se ha olvidado de traer más.' Ella: '¿Cómo voy a dormir ahora?' Yo: 'Por esta noche tendrá que arreglársela sin somníferos.' Dos horas más tarde reapareció de nuevo. Ella: 'Sencillamente, no puedo.' Yo: '¿Qué le parece si vuelve a acostarse, y, para variar, en vez de dormir, intenta pasar en vela toda la noche?' Ella: 'Siempre he creído que estoy algo tocada de la cabeza, pero me parece que a usted le ocurre lo mismo.' Yo: 'Vea usted, a veces me gusta hacer un poco el loco, ¿no puede entenderlo?'. Ella: '¿Habla en serio?' Yo: '¿Sobre qué?' Ella: 'Que debo pasar la noche sin dormir.' Yo: 'Por supuesto que hablo en serio. Inténtelo. Vamos a ver si de verdad puede estar toda la noche sin dormir. ¿De acuerdo?' Ella: '¡De acuerdo!' Al día siguiente, cuando la enfermera fue a llevarle el desayuno a su habitación, la paciente seguía profundamente dormida" (p. 66-67).

Por disfunción social o trastorno de ansiedad social, entendemos el miedo continuo y evidente que causa la participación en situaciones sociales, y que causa una respuesta ansiosa en el individuo, razón por la cual en éste se va a formar un patrón de evitación de tales situaciones. Sin embargo, "...el diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo" (DSM-IV, p. 421).

En los casos en que una persona que padece este trastorno se encuentra en situaciones sociales experimenta síntomas de ansiedad, como sudoración, palpitaciones, tensión muscular, entre otros. Lo cual, adicionalmente, ocasiona que tales individuos teman hablar en público pues les preocupa que los demás evidencien que le tiemblan las manos o la voz. También temen ser considerados locos, débiles o ansiosos. Del mismo modo es muy común en esta disfunción que la persona enrojezca al hallarse en situaciones de intercambio social. Es común que quien padece este trastorno evite las situaciones temidas y no se obligue a soportarlas. En ocasiones la disfunción social plantea un círculo vicioso al ocurrir una ansiedad anticipatoria tiempo antes de que suceda la situación social temida:

También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público (p. ej., preocupaciones diarias durante varias semanas antes de asistir a un acontecimiento social). A veces llega a constituirse un ciclo vicioso, formado por ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones, lo cual genera más malos ratos y más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente (DSM-IV, p. 569).

La fobia social generalizada, por su parte, cursa como diagnóstico cuando los temores se relacionan con la mayoría de los eventos sociales y no con situaciones particulares. A estos individuos les preocupa tanto la actuación en público como la interacción interpersonal. “Los individuos que no reúnen los criterios definitorios de fobia social generalizada conforman un grupo heterogéneo donde puede incluirse a personas que temen una actuación ante el público en concreto y personas que, si bien tienen miedo a varias situaciones sociales, no puede decirse que las temen todas” (DSM-IV, p. 422).

Depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana [DSM-IV] (1994), clasifica la depresión como una forma del malestar psicológico que se vincula mayormente con el estado de ánimo, siendo éstos los que tienen como característica fundamental una

alteración del humor. La depresión muestra dos modalidades, al menos: la de episodio (episodio depresivo mayor), y la de trastorno (trastorno depresivo mayor).

El factor primordial de un **episodio** depresivo mayor es un período de al menos dos semanas en el cual se abate el ánimo, se pierde interés, o se experimenta ausencia de placer en la mayoría de las actividades. El individuo diagnosticado debe también padecer por lo menos cuatro síntomas adicionales, como son: "... cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas." (DSM-IV, 1994, p. 326). Estos síntomas han de permanecer durante la mayor parte del día, para que pueda diagnosticarse un episodio depresivo mayor, igualmente deben ser acompañados de deterioro social, laboral o de otras actividades significativas para individuo; y si la actividad en estas áreas se mantiene, deberá costar un gran esfuerzo llevarlas a cabo.

Mientras que la característica capital del **trastorno** depresivo mayor es "...un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (DSM-IV, 1994, p. 345). En este caso debe estar claro que no haya episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos; también se deben descartar "...los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una

droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) [y] los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica” (DSM-IV, 1994, p. 345).

Resiliencia y crisis

Nociones generales sobre la crisis

En idioma chino *Wei-ji* son dos ideogramas (*Wei*, peligro; y *ji*, oportunidad) que juntos refieren un solo hecho: La crisis. Bajo la exégesis china, la crisis es un momento de tránsito de unas circunstancias vitales a otras, pero en el que tal consecución no está asegurada, el éxito es una promesa, un hecho contingente, no un resultado *per se*: una posibilidad de cambio que implica peligro y oportunidad.

Es probable que para la mentalidad occidental, que no posee el sentido de la mutación y movilidad de la mente china tradicional, el sufrimiento que comporta la crisis consista, por una parte, en la resistencia al cambio, y por la otra, en ignorar que la crisis es un momento pasajero, promisorio de mejores éxitos.

Para muchas personas la crisis, en sus muy distintas formas de presentarse, ha sido su mejor maestro, de ella han emergido con mayor profundidad humana, humildad y destrezas.

Big Bang: la primera gran crisis

Una de las teorías más aceptadas acerca del origen del universo es la del Big Bang, formulada por George Gamow en 1948. Según esta teoría habitamos un universo curvo que se creó a partir de la detonación de un átomo genésico. A causa de una densidad extremadamente elevada, la materia de los primeros momentos que siguieron a la explosión, se expandió con rapidez e hizo que el helio y el hidrógeno se enfriaran y condensaran en estrellas y en galaxias. El aumento de la entropía —dice este postulado—, hará que el universo finalmente decaiga.

Haciéndole contrapeso a la teoría de la gran explosión, existe una versión que señala la contingencia de un universo palpitante que se contrae y expande continuamente. Como alternativa, se ha propuesto la idea de un universo eterno donde la materia es destruida y creada continua y simultáneamente (Belandria, 2007).

El gran momento de la creación, como sugiere el Big Bang, fue precedido por la destrucción: el átomo primigenio es reventado, explota, y de esta crisis, seguida de extremas temperaturas y altísima densidad, deviene el Universo; novas, supernovas, cuásares, pulsares naciendo y muriendo consecutivamente de entre el polvo cósmico eterno. Ernesto Cardenal, en “Canto Cósmico”, logró sentir en esencia esta dialéctica de la destrucción y la cosmogonía y la llevó con arte a la palabra:

En un principio no había nada / ni espacio / ni tiempo / el universo entero concentrado / en el espacio del núcleo de un átomo, / y antes aún menos, mucho menos que un protón, / y aún menos todavía, un infinitamente denso punto matemático. / Y fue el Big Bang. / La gran explosión. / El universo sometido a relaciones de incertidumbre, / su radio de curvatura indeterminado, / su geometría imprecisa / con el principio de incertidumbre de la mecánica cuántica, / geometría esférica en su conjunto pero no en su detalle, ...nuevas estrellas naciendo de la tenue nube de hidrógeno. / Soles con su tierra... Otean los telescopios el remoto universo y gigantescas antenas tratan de escucharlo. / ...Ese retroceso de las galaxias / más y más hacia el rojo en el espectro, / mayor y mayor longitud de onda / (tren que se aleja) / sugiere una explosión primordial, / indica / una unión primordial y una / explosión común. / ...Aún ha quedado un vago rumor de esa explosión, / ...Y del matrimonio de protones con neutrones / se produjo la vida. / ¿Qué hay en una estrella? Nosotros mismos. / Todos los elementos de nuestro cuerpo y del planeta / estuvieron en las entrañas de una estrella. / Somos polvo de estrellas. / Hace 15.000.000.000 de años éramos una masa flotando en el espacio, girando lentamente, danzando. / Y el gas se condensó más y más masa / y la masa se hizo estrella y comenzó a brillar. / Condensándose se hacían calientes y luminosas. / La gravitación producía energía térmica: luz y calor. / Como decir amor. / Nacían, crecían, y morían las estrellas... (Citado en Belandria, 2007, p. 76).

¿Es el universo resiliente? No lo sabemos. Pero puede afirmarse que, tal como lo supiera Heráclito: "... todas las cosas están sometidas al devenir (...)" (1977 tr., 194). La impermanencia es lo único fijo en el universo, y gracias a esta transformación continua, a estos cambios perpetuos que constituyen su estado primordial, es que se posibilita la existencia del cosmos. Análogamente, la vida humana está sometida a crisis provenientes tanto de su propia evolución (nacimiento, adolescencia, vejez), como de circunstancias exógenas (pérdidas, enfermedades, etc.). Pero también el humano experimenta estados de expansión (profesionales, creativos, personales, etc.). Si somos universales, en el sentido planteado aquí, la salud mental será promovida

por la resiliencia, esto es, será un movimiento psíquico perpetuo, dinámico, en el que la crisis dará a luz a los períodos de crecimiento y creatividad. D. H. Lawrence (Citado en Cadenas, 2005, p. 80) lo supo, y así lo dejó florecer en uno de sus *Pansies*: “Se dice que hay pausas creadoras, pausas como la muerte, vacías y muertas como la muerte misma. Y en estas tremendas pausas tiene lugar el cambio.” En un sentido cabal, estos dos movimientos (contracción y expansión anímicas) se limitan y se complementan mutuamente, no es posible sentirse bien todo el tiempo (Poveda, 1991). Tampoco es sano experimentar malestar psicológico continuo. “Sístole y diástole” se llama el juego perpetuo del universo. Corazón en movimiento complementario que juega a la impermanencia del mundo, pues lo contrae una vez, y la otra lo dilata. Mas es por la gracia de esta dinámica primordial que en todas las cosas y los fenómenos late el universo.

bdigital.ula.ve

Resiliencia. Conceptos

El término resiliencia fue tomado del campo semántico de la ingeniería civil y hace mención de la capacidad que poseen ciertos materiales de construcción para regresar a sus condiciones originales luego de haber sido sometidos a presiones transformadoras.

Etimológicamente “resiliencia” deriva del verbo latino *resilio*, rebotar, regresar dando saltos, volver.

La resiliencia es promotora de la salud mental, siendo la infancia temprana el periodo por excelencia para comenzar con su desarrollo. Organizaciones internacionales como la Fundación Ernest Van, en La Haya, desarrollan investigaciones sobre resiliencia desde hace aproximadamente veinte años, y no es de extrañar que la comunidad internacional se haya avocado en esta dirección, pues ha comprobado que la resiliencia resulta fecunda y enriquecedora del potencial humano. En efecto, los resultados de las investigaciones muestran que "... no todas las personas sometidas a situaciones críticas sufren enfermedades o cuadros psicopatológicos, por el contrario, hay personas que superan la situación y logran capitalizar esa experiencia." (Fiorentino, 2008, pp. 97-98). De modo que las investigaciones más importantes se han encargado de estudiar las variables que permite a las personas sometidas a crisis salir enriquecidas de la adversidad.

De acuerdo a Fiorentino (2008) Werner, Smith y Werner, llevaron a cabo una investigación epidemiológica en Kauai (Hawai), haciendo un seguimiento a través de treinta y dos años de unas 500 personas sometidas a condiciones de extrema pobreza. No obstante, pudieron determinar que muchos de los niños de esta población consiguieron sobreponerse a la adversidad y *construirse* como individuos saludables. Desarrollaron "...un sentido de coherencia, una convicción de que los obstáculos pueden ser superados y expectativas de control personal, de construir una vida mejor a través de sus esfuerzos y relaciones" (p. 99).

Grotberg (1995) señala que la resiliencia trata de la capacidad del humano para hacer frente a las adversidades de la existencia, superarlas e, incluso, ser transformado positivamente por ellas. Por su parte, Vanistendael, (1995) precisa dos componentes: resistencia frente a la destrucción; esto es, la capacidad de resguardar la propia integridad bajo presión, y capacidad de crear una conducta existencial positiva pese a circunstancias difíciles. Mientras que Quiñones (2006), afirma que “La resiliencia es una opción y postura creativa y definitiva ante la adversidad.” (p. 25).

Suárez Ojeda (1993) asegura que la resiliencia está constituida por una combinación de factores que permiten a “... un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos” (Citado por Fiorentino, 2008, pp. 99-100). Osborn (1994) asegura que la resiliencia es una noción universal referida a un amplio espectro de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. “Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños.” (p. 26)

En Chile, con el nombre de la casita, se desarrolló un esquema que sintetiza todos los elementos básicos para edificar la resiliencia en el niño y el adolescente. Vanistendael (2002):

En primer lugar se encuentra el suelo (cimientos) sobre el que está construida. Se trata de la satisfacción de las necesidades básicas como la alimentación y los cuidados elementales para la salud (...) En el subsuelo encontramos la aceptación incondicional del niño al menos por una persona significativa de su entorno (...) En la planta baja encontramos la capacidad de encontrar un sentido a la propia vida (...) En el primer piso distinguimos tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes y el humor (...) En el altillo encontramos la apertura a otras experiencias que pueden contribuir a la resiliencia. Estar abiertos a distintas vivencias, perspectivas y opiniones, nos permite reflexionar acerca de nuestra manera habitual de interpretar y valorar las situaciones adversas. Integrarnos a grupos de personas que comparten nuestros sufrimientos nos fortalece, nos da esperanza y sentido a nuestras vidas. (pp. 104 -108).

Cualidades resilientes

bdigital.ula.ve

Comencemos extrayendo de “la casita” las cualidades resilientes en un orden que va del fundamento a la superestructura: satisfacción de las necesidades básicas; aceptación incondicional por al menos una persona significativa del entorno al que pertenezca el individuo; capacidad de encontrar sentido a la propia vida: autoestima, competencias, aptitudes y humor; apertura a experiencias que pueden contribuir al ser resiliente; y receptividad y pertenencia a grupos de apoyo.

De acuerdo a Sambrano (2010) las cualidades resilientes pertenecen a tres grupos, a saber: el emocional, el ético-moral-espiritual

y el cognoscitivo. Al primero pertenecen las cualidades siguientes: autonomía, autoeficacia, autoevaluación, modelos satisfactorios, capacidad de interacción y liderazgo; al segundo grupo conciernen el sentido de la vida, las normas y valores, y la responsabilidad; al tercero el humor, la iniciativa-organización-estructura, la toma de decisiones, la solución de problemas y la creatividad.

Como se puede observar, el sentido de la vida y el humor son características que se repiten en las dos nociones de resiliencia que hemos abordado aquí (Vanistendael, 2002 y Sambrano, 2010). Hay una cualidad resiliente que, si bien sólo es nombrada por Sambrano, nos interesa particularmente por el tema de nuestra investigación, y es la creatividad, pero antes de detenernos en ella, abordemos con más cuidado las cualidades resilientes que se repiten en ambos modelos, es decir, el sentido de la vida y el humor.

Sentido de la vida

Para Heidegger (2009), cualidad del humano es ser hacia la muerte. Por ello, mientras dura la vida biológica, habita la existencia deviniendo continuamente hacia la no existencia. Para muchos, constatar esta premisa ha sido motivo de angustia, de profunda crisis existencial. Esta misma verdad, no obstante, ha generado también la reacción

opuesta, es decir, dada la ineluctable evanescencia de la vida, tal constatación ha hecho que muchos conecten con ella.

A veces, y de acuerdo a Heidegger (2009), hay que conocer el sinsentido para poder luego hallar el sentido. En efecto, Heidegger pensaba que primero había que padecer el dolor de darse cuenta de la vida alienante que constituye vivir sin diferenciarse de lo que él denominó el Uno, que es lo que Heráclito llamó “los muchos”, es decir, el grupo humano convencional en relación con los valores de una cultura determinada; tratar luego de zafarse de esta condición; para finalmente entregarse al cuidado del mundo (responsabilidad), momento en que el sentido de la vida surge “...precisamente al dar y por dar testimonio de su propia realidad de verdad (*Dasein*). (Heidegger, 1968, p. 21).

Viktor Frankl es el creador de la tercera escuela vienesa de psicología (logoterapia), siendo las dos primeras el psicoanálisis y la psicología individual. El psicoanálisis afirma que el hombre es impulsado a la existencia por la voluntad de placer, la escuela de Adler dice que lo es por la voluntad de poder, mientras que Frankl es categórico al juzgar que lo que mueve al hombre a vivir es la voluntad de sentido. No obstante cuando el humano pierde su sentido busca sustituir este extravío, bien con el placer, bien con el poder (Frankl, 1990, p. 84).

Para el autor de la logoterapia el sentido puede ser hallado a través de la realización de tres tipos distintos de valores, estos son: valores creadores, como el trabajo; valores vivenciales: “Estos valores se

logran en la acogida prestada al universo, por ejemplo, en la entrega a la belleza de la naturaleza, o del arte.” (Frankl, 1950, p. 87-88); y valores actitudinales: (...) “cuando ya no existe ninguna posibilidad de cambiar el destino, entonces es necesario salir al encuentro de este destino, con la actitud acertada.” (Frankl, 1990, p. 94). Frankl concibe también la posibilidad de hallar sentido a través de la autotranscendencia (Rodríguez, 2008, p. 5), es decir, entregándose al *cuido*, evocando a Heidegger (2009), de algo que esté fuera del individuo.

Hay que aclarar que, de acuerdo a Yalon (citado por Rodríguez, 2008, p. 7), el sentido de la vida posee dos categorías, una individual y una cósmica; la primera se relaciona con (...) vivir la propia vida como algo que tiene un propósito o una función que cumplir.” (Rodríguez, 2008, p. 7). El nivel cósmico involucra la creencia en “(...) un diseño previo externo y superior al individuo” (Rodríguez, 2008, p. 7).

De acuerdo a la primera categoría (individual), el sentido puede ser afrontado en un nivel cotidiano: “Sólo existe una manera de hacer frente a la vida: tener siempre una tarea que cumplir” (Percival Bailey. Citado por Frankl, 1990, pp. 88-89). “Habría además que añadir que el sentido no lo construye uno según su conveniencia, sino que uno tiene la posibilidad de descubrir cuál es el sentido en función de las diferentes situaciones de su vida y mediante la comprensión de uno mismo para saber cuál puede ser su actitud ante la vida o ante una situación

determinada (Frankl, citado por Rodríguez, 2008, p. 137) Pero también puede verse como el descubrimiento de un propósito ante una situación de crisis: “Desde esta perspectiva, el sentido se podría concebir como el objetivo de una lucha cognitiva que proporciona un significado a una situación de crisis, consiguiendo encajar dicha situación en el contexto de los otros aspectos de la vida y por tanto consiguiendo una mejor adaptación a la situación (...) el sentido podría tener un papel muy importante en la adaptación a una situación estresante (Rodríguez, 2006, p.140).

Con respecto a la segunda categoría (cósmica), la búsqueda de sentido estaría orientada al hallazgo de una dirección de vida que se corresponda con este “diseño previo” del universo.

No obstante estos dos niveles del sentido (individual y cósmico), pueden hacerse uno si el segundo es visto como un referente del primero, es decir, el sentido individual puede fundamentarse en la búsqueda del propio lugar en el juego universal, así, el sentido cósmico, otorgaría un camino y un objetivo en el mundo que guiaría en el modo correcto de vivir. De este modo el sentido universal constituiría el sostén del sentido individual.

Borges (1969), que padeció la ironía existencial de amar los libros al tiempo que ennegecía paulatinamente, en su poema “Elogio de la sombra” expresa de manera paradigmática la relación que existe entre

resiliencia y sentido, sobre todo en tanto otorga significado a la vida a partir de valores actitudinales, veamos:

La vejez (tal es el nombre que los otros le dan)/ puede ser el tiempo de nuestra dicha. / El animal ha muerto o casi ha muerto. / Quedan el hombre y su alma. / Vivo entre formas luminosas y vagas que no son aún la tiniebla. / Buenos Aires, que antes se desgarraba en arrabales / hacia la llanura incesante, /ha vuelto a ser la Recoleta, el Retiro, / las borrosas calles del Once / y las precarias casas viejas / que aún llamamos el Sur. / Siempre en mi vida fueron demasiadas las cosas; / Demócrito de Abdera se arrancó los ojos para pensar; / el tiempo ha sido mi Demócrito. / Esta penumbra es lenta y no duele; / fluye por un manso declive / y se parece a la eternidad. / Mis amigos no tienen cara, / las mujeres son lo que fueron hace ya tantos años, / las esquinas pueden ser otras, / no hay letras en las páginas de los libros. / Todo esto debería atemorizarme, / pero es una dulzura, un regreso. / De las generaciones de los textos que hay en la tierra / sólo habré leído unos pocos, / los que sigo leyendo en la memoria, / leyendo y transformando. / Del Sur, del Este, del Oeste, del Norte, / convergen los caminos que me han traído / mi secreto centro. / Esos caminos fueron ecos y pasos, / mujeres, hombres, agonías, resurrecciones, / días y noches, / entresueños y sueños, / cada ínfimo instante del ayer / y de los ayeres del mundo, / la firme espada del danés y la luna del persa, / los actos de los muertos, / el compartido amor, las palabras, / Emerson y la nieve y tantas cosas. / Ahora puedo olvidarlas. Llego a mi centro, / a mi álgebra y mi clave / a mi espejo. Pronto sabré quién soy (pp. 10-11).

El sentido de la vida como condición resiliente, además, puede notarse de forma perfecta en las situaciones límites (Jaspers, 2000), momento en el que todo sentido anterior se ha derrumbado, la persona ha tocado fondo y es imperioso comenzar de nuevo. En ocasiones, estas

experiencias límites pueden dar paso a un despertar de la consciencia. Efectivamente, James (1986), cree que existen dos tipos de mentalidad, la de los nacidos una sola vez, o sanos, y la de los que deben nacer una segunda vez para ser felices, esto es, convertirse a la salud luego de morir simbólicamente, luego de sufrir profundamente y nacer a una nueva vida. Con el nombre de emergencia espiritual, por su parte, se ha dado en llamar la oportunidad que se esconde bajo la crisis como fuente de transformación personal (Grof, S., Laing, S., Assagioli, R., Grof, C., Dass, R., Thompson, K. y Kornfield. J., 1993).

bdigital.ula.ve *Sentido del humor*

El humor, por su parte, está muy vinculado con la creatividad (Sambrano, 2010), y es una especie de reencuadre que el individuo resiliente hace en momentos críticos de su existencia teniendo la capacidad de reírse de sí mismo, de no tomarse muy en serio. Por su parte Kotliarenco, Cáceres, y Fontecilla, (1997), afirman: “El humor alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.” (p. 35).

Y en efecto, los griegos clásicos, para quien la salud mental era un asunto de Estado, conocían las propiedades del humor como dimensión

resiliente ante lo trágico, de manera que simbolizaron esta suerte de alianza en forma de arte en los festivales de teatro.

Los poetas seleccionados para cada festival debían presentar una trilogía de tragedias cuyos temas giraban en torno a ciertas ideas paradigmáticas: el rol fundamental que debe seguir la humanidad y las consecuencias del comportamiento individual. Seguidamente se representaba una comedia.

Siendo la salud psíquica del griego clásico un asunto de Estado, éste, a través de la organización de los festivales que, como hemos mencionado interponían tragedias y comedias sucesivamente, buscaba tonificar, con el bálsamo medicinal de la risa, el alma humana que previamente había sido dispersada en el dolor que se experimenta al observarse en el espejo viviente de la representación dramática.

Los festivales de teatro en Grecia, como se puede colegir, tenían, entre otras funciones, la de servir de psicoterapia social. Esto es, se mostraba la condición humana en su aspecto trágico, buscando producir emociones de temor y compasión en el espectador que desembocaran en una catarsis colectiva. Ahora bien, no sólo el teatro trágico es catártico, tal como lo ve López-Pedraza (2008), las artes todas pueden cumplir con esta función:

Aunque Aristóteles [en la *Poética*] limita su concepción de la catarsis a la literatura trágica, siento que la emoción catártica

debería vincularse a las emociones que nos produce el arte en general —las artes plásticas, la música y por supuesto la literatura— que enriquecen el vivir (p.20).

Al mismo tiempo, se invitaba a los asistentes a reír de los defectos comunes del ciudadano, pues la comedia es la expresión actuada de los vicios risibles por formar parte de lo feo, y al contrario de lo trágico, “Lo risible es un error o fealdad que no produce dolor o daño” (Aristóteles, 2003, tr. p.155). En otras palabras, reírse de la condición humana, que es reírse cada cual de sí mismo, es una forma resiliente de promover la salud mental probada desde hace siglos. En la actualidad, Vanistendael (citado en Kotliarenco, A., Cáceres, I. y Fontecilla, M., 1997) afirma en este sentido: “Quien ejerza la difícil virtud de reírse de sí mismo, ganará en libertad interior y fuerza.” (p. 30).

Creatividad

“Creatividad” es un término que se ha vuelto polisémico, de modo que se hace necesario pasar revista a algunas de sus más conocidas acepciones.

Gardner (1998) refiere que la persona creativa soluciona problemas continuamente, construye productos o define cuestiones nuevas en un área determinada, sus hallazgos son considerados nuevos en un comienzo, mas luego llegan a ser aceptados en el contexto cultural

concreto en que han sido creados. De modo que la creatividad es un hecho que al mismo tiempo se presenta en el ser y el hacer; que soluciona, crea y define; que rescinde, edifica e innova.

Algo que se discute profusamente es si la creatividad es un don, un talento del que pocos gozan, o una capacidad humana que todos poseen y pueden desarrollar. En efecto, las posturas clásica y romántica (Platón 1996 c, y Beguin, 1999), la ven como un don divino reservado a pocos humanos, exclusivamente artistas. Mientras que actualmente se entiende que la creatividad es un constructo complejo, de difícil conceptualización, variable, y cuya gradación es susceptible, no obstante, de medición psicométrica. Donolo y Elisondo (2007), afirman al respecto:

Los únicos acuerdos que parecen existir se vinculan con la consideración de que la creatividad es un constructo complejo en el que interactúan múltiples condicionantes, no solo subjetivos sino también contextuales. Según Runco y Sakamoto (1999), la creatividad se encuentra entre las más complejas conductas humanas. Parece estar influida por una amplia serie de experiencias evolutivas, sociales y educativas, y se manifiesta de maneras diferentes en una diversidad de campos (pp. 147.148).

Sambrano (2010), cree que todos somos creativos, "... sólo que algunas personas sienten que su medio las estimula y otros no lo sienten así" (p. 44). En sentido afín, Quiñones (2006), piensa que la creatividad es la posibilidad y capacidad de todo ser humano y a su vez está presente en las diferentes formas de participación de los sujetos en la cotidianidad.

Las etapas de la creatividad son: preparación, incubación, iluminación y verificación. En la primera etapa se recopila la información, en la segunda se analiza y procesa la misma, la tercera está relacionada con la consciencia en sus sentido etimológico, esto es, con el “darse cuenta”, por lo general es un periodo que adviene luego de un evento de crisis, confusión o duda; el cuarto y último momento de la creatividad se relaciona con la evaluación de lo creado (Sambrano, 2010).

La creatividad es fundamentalmente la capacidad que posee el individuo para generar transformaciones positivas en su propia existencia y en la de otros (Quiñones, 2006), se relaciona con toda justicia con la creación artística, sea esta plástica, musical, literaria, cinematográfica, dramática, etc. Y las razones son obvias, el proceso artístico consiste en definir formas a partir de la forma indefinida, en otras palabras, el arte es una manera de dar existencia a algo que antes era sólo de manera contingente.

Si nos remitimos a la etimología griega de “creación”, *poesis*, sustantivo de donde proviene “creatividad”, hallamos que se puede hablar de una *poesis* externa o arte (Aristóteles, 2003) y una *poesis* interna o autopoiesis (autotransformación).

De acuerdo a Quiñones (2006)

Es mediante la autopoiesis que el sujeto tiene la posibilidad, a partir de la creatividad, de potenciar sus capacidades y en el tema objeto de estudio de esta investigación, la adversidad, la autopoiesis por el logro de la autorrealización, le permite a ese sujeto asumirse y ser considerado como sujeto activo en tanto

es un sujeto dinámico que percibe, actúa y se transforma a partir de la autonomía. Es, en últimas, un sujeto susceptible de generar acciones autónomas, sean estas, producto de condiciones adversas o no (p. 31).

En cuanto a la relación que se plantea entre crisis y creatividad, se observa que ésta no es sólo de índole personal, Nietzsche (2009, tr), por ejemplo, se pregunta por la enfermedad como origen de la poesía trágica en la Grecia helénica: “Y hablando fisiológicamente, ¿qué sentido adquiere entonces ese delirio particular, que fue la fuente del arte trágico tanto como del arte cómico: el delirio dionisiaco?” (p. 21). Adelantándose incluso a los postulados básicos de la etnopsiquiatría (al menos de Laplantine), agrega luego: “¿Quizá el delirio no sería inevitablemente el síntoma de la generación, de la decadencia, de una civilización tardía? ¿Hay quizá –problema para los alienistas– una neurosis de la salud, de la juventud de los pueblos, de su adolescencia?” (p. 22).

Debe recordarse que de acuerdo a Platón, Dionisos era al mismo tiempo dios de la locura y del arte, y según Pausanias el dios podía tanto causar la locura (Dionisos *bakkheios*) como librar a los hombres de ella (Dionisos *lusius*) (López-Pedraza, 2000). El hecho es que del substrato del delirio dionisiaco nace la forma más alta de la poesía griega, que al ser el culto principal destinado a celebrar un dios, contenía elementos sagrados. Nietzsche (2009, tr), consideraba en este sentido que el arte es la actividad fundamentalmente metafísica, y no la moral: “...sólo en tanto fenómeno estético puede justificarse la existencia del mundo” (p. 23).

Y es que el nacimiento de la cultura, y dentro de sus manifestaciones el arte y la filosofía, está íntimamente relacionado con la crisis, una de las principales ramas de la filosofía taoísta la fundó Lie Tse y Chuan Tse —para extrapolar nuestras reflexiones a un ámbito cultural diferente al de Occidente—, quienes pertenecen al período de los Estados en Guerra (475-221 a.C.), quizá la época histórica más crítica de la china imperial, caracterizada por la pugna bélica entre los siete estados rivales y aún un pequeño número de feudos (Wong, 1997).

Por otra parte Kandinsky (1995), quien reflexionara aguda y brillantemente sobre la afinidad insospechada que guardan arte y ciencia entre sí, y de la cual su obra es claro ejemplo, alumbró con sus estudios de geometría y plástica, el misterio de cómo un hecho aparentemente disímil puede estar relacionado con su antecesor, tal, el sistema numérico y las formas plásticas. Al respecto nos dice: “Si la afinidad profunda es real, confirma nuestro presentimiento de que hechos que aparecen superficialmente sin conexión entre sí poseen sin embargo un origen común. Hoy, en particular, la necesidad de encontrar raíces comunes nos parece inaplazable” (p.159).

La cita de Kandinsky nos parece importante pues hace más cercana a nosotros la idea de que la crisis (un hecho en aparente contradicción con el crecimiento personal) puede generar una transformación positiva, tanto interior, como exterior al individuo.

Quiñones (2006), afirma en sentido afín:

El Desarrollo humano se conceptúa no como un acto evolutivo mediante el cual se pasa de una etapa a otra en forma mecánica, sino como una acción cultural que implica estados de desequilibrio y crisis conducentes a un reordenamiento social y una reorientación personal. El nuevo reto de la educación es permitirle a los sujetos la potenciación y desarrollo de competencias cognitivas, afectivas, éticas y comunicacionales, que le preparen para el ejercicio de la autonomía orientada al surgimiento de una identidad propia, capacidad creativa, autoconfianza y manejo de espacios de libertad (p. 32).

Ahora bien, la creatividad resiliente va a depender del darse cuenta de la necesidad de cambio, sea para abordar dificultades existentes, sea para aproximarse a metas deseables; de la percepción de llevar a cabo transformaciones por medio de la formulación de problemas, tomando en cuenta sus distintos constructos; y de la busca de un amplio espectro de soluciones, y de cristalizar lo que se entiende más conveniente. La posibilidad de transformación, a su vez, dependerá de la existencia de personas creativas capaces de enfrentar el cambio con una perspectiva como la señalada. La capacidad resiliente es un inestimable recurso para salir de la adversidad de forma creativa.

La Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes

La Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes fue fundada en noviembre de 2005.

Cuenta con tres escuelas: Artes Visuales y Diseño Gráfico, Artes Escénicas, y Música. Posee una población estudiantil (matrícula activa), de 1382 estudiantes.

La Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico, por su parte, cuenta 741 estudiantes, 471 pertenecientes a la carrera Diseño Gráfico, y 270 a la carrera Artes Visuales.

La investigación en Artes Visuales y Diseño Gráfico comprende dos sub-áreas, una orientada a la reflexión teórica e histórica, y otra a la investigación a través de la experimentación misma de la imagen visual o plástica (Facultad de Arte, 2008).

De este modo, la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico, además de continuar con la tradición académica que concibe buena parte de la investigación como la producción de textos monográficos o ensayos de investigación, considera que todos “los diferentes campos y niveles del hacer artístico son un espacio susceptible para la experimentación, la configuración de hipótesis de trabajo o la construcción de modelos y categorías de análisis aplicables a la creación y producción de lo visual y lo plástico” (Facultad de Arte, 2008).

De igual modo, las metodologías de investigación aplicables a escala de la praxis de las artes, al par de que se ajustan a los requisitos y formatos institucionales, también promueven modificaciones y cambios en las dimensiones de nuevas metodologías de la investigación. (Facultad de Arte, 2008).

Dos ejemplos pueden ilustrar claramente lo que se menciona: uno legal y otro gráfico.

El ejemplo legal es el Reglamento General para la realización de Trabajo de Grado, el cual, en sus artículos 34 y 38 refiere:

Artículo 34: El trabajo de Grado de la Facultad de Arte, en cualquiera de sus modalidades, contempla el desarrollo de una parte teórica y otra práctica, cuya ponderación está establecida en un 40% y 60% respectivamente, y cuyos parámetros de presentación se harán de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento, todo de acuerdo al carácter específico de cada una de las escuelas.

Artículo 38: El trabajo de Grado de la Facultad de Arte contempla el desarrollo de diversas modalidades, optativas y excluyentes, cuyo amplio espectro abarca desde propuestas cuyo énfasis se sitúa en procesos creativos, hasta aquellos de estricto rigor investigativo, entendiendo que desde cualquiera de estas perspectivas es posible brindar a la comunidad del conocimiento un producto artístico-estético, cuyo sentido fundamental está dirigido a la sensibilidad (Facultad de Arte, 2008).

El ejemplo gráfico es la sede física misma de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico. En efecto, esta edificación es notablemente diferente a los demás edificios universitarios, no obstante tratarse de una

edificación tradicional. Habiendo sido anteriormente la sede de la Facultad de Arquitectura, los estudiantes y profesores de Arte han venido realizando una serie de intervenciones creativas que ha replanteado completamente su faz, plásticamente hablando. Algunas fallas en la edificación (grietas, fisuras, etc.) han sido aprovechadas admirablemente por los artistas que han tematizado sus intervenciones artísticas con base en estos desperfectos. Sin duda alguna que puede hablarse de arte resiliente.

bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación, diseño y nivel

bdigital.ula.ve

Sobre la base de la formulación del problema y objetivos planteados en este estudio sobre salud mental y resiliencia en los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes, Venezuela, el mismo fue ubicado como una investigación cuyo tipo es de **campo**, de diseño **no experimental**, y de enfoque **cuantitativo**. Su nivel es **descriptivo-correlacional**.

La presente investigación es de campo pues los datos obtenidos proceden directamente de los estudiantes encuestados. Para Arias (2006), “La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos” (p. 31).

El estudio que presentamos es no experimental pues las variables no fueron manipuladas, sustituidas ni intervenidas. En este sentido Stracuzzi (2006), afirma que una investigación no experimental

... es la que se realiza sin manipular de forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto, en este diseño no se construye ninguna situación específica sino que se observan las que existen. Las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, lo que impide influir sobre ellas para modificarlas (p. 96).

Por otra parte el nivel descriptivo-correlacional de esta investigación se justifica ya que se describieron y relacionaron las variables salud mental y la capacidad resiliente en los estudiantes de la carrera Artes Visuales de la Facultad de arte de la Universidad de Los Andes.

Al respecto Stracuzzi (2006), afirma que el nivel de una investigación es descriptivo cuando se interpretan variables de hecho: "Incluye descripción registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El nivel descriptivo hace énfasis sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa funciona o se conduce en el presente" (p. 102).

De forma análoga, el nivel correlacional en una investigación persigue el propósito de medir el grado de relación, de haberla, entre dos

o más variables. En el criterio de Fernández y Baptista (citado por Stracuzzi, 2006), "...miden dos o más variables que se pretende ver si están relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación (p. 104). Así, se entiende que el fin de este nivel investigativo es determinar la ontología de una variable con respecto a otra.

Población y muestra

De acuerdo a Fathalla (2008):

En la metodología científica, el término población se usa para designar el material de estudio, sean humanos, animales u objetos. Cuando el número y el costo son muy elevados, así como el tiempo muy corto, por lo general no es posible abarcar a toda la población. Es por ello que se estudia un subconjunto de ésta, a partir del cual se hacen inferencias que se aplican a la población de destino. La muestra [este subconjunto] debe seleccionarse tomando en cuenta que sea lo más representativa posible y en cantidad suficiente para obtener respuestas válidas (p. 45. Traducción *ad hoc*).

De modo parecido Stracuzzi, (2006) afirma que:

La población de una investigación es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones. La población puede ser definida como el conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación (...) Salvo en el caso de poblaciones pequeñas, se impone la selección de los sujetos pues, por razones de tiempo, costo y complejidad para el acopio de datos, sería imposible estudiarlos a todos. Para esto

se utiliza la selección de una muestra, que no es más que la escogencia de una parte representativa de una población, cuyas características reproduce de la manera más exacta posible (pp. 115-116).

Para la presente investigación sobre la salud mental y resiliencia en estudiantes universitarios de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico, contó con un población de 741 estudiantes inscritos para la cohorte A-2012 en de las carreras Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes, distribuidos según se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.

Distribución de la población y muestra según la carrera. Estudiantes de Artes Visuales y Diseño Gráfico. Universidad de Los Andes. A-2012

Carrera	Población	Muestra	
	N	N	%
Artes Visuales	270	119	44.07
Diseño Grafico	471	199	42.25
Total	741	318	43.16

Fuente: Sistema Integrado de Registros Estudiantiles de la Facultad de Arte. Universidad de Los Andes.

La muestra en esta investigación quedó conformada por 318 estudiantes de los semestres 1 y 2, 4 y 5, y 7 y 8 que se encontraban en

las aulas, aceptaron participar en la investigación y completaron satisfactoriamente los instrumentos para la recolección de información (n= 318; 43%). En la tabla 2 se observa, en detalle, la distribución de la misma.

Tabla 2.
Distribución de la muestra según etapa de la carrera. Estudiantes de Artes Visuales y Diseño Gráfico. Universidad de Los Andes. A-2012

Carrera	Etapa de la carrera						Total N
	Comienzo		Mitad		Final		
	N	%	n	%	N	%	
Diseño Gráfico	73	36.7	77	38.7	49	24.6	199
Artes Visuales	52	43.7	35	29.4	32	26.9	119
Total	125	40.2	112	33.5	81	25.7	318

Fuente: Sistema Integrado de Registros Estudiantiles de la Facultad de Arte. Universidad de Los Andes.

Instrumentos de medición

Para la recolección de los datos, en esta investigación se consideró pertinente la técnica del cuestionario autoadministrado, la cual nos condujo a recolectar la información por medio de la opinión que manifestaron los sujetos estudiados al contestar los instrumentos de manera voluntaria, previo consentimiento informado.

Descripción de los instrumentos aplicados

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

El instrumento que se aplicó para la determinación de la incidencia de malestar psicológico, fue el Cuestionario de Salud General (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979), adaptado y validado por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este instrumento es utilizado para detectar desórdenes psiquiátricos en la población general y en comunidades o entornos clínicos no psiquiátricos tales como la atención primaria. Evalúa el estado actual preguntando si difiere de su estado habitual (Anexo C).

El cuestionario inicialmente contenía 60 preguntas, luego se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados (García, 1999).

La versión que se utiliza en esta investigación consta de 28 ítems y tiene por objetivo detectar morbilidad psiquiátrica menor, y resulta ser un buen indicador de salud mental. Se trata de un cuestionario autoadministrado que sondea en el estado de salud mental actual del sujeto examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg (García, 1999). Evalúa cuatro factores:

somatización, ansiedad, disfunción social y depresión. Por otra parte Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986), confirmaron la validez de la versión española del cuestionario en su versión de 28 ítems, en una muestra de 100 pacientes atendidos en una clínica de medicina interna para pacientes ambulatorios. De acuerdo a Araujo y Moreno, 2006; Guarino, Gavidia, Antor y Caballero, 2000; Núñez y Socorro, 2005 (citado en Da Silva, 2012), la consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach en diferentes muestras de estudiantes universitarios venezolanos osciló entre 0.73 y 0.94.

Para su interpretación se utilizó la puntuación “**GHQ**”, la cual asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1; con punto de corte 5/6 para caso/no caso. (Goldberg, D. y Williams, P., 1996).

Asimismo, se interpretaron cada uno de los cuatro factores para los diferentes periodos académicos.

Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)

El instrumento autoadministrado que se aplicó para determinar la capacidad resiliente fue la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (2003), el cual consta de 25 ítems en una escala cada uno de 5 puntos (0-4). Con el siguiente significado: nada de acuerdo (0), raramente de

acuerdo (1), algo de acuerdo (2), bastante de acuerdo (3), y totalmente de acuerdo (4). La escala indaga en cómo el sujeto se ha sentido durante el último mes. La puntuación total oscila entre 0-100, siendo las puntuaciones más altas las que reflejan una mayor capacidad resiliente. De los 25 ítems los autores señalados obtuvieron 5 factores: competencia personal y tenacidad, confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales (Anexo D).

El primer factor, Competencia personal y tenacidad, está definido por la certeza de que se está lo suficientemente preparado para abordar cualquier eventualidad que se presente aunque sea imprevista. Se considera también como la destreza de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones. Indica cualidades como; auto-confianza, independencia, decisión, poderío, ingenio, y perseverancia. El segundo factor, Confianza en el propio instinto, trata, como su nombre lo indica, de la confianza en las fuerzas interiores propias, también de la tolerancia del afecto negativo y del fortalecimiento bajo estrés. El tercer factor, Aceptación positiva al cambio, está determinado por la capacidad que poseen las personas para adaptarse adecuadamente a situaciones nuevas y a obtener un enfoque de vida en el que se imponga la estabilidad. Refleja aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. El cuarto factor, Control, se refiere a la cualidad personal para promover el propio bienestar,

conduciéndose y actuando conforme a lo que se quiere o se ha decidido en la vida. El quinto factor, Influencias espirituales, se describe como el influjo positivo que la dimensión espiritual tiene en las personas, el convencimiento de que hay un Ser supremo que rige nuestras vidas.

En cuanto a la fiabilidad y validez realizada por Connor y Davidson (2003) en población general así como en muestras clínicas, la escala muestra buena consistencia interna, el coeficiente Alpha de Cronbach para el total de la escala fue de 0,89. Entre tanto Meneces de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador (2006), documentaron la validación de la escala en español.

Por otra parte, la escala muestra buenas propiedades psicométricas, el estudio mencionado demuestra que la resiliencia es cuantificable y se ve influida por el estado de salud, esto es, las personas con desordenes mentales tienen menor capacidad resiliente que la población general, además se determinó que la resiliencia es modificable cuando el sujeto se somete a tratamiento.

Técnica y análisis de datos

Para el análisis de los datos, se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 20.0, y SPAD versión 6.3, utilizando la siguiente metodología estadística para el cumplimiento de los objetivos de la investigación:

1. Establecer el estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.
 - 1.1. Estadísticas descriptivas, como media, desviaciones estándar, distribuciones de frecuencias.
 - 1.2. Gráficos de sectores.
 - 1.3. Gráficos de barras.

2. Comparar el estado de salud mental de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.
 - 2.1 La prueba de hipótesis chi-cuadrado para el contraste de independencia de factores. Dicha prueba determina si existe una relación de dependencia estadística entre la etapa de la carrera y la condición de salud mental.

3. Determinar la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.
 - 3.1 Análisis de varianza unifactorial.

Se denomina modelo factorial con un factor, o ANOVA con un factor, al modelo (lineal) en el que la variable analizada se hace

depender de un sólo factor, de tal manera que las causas de su variabilidad son englobadas en una componente aleatoria que se denomina **error experimental**: $X = \text{factor} \pm \text{error}$

Donde la hipótesis apropiada es:

H₀: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots = \mu_c$

H_A: No todas las medias de las c poblaciones son iguales, al menos un μ es diferente.

4. Comparar la capacidad resiliente de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes.

4.1 Se realizó un Análisis de la varianza para cada dimensión. Dicho análisis contrasta la hipótesis de que el puntaje medio de cada dimensión de resiliencia es igual en cada etapa de la carrera.

5. Relacionar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

5.1. Análisis de componentes principales, es una técnica de análisis multivalente que presenta la asociación entre las variables de estudio. La idea del análisis de componentes principales es

originar a partir de las variables originales un número menor de variables que tienen la virtud de recoger de forma eficiente la mayor cantidad de información de las variables de estudio.

Declaración de Consentimiento informado

Dando cumplimiento a la normativa ética concerniente a las investigaciones en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, se redactó la Declaración de Consentimiento Informado (Anexo A). Ésta fue leída y firmada por los estudiantes que accedieron a participar en la investigación. A través de tal documento, los participantes declararon haber sido informados sobre la investigación, sus objetivos y los beneficios o no de participar en la misma (Anexo B) y dieron su consentimiento de participar de manera voluntaria.

Hipótesis

1. El estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes varía de acuerdo a la carrera y al año de estudio.

2. La capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes varía de acuerdo a la carrera y al año de estudio.
3. Existe relación entre el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis de los resultados

A continuación se presentan los resultados de esta investigación de acuerdo a los objetivos que fueron planteados.

Objetivo 1. Establecer el estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

Tabla 3.
Media y Desviación Estándar de las subescalas del cuestionario GHQ-28 de Goldberg. Diseño Gráfico

Subescalas	Media \pm D.E
Somatización	0,80 \pm 1,29
Ansiedad e insomnio	0,95 \pm 1,54
Disfunción Social	0,62 \pm 1,10
Depresión	0,28 \pm 0,87

En la tabla 3 se observa que la subescala con mayor promedio del GHQ-28 es la de Ansiedad e Insomnio. Sin embargo se puede apreciar también que las medias de todas las subescalas son relativamente bajas, esto se debe a la baja cantidad de “casos” en la muestra: 15,1%. (Ver tabla 4). Por lo tanto para realizar un estudio de estas subescalas y determinar, de forma descriptiva, cuál de ellas tiene mayor peso promedio en la escala de Goldberg, es necesario presentar las medias discriminadas entre los “no casos” y “casos”. Tal como se mostrará posteriormente en la tabla 5.

Tabla 4.
Frecuencia de malestar psicológico. Diseño Gráfico

Resultado Test	Frecuencia	Porcentaje
No Caso	169	84,9
Caso	30	15,1
Total	199	100,0

En Diseño Gráfico el 15% de los estudiantes se clasifican como “caso”. En la siguiente tabla se describirán las subescalas para cada grupo de caso y no caso.

Tabla 5.

Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 discriminadas por “caso” y “no caso”. Diseño Gráfico

Subescalas	No Caso		Caso	
	Media	D.E	Media	D.E
Somatización	0,41	0,751	3,00	1,48
Ansiedad e Insomnio	0,53	0,913	3,33	2,13
Disfunción Social	0,30	0,671	2,40	1,35
Depresión	0,11	0,442	1,20	1,73

Se observa que entre el grupo de estudiantes “caso”, la subescala con mayor media es Ansiedad e Insomnio seguida de Somatización. Además, la suma de estas dos subescalas en promedio es 6,33, lo cual supera el punto de corte para clasificar un sujeto como “caso”. Por lo tanto estas dos subescalas son las que determinan que un estudiante sea “caso”. Por otro lado se observa que la subescala que menos contribuye en la clasificación tanto de “caso” como de no “caso” es la de Depresión. Por último se observa que las subescalas en los estudiantes “no caso” son todas cercanas a cero, lo cual indica que los estudiantes en esa clasificación no tienen problemas referidos a estas dimensiones; y además evidencia el por qué de las magnitudes tan bajas en la primera tabla, como se mencionara en el párrafo en el que nos referimos a ésta.

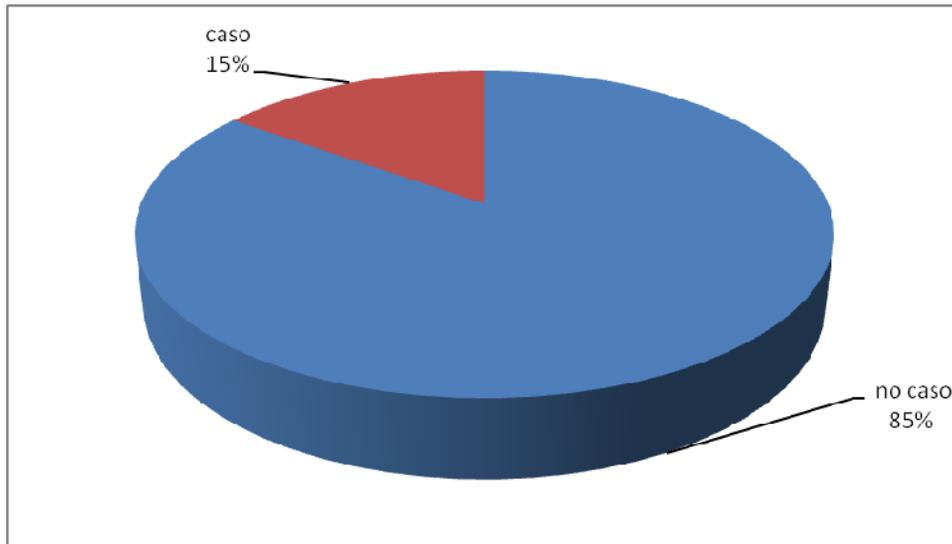


Gráfico 1. Distribución porcentual de la prevalencia de malestar psicológico. Diseño Gráfico

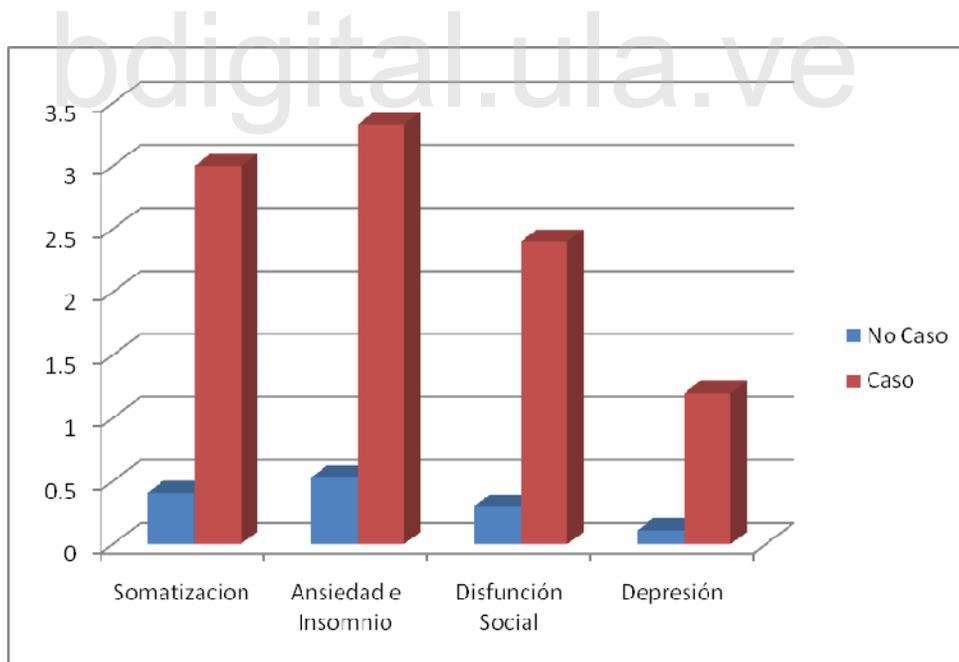


Gráfico 2. Promedios de los síntomas de malestar psicológico diferenciada entre casos y no casos. Diseño Gráfico

Tabla 6.
Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28. Artes Visuales

Subescalas	Media ± D.E
Somatización	0,76 ± 1,28
Ansiedad e insomnio	1,12 ± 1,66
Disfunción Social	0,55 ± 0,95
Depresión	0,34 ± 0,90

En la anterior tabla se observa la Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 para Artes Visuales. Puede observarse que la más alta corresponde a Ansiedad insomnio, luego Somatización, seguidamente se encuentra Disfunción Social y de último Depresión.

Tabla 7. Frecuencia de malestar psicológico. Artes Visuales

Resultado Test	Frecuencia	Porcentaje
No Caso	100	84,0
Caso	19	16,0
Total	119	100,0

En la tabla 7 se puede apreciar que el 16% de los estudiantes de la carrera de Artes Visuales presentaron una clasificación de “caso”. Lo que explica la baja magnitud en la subescalas de la escala de Goldberg.

Tabla 8.

Media y Desviación Estándar de las subescalas del GHQ-28 discriminadas por “caso” y “no caso”. Artes Visuales

Subescalas	No Caso		Caso	
	Media	D.E	Media	D.E
Somatización	0,39	0,84	2,74	1,4
Ansiedad e Insomnio	0,64	0,98	3,63	2,24
Disfunción Social	0,32	0,68	1,79	1,22
Depresión	0,10	0,33	1,63	1,64

En cuanto a las medias de subescalas para los estudiante “caso” de Artes Visuales, se refleja que la subescala de mayor prevalencia en el GHQ-28 para “los casos” es la de Ansiedad e Insomnio, seguida de Somatización, las cuales al sumarlas obtienen un promedio mayor al punto de corte que determina a un estudiante como “caso”.

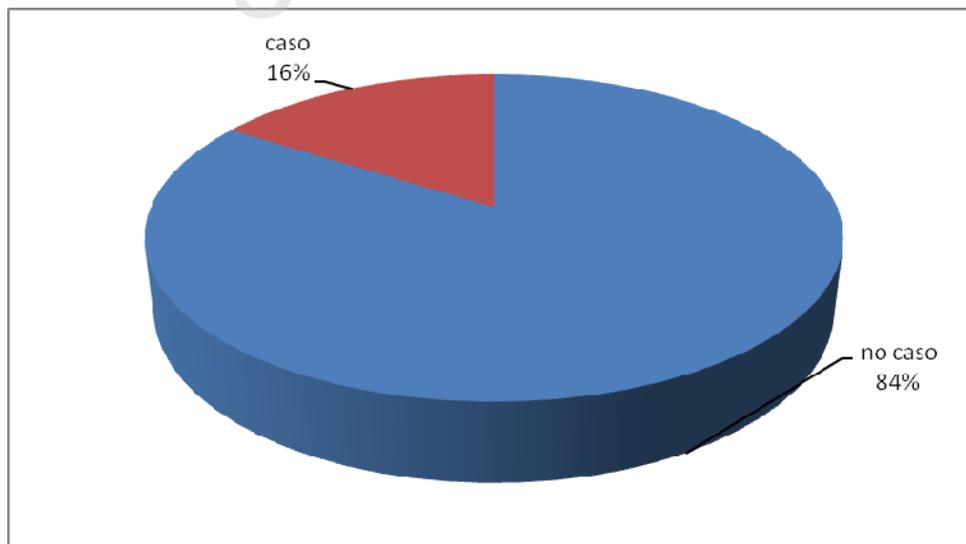


Gráfico 3. Distribución porcentual de la prevalencia de malestar psicológico. Artes Visuales

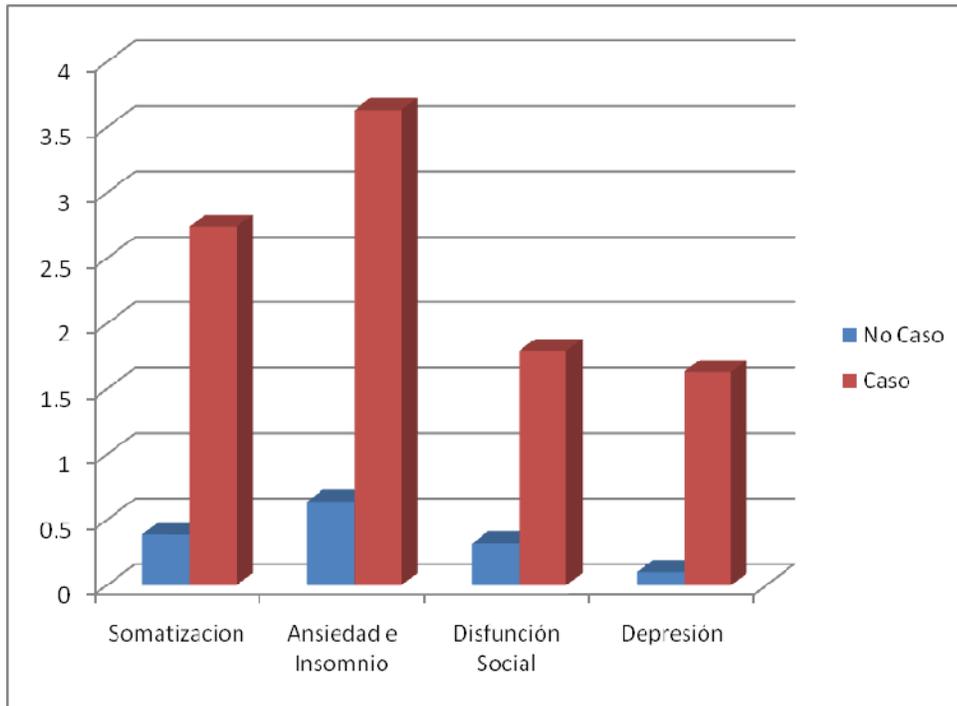


Gráfico 4. Promedios de los síntomas de malestar psicológico diferenciado entre casos y no casos. Artes Visuales

Objetivo 2. Comparar el estado de salud mental de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

Tabla 9.

Estado de salud mental vs Etapa de la carrera. Diseño Gráfico

Etapa de la carrera		Resultado Test		Total
		no caso	Caso	
Principio	N	62	11	73
	%	84,9%	15,1%	100,0%
Medio	N	64	13	77
	%	83,1%	16,9%	100,0%
Final	N	43	6	49
	%	87,8%	12,2%	100,0%
Total	N	169	30	199
	%	84,9%	15,1%	100,0%

En la anterior tabla se puede observar, de forma descriptiva, que para la carrera de Diseño Gráfico el estado de salud mental no se ve afectado o influido por la etapa de la carrera, ya que, para todas las etapas los no casos están alrededor de 85%; y los caso están por el orden del 15%. Para corroborar esto, se realiza la prueba de hipótesis chi-cuadrado para el contraste de independencia de factores. Dicha prueba determina si existe una relación de dependencia estadística entre la etapa de la carrera y la condición de salud mental.

Tabla 10.
Estadístico Chi-cuadrado para contraste de hipótesis de independencia de factores

	Valor	Grado de libertad	p-valor
Chi-Cuadrado	,503 ^a	2	,778

En la anterior tabla se observa un p-valor de 0,77. Lo cual es mayor a 0,10, por lo tanto no se rechaza la hipótesis de independencia de factores, es decir, no existe evidencias en la muestra que determine la existencia de una relación de dependencia entre la etapa de la carrera y la condición de salud mental. Así, el estado de salud mental y la etapa de la carrera que cursa el estudiante son factores independientes en Diseño Gráfico.

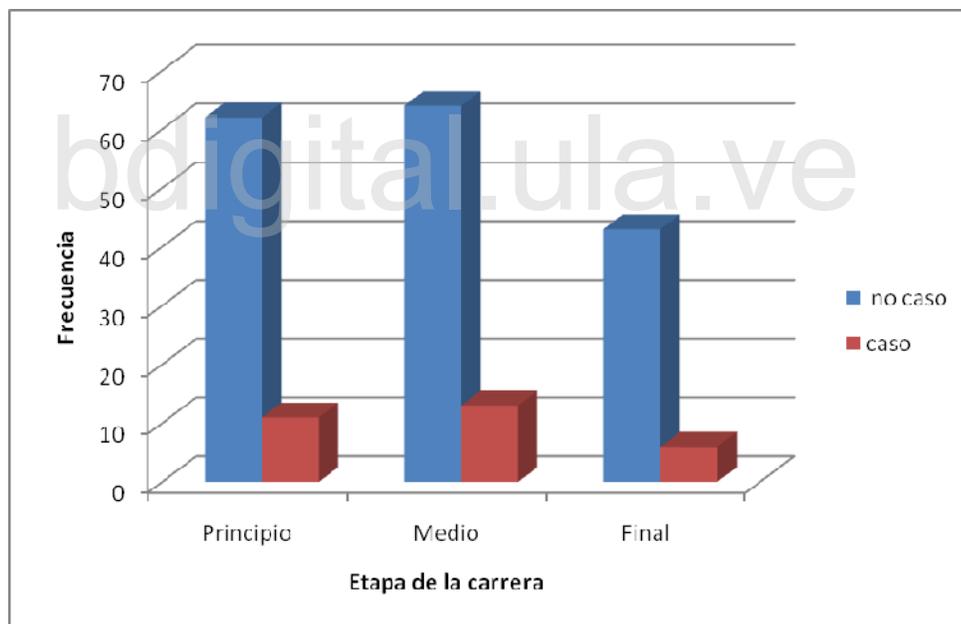


Gráfico 5. Promedio del estado de salud mental y etapa de la carrera diferenciada entre casos y no casos. Diseño Gráfico

Tabla 11.

Estado de salud mental vs Etapa de la carrera. Artes Visuales

Etapa de la carrera	Resultado Test		Total	
	no caso	Caso		
Principio	N	40	12	52
	%	76,9%	23,1%	100,0%
Medio	N	33	2	35
	%	94,3%	5,7%	100,0%
Final	N	27	5	32
	%	84,4%	15,6%	100,0%
Total	N	100	19	119
	%	84,0%	16,0%	100,0%

Tabla 12.

Estadístico Chi-cuadrado para contraste de hipótesis de independencia de factores

	Valor	Grado de libertad	p-valor
Chi-Cuadrado	4,704 ^a	2	,095

En la tabla 11 se observa que el porcentaje de los estudiantes con condición de salud mental “caso” es mayor en las etapas inicial y final, 23% y 15.6 % respectivamente. En la etapa media dicho porcentaje disminuye a 5,7%. Con respecto a la prueba de independencia de factores chi-cuadrado, se aprecia un valor de significanca (p-valor) de 0,095. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de independencia de factores. Es decir, se puede afirmar con un 10% de significancia (90% de

confianza) que en Artes Visuales existe una dependencia entre la etapa de la carrera que cursa el estudiante y el estado de salud mental.

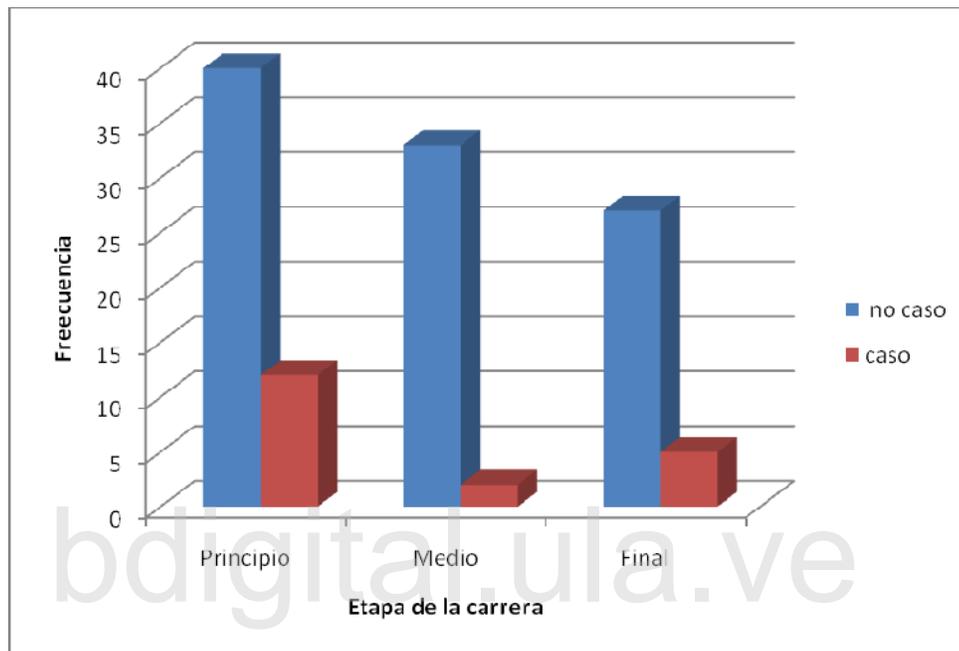


Gráfico 6. Promedio del estado de salud mental y etapa de la carrera diferenciada entre casos y no casos. Artes Visuales

Objetivo 3. Determinar la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

Tabla 13. Media y desviación estándar de las Dimensiones de Resiliencia. Diseño Gráfico

Dimensiones de Resiliencia	Media	D.E
Competencia Personal y Tenacidad	3,29	0,54
Confianza en el propio instinto	2,90	0,62
Aceptación Positiva del Cambio	3,27	0,56
Control	3,11	0,72
Influencias Espirituales	2,95	0,86

Se observa que las dimensiones que presentan una media superior a 2.95 puntos son: Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control. Mientras que Confianza e Influencias Espirituales reportan un puntaje promedio menor a 3 puntos. Por lo tanto se puede describir que los estudiantes de Diseño Gráfico tienen un nivel de resiliencia influido más por las dimensiones que conforman el primer grupo.

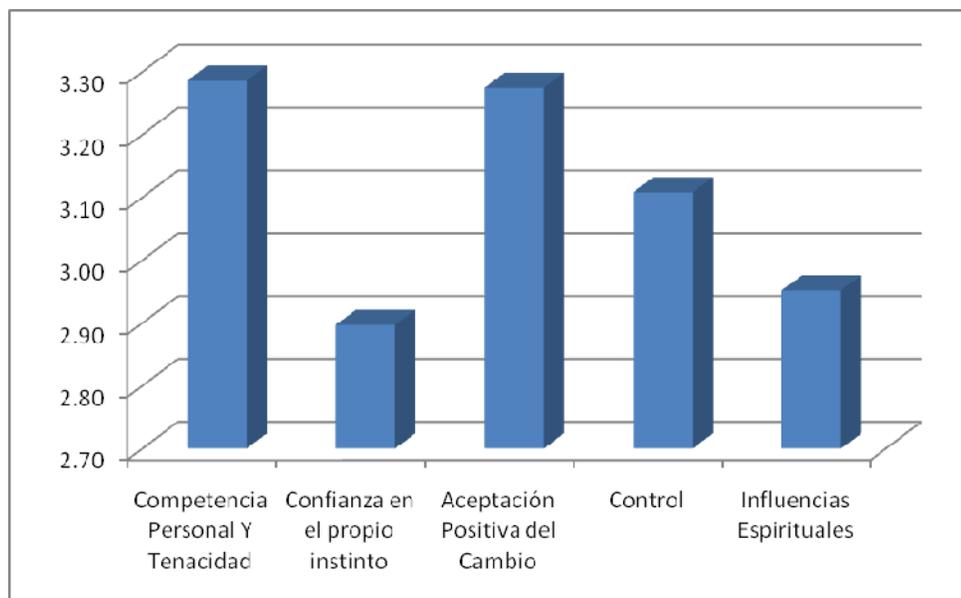


Gráfico 7. Promedio de los factores de la resiliencia. Diseño Gráfico

Tabla 14.
Media y Desviación Estándar de las Dimensiones de Resiliencia.
Artes Visuales

Dimensiones de Resiliencia	Media	D.E
Competencia Personal Y Tenacidad	3,26	0,63
Confianza en el propio instinto	2,85	0,66
Aceptación Positiva del Cambio	3,24	0,62
Control	3,22	0,72
Influencias Espirituales	2,91	1,01

Los estudiantes de la Artes Visuales tienen altos niveles en las dimensiones de Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control. Por lo tanto en la Escuela de Artes Visuales la resiliencia se caracteriza por tener una influencia en las dimensiones antes descritas.

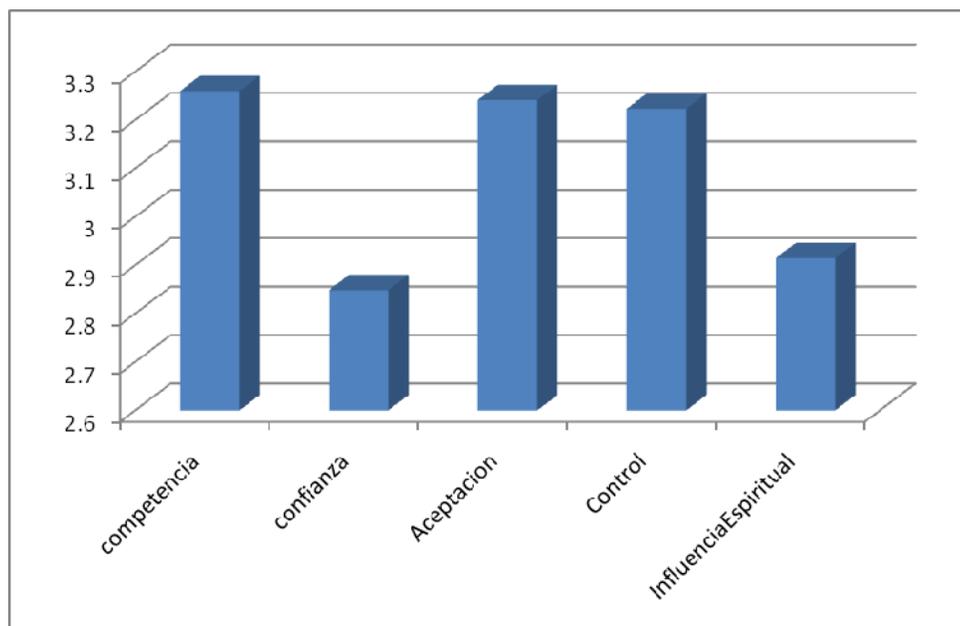


Gráfico 8. Promedio de los factores de la resiliencia. Artes Visuales

Objetivo 4. Comparar la capacidad resiliente de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes.

Para realizar la comparación de cada dimensión de resiliencia con la etapa de la carrera se utilizó un análisis de la varianza para cada dimensión. Dicho análisis contrasta la hipótesis de que el puntaje medio de cada dimensión de resiliencia es igual en cada etapa de la carrera.

Tabla 15.
Análisis de la Varianza. Diseño Gráfico

		Suma de Cuadrados	G.L	Media de Cuadrado	F	Sig.
Competencia	Tratamientos	5,139	2	2,570	,137	,872
	Error	3552,187	190	18,696		
	Total	3557,326	192			
Confianza	Tratamientos	40,897	2	20,448	1,082	,341
	Error	3610,072	191	18,901		
	Total	3650,969	193			
Aceptación	Tratamientos	20,439	2	10,219	1,328	,267
	Error	1485,373	193	7,696		
	Total	1505,811	195			
Control	Tratamientos	4,345	2	2,172	,462	,631
	Error	916,968	195	4,702		
	Total	921,313	197			
Influencia Espiritual	Tratamientos	1,876	2	,938	,312	,732
	Error	583,291	194	3,007		
	Total	585,168	196			

Observando la columna de significancia. Se observa que todas son mayores a 0,05. Por lo tanto no se rechaza la hipótesis de que todas las dimensiones tienen puntos promedios iguales en cada una de las etapas de la carrera. Es decir que las etapas de la carrera no tienen efecto sobre los puntajes medios de las dimensiones de resiliencia.

Tabla 16.
Análisis de la Varianza. Artes Visuales

		Suma de Cuadrados	G.L	Media de Cuadrado	F	Sig.
Competencia	Tratamientos	14,870	2	7,435	,293	,746
	Error	2839,425	112	25,352		
	Total	2854,296	114			
Confianza	Tratamientos	8,634	2	4,317	,202	,818
	Error	2397,940	112	21,410		
	Total	2406,574	114			
Aceptación	Tratamientos	9,369	2	4,684	,486	,616
	Error	1089,666	113	9,643		
	Total	1099,034	115			
Control	Tratamientos	3,954	2	1,977	,423	,656
	Error	523,490	112	4,674		
	Total	527,443	114			
Influencia Espiritual	Tratamientos	2,607	2	1,303	,318	,729
	Error	467,974	114	4,105		
	Total	470,581	116			

En la tabla anterior se puede observar que todos los niveles de significancia son mayores a 0,05. Por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula de que todos los niveles medio de las dimensiones son iguales en

las distintas etapas de la carrera. Es decir, con un 95% de confianza se afirma que las etapas de la carrera no influyen en los niveles promedio de las dimensiones de resiliencia.

Objetivo 5. Relacionar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

Para la obtención de los resultados correspondientes a este objetivo se realizó un análisis de componentes principales, el cual es una técnica multivariante que se fundamenta en resumir la información de p variables en nuevas k variables llamadas componentes principales, donde k es mucho menor que p . Para este estudio se utilizaron las dimensiones de resiliencia y salud mental como variables de entrada para generar dos componentes principales que contengan la mayor información de estas dimensiones.

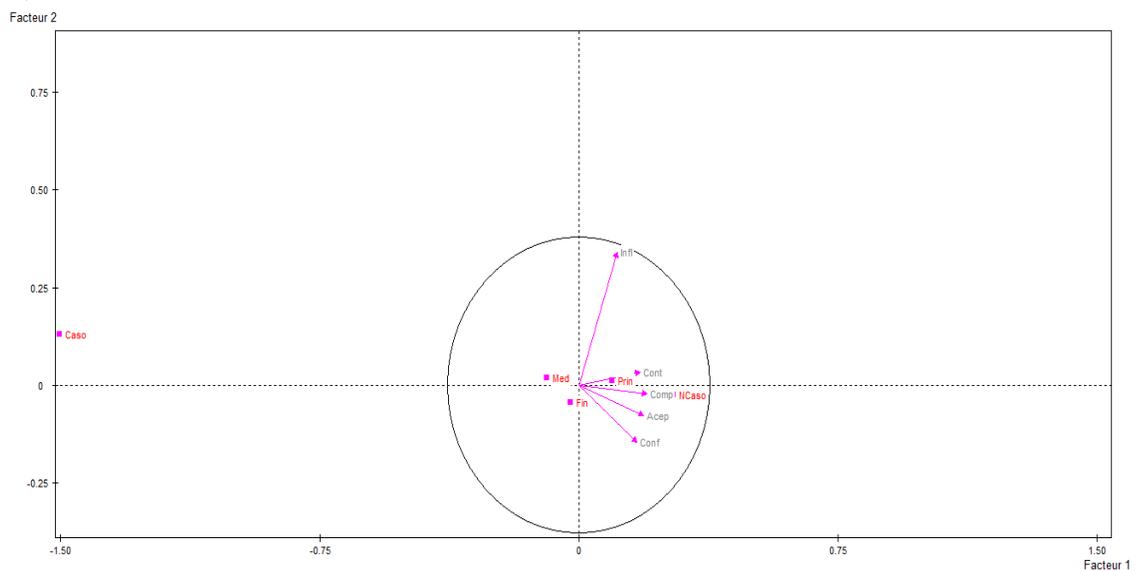


Gráfico 9. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y factores de la resiliencia

bdigital.ula.ve

En el plano factorial se observa que existe una correlación entre las dimensiones Competencia, Aceptación, Control y Confianza. Mientras que Influencia espiritual es la dimensión menos correlacionada al grupo antes mencionado. También se observa que los estudiantes clasificados como “no caso” son estudiantes que tienen altas magnitudes en todas las dimensiones de resiliencia. Al contrario de los estudiantes reportados como “casos”, que al estar en el cuadrante opuesto indica que éstos tienen bajas magnitudes en las dimensiones de resiliencia. Por último se evidencia que el tipo de carrera como la etapa de la carrera no influye en los niveles de resiliencia, ya que ellos se encuentran en el origen del plano factorial.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La mente humana es, por su propia naturaleza, interpretativa, es decir, hermenéutica: trata de observar algo y buscarle significado

Martínez Migueles

La presente investigación llevada a cabo en una población de 741 estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes en el año 2012, contó con una muestra representativa de 318 cursantes entre principio, mitad y final de las carreras (43 % de la matrícula estudiantil). 119 (44.07 %) pertenecientes a Artes Visuales y 199 (42.25%) a Diseño Gráfico. Su objetivo fue conocer el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes a lo largo de las carreras, así como establecer la posible relación entre estas variables.

Objetivo 1.

Establecer el estado de salud mental de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico.

Se halló una respuesta de 15.1 % de malestar psicológico en la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico. Al comparar estos resultados con otros estudios sobre salud mental realizados en la Universidad de Los Andes-Venezuela, encontramos que los estudiantes de Artes Visuales y Diseño Gráfico muestran una incidencia de malestar psicológico inferior a la reportada por Arias (2011) en estudiantes de Bioanálisis (19,1%); por Pereira (2011) en estudiantes de Odontología (22,7%); Da Silva (2011) en estudiantes de Nutrición y Dietética (19.3 %); y Peña (2012) en estudiantes de Enfermería (20 %).

Por otra parte, la frecuencia de malestar psicológico es igualmente inferior a la referida por Camacho, I., Cortés, L., Daza, V., López, S., Muñoz, J., Montejo, E. y Sánchez, L. (2007) en estudiantes de la Escuela de Medicina José María Vargas de Caracas-Venezuela (57.62 %). Así como por Benítez, Quintero y Torres (2001) en estudiantes chilenos de Medicina (41 %). De acuerdo a la investigación realizada por Al Naakeeb et al. en estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid en España (Citado en Arias, 2011), los estudiantes de Medicina presentaron malestar psicológico positivo inferior al obtenido en nuestro estudio (14.7

); mientras que el de los estudiantes de Filosofía fue mayor (46 %); así como los de Informática (31 %); todos grupos pertenecientes a la misma universidad. “Los autores refieren que esos resultados son más bajos que los encontrados en otros estudios en la UAM y lo atribuyen a la proximidad de la época de vacaciones o que los estudiantes tenían menor tendencia a presentar alteraciones de la salud mental.” (Arias, 2011, p. 150). Es de hacer notar que la recolección de datos para nuestro estudio fue realizada en mitad de semestre (segunda y tercera semana de mayo de 2012), momento en que los alumnos se encontraban en el ápice de su actividad académica. Los casos de GHQ positivo de nuestra investigación, también fueron inferiores a los reportados por Moreno y Rodríguez (2010) en estudiantes españoles de Psicología y de Ingeniería Aeronáutica (17.8 %).

Ha de hacerse notar que la mayor parte de las materias que cursan los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico son prácticas (Dibujo, Modelado, Fotografía, etc.), siendo el resto de corte teórico (Historia del arte, Estudio del pensamiento universal, Estética, etc.). Una vez el alumno desarrolla las competencias académicas y creativas que exige la escolaridad, la misma proporción entre destrezas es tomada en cuenta a la hora de realizar el Trabajo de Grado, pues éste “...contempla el desarrollo de una parte teórica y otra práctica, cuya ponderación está establecida en un 40 % y 60 % respectivamente” (Facultad de Arte, 2008). Una inferencia nada

aventurada en este sentido, señala que el hecho de dedicar la mayor parte del período de estudio a materias que involucran la creatividad, contribuye a que el estudiante se halle bajo menos presión psicológica que poblaciones estudiantiles de carreras cuyo pensum están constituidos por asignaturas fundamentalmente teóricas, o que en todo caso no son de orientación creativa.

Son muchos los estudios que señalan las funciones cognitivas que desempeñan las artes en la educación y la salud, y cómo incluso éstas pueden afectar la conciencia. Por ejemplo Eisner, citado en Belver (2011), afirma que las artes:

...refinan nuestros sentidos para que nuestra capacidad de experimentar el mundo sea más compleja y sutil; estimulan el uso de nuestra imaginación (...); nos ofrecen modelos para que podamos experimentar el mundo de nuevas maneras; y nos proporcionan materiales y ocasiones para que podamos abordar problemas que dependen de formas de pensamiento relacionadas con las artes. También celebran los aspectos consumativos y no instrumentales de la experiencia humana y proporcionan medios para poder expresar significados inefables pero que se pueden sentir" (p. 38).

La sensibilidad, la imaginación y la representación, que son las funciones cognitivas que refiere Eisner, pueden influir de manera decisiva en aspectos importantes de la salud mental:

Las artes, como toda expresión no verbal, favorecen la exploración, expresión y comunicación de aspectos de los que no somos conscientes. El trabajo con las emociones a través del Arteterapia mejora la calidad de las relaciones humanas porque

se centra en el factor emocional, esencial en todo ser humano, ayudándonos a ser más conscientes de aspectos oscuros, y facilitando, de este modo, el desarrollo de la persona. (Duncan, 2007, p. 39).

Si bien en este estudio no se midieron los niveles de creatividad de los estudiantes que participaron en el mismo, puede decirse que el hecho de cursar asignaturas que requieren del despliegue de competencias de este tipo, influye de manera positiva en su salud mental. De igual modo se puede pensar que, tal como se revisara ampliamente en las bases conceptuales de esta investigación, el criterio de adaptación pasiva no es un elemento que deba tomarse en cuenta al momento de definir el bienestar psicológico, por el contrario, la población estudiantil que reporta menor índice de presión psicológica es la de la Escuela de Arte que, debemos enfatizar, está involucrada desde el comienzo de sus estudios con materias que en su mayoría fomentan la creatividad, y ésta, a su vez, está asociada a la independencia de criterios, a la libertad individual, a valores de transformación y cambio, todo lo cual está reñido con la adaptación pasiva al medio socio-cultural:

...de esto trata la creatividad: de imaginar diferentes modos de ver la realidad, formas distintas de experimentarla y explicarla, así como de idear otras formas de resistencia y de lucha frente a lo hegemónico, es parte del desarrollo mismo de esta capacidad el romper con lo establecido, con lo dado y buscar lo Otro, aquello que no hemos visto, o no hemos probado o no hemos inventado aún (Vera, 2011, p.224).

Un poeta venezolano en los años 60 lo expresó de este modo:

Pero tampoco se puede hacer arte cuando el artista encaja demasiado normalmente en su medio. En estos casos se podría hablar más bien de castración. No hay arte sin extrañeza, y mal puede hacerlo quien se adapta bien a una sociedad llena de horrores cómo la nuestra (Cadenas, 2000, p. 15).

También ha de observarse, pero desde un enfoque cualitativo, que la relación profesor-estudiante es básicamente horizontal en la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico, situación que muchos de los profesores que colaboraron con nuestro estudio, adjudican al hecho singular de tratarse de estudiantes que, o bien están desarrollándose como artistas, o bien ya los son. Es este fenómeno el que, según nuestros informantes, les predispone positivamente a abordar la relación enseñanza-aprendizaje de forma simétrica, y que para nosotros pudiera contribuir al bajo porcentaje de “casos” que encontramos en esta población. Y en efecto, las relaciones interpersonales asimétricas docentes-estudiantes son, para Orozco (2009), una de las causas prevalentes de malestar psicológico en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela.

Por otra parte, de acuerdo a los síntomas de malestar psicológico predominantes hallados en esta investigación, se encontró que la subescala del Goldberg que prevalece es la de Ansiedad e Insomnio, con una media de 0.95 para la carrera de Diseño Gráfico y una media de 1.12 para la carrera de Artes Visuales. Seguidamente, el síntoma de malestar psicológico con la segunda mayor frecuencia es el de Somatización, con

una media de 0.80 para la carrera de Diseño Gráfico y de 0.76 para la carrera de Artes Visuales.

La suma de estas dos subescalas en promedio es de 6.33, lo cual supera el punto de corte. Por lo tanto los síntomas de malestar psicológico Ansiedad e Insomnio, por una parte, y Somatización, por el otro, son los que determinan que un estudiante sea “caso”, esto es, que su salud mental se halle en riesgo de ser alterada.

En este sentido apunta igualmente la investigación de Da Silva (2011), quien también reporta estos dos síntomas como los de mayor frecuencia en los estudiantes Nutrición y Dietética. El primero prevalente en los dos primeros años de carrera, el segundo en los dos últimos.

Por su parte en el estudio de Pereira (2011), se reporta que la subescala del Goldberg con mayor prevalencia es la de Somatización, seguida de Ansiedad e insomnio.

Igualmente Peña (2012) refiere que los síntomas de malestar psicológico prevalentes en su estudio son los de los de Somatización y Ansiedad e Insomnio.

Objetivo 2: Comparar el estado de salud mental de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

El presente estudio muestra que en la carrera de Diseño Gráfico no existe relación estadísticamente significativa entre la variable salud mental y la etapa de la carrera. Ya de forma descriptiva se nota este resultado pues, para todas las etapas, los no casos están alrededor de 85%; y los casos están por el orden del 15%. Para corroborarlo, se realizó la prueba de hipótesis chi-cuadrado para el contraste de independencia de factores. El p-valor obtenido fue de 0,77, lo cual es mayor a 0,10, por lo tanto no se rechaza la hipótesis de independencia de factores, es decir: No existe evidencias estadísticamente significativas en la muestra que determine que existe una relación de dependencia entre la etapa de la carrera y la condición de salud mental. En otras palabras, ***el estado de salud mental y la etapa de la carrera que cursa el estudiante son factores independientes en la carrera de Diseño Gráfico.***

En este sentido encontramos similitud con el estudio de Da Silva (2011), pues su investigación reporta que el malestar psicológico en estudiantes de Nutrición y Dietética es independiente del año que cursa el estudiante.

La investigación de Peña (2012), es igualmente congruente con los resultados de nuestro estudio y el de Da Silva.

Ahora bien, al análisis descriptivo, en la carrera de Artes Visuales los resultados fueron distintos a los obtenidos en Diseño Gráfico. En

efecto, los porcentajes de incidencia de presión psicológica en las diversas etapas de la carrera varía, siendo de (23.1 %) al comienzo, (5.7 %) en la mitad, y (15.6%) al final.

Al aplicar la prueba de independencia de factores chi-cuadrado, se aprecia un valor de significancia (p-valor) de 0,095. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de independencia de factores. Es decir, se puede afirmar con un 10% de significancia (90% de confianza) que ***en la carrera de Artes Visuales EXISTE una dependencia entre la etapa de la carrera que cursa el estudiante y el estado de salud mental.***

La investigación de Pereira (2011) coincide parcialmente con estos resultados, pues señala que en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes los síntomas de malestar psicológico aumentan a medida que avanza la carrera: En la cohorte 2008, el (18.5%) de los estudiantes de segundo año puntuaron positivo; y en los de cuarto el (34.6%). Mientras que en la cohorte 2010 el (24.1%) en primer año, y (36.6%) en segundo año, puntuaron positivo.

Ahora bien, atendiendo a las razones que pudieran incidir en los resultados obtenidos en nuestro estudio, observamos que los estudiantes de la carrera Diseño Gráfico y de la carrera Artes visuales encuestados a mitad de carrera (que es el período que reporta menor porcentaje de “casos” en Artes visuales: 5.7 %) eran cursantes de las mismas materias (Historia del Arte Latinoamericano y Teoría del Arte y el Diseño). En los

semestres encuestados de ambas carreras, coinciden además las materias teóricas Historia del Arte Moderno y Contemporáneo, Metodología de la Investigación y Semiología de la Imagen; así como la asignatura práctica Fotografía. Por su parte Diseño Gráfico contiene en este periodo materias propias de su especialidad como son Diseño 1, Tipografía y Técnicas Gráficas. Y Artes Visuales contiene Expresión Tridimensional 1, Dibujo 1 y una Optativa. Lo cual arroja un porcentaje igualitario de materias prácticas y teóricas para ambos grupos.

Resulta difícil hallar en el pensum de ambas carreras la razón para que el número de GHQ positivos sea estadísticamente significativo en el estado de salud mental en la carrera de Artes Visuales de acuerdo a la etapa de la carrera y no así en Diseño Gráfico.

No obstante, el perfil laboral del egresado en Artes Visuales es diferente al del egresado en Diseño Gráfico. En un sentido práctico, el Licenciado en Diseño Gráfico sabe al comenzar su carrera, así como al estar a punto de terminarla, que el campo laboral en su área es bastante amplio: publicidad, medios de comunicación gráficos, empresas tipográficas, talleres gráficos, telemática, etc. El Licenciado en Artes Visuales, en cambio, es un artista plástico con título de licenciado, su campo de trabajo no es mucho más amplio que el de un artista visual sin título.

Esta es la razón, pensamos, de que el estudiante de Artes Visuales muestre los promedios de presión psicológica más altos al

comenzar y al finalizar su carrera, momentos que coinciden con la toma de decisión de dedicarse al arte, y con el preámbulo de su egreso como profesional.

Objetivo 3: Determinar la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.

En la carrera de Diseño Gráfico se observó que las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control, presentaron una media superior a 3 puntos, mientras que Confianza e Influencias Espirituales manifestaron una media menor a 3 puntos. Siendo Competencia Personal y Tenacidad la de mayor puntaje (3.29), seguida de Aceptación Positiva al cambio (3.27), y Control (3.11). Mientras que las dimensiones que presentaron las medias más bajas fueron confianza en el propio instinto (2.90) e Influencias Espirituales (2.95). Puede colegirse así que los Estudiantes de Diseño Gráfico poseen una capacidad resiliente caracterizada sobre todo por las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control.

En los estudiantes de Artes Visuales la situación con respecto a los factores de la resiliencia prevalentes es similar. Esto es, las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al

Cambio y Control, presentaron una media superior a 3 puntos, mientras que Confianza e Influencias Espirituales manifestaron una media menor a 3 puntos. Siendo Competencia Personal y Tenacidad la de mayor puntaje (3.26), seguida de Aceptación Positiva al cambio (3.24) y control (3.22). Mientras que las dimensiones que presentaron las medias más bajas fueron confianza en el propio instinto (2.85) e Influencias Espirituales (2.91).

Así, los Estudiantes de Artes Visuales poseen una capacidad resiliente caracterizada sobre todo por las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control.

En general la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico presenta una capacidad resiliente caracterizada por: 1. La convicción de que se está lo suficientemente preparado para enfrentar cualquier situación que se presente aunque sea imprevista. También por la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones. Esto indica cualidades como: auto-confianza, independencia, decisión, poderío, ingenio, y perseverancia (Competencia Personal y Tenacidad); 2. Por la flexibilidad personal para adaptarse positivamente a situaciones nuevas y una perspectiva de vida estable. Refleja también aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad (Aceptación Positiva al Cambio); y 3. Por la capacidad personal para promover el propio bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que se quiere o se ha decidido hacer con la vida. (Control).

Objetivo 4: *Comparar la capacidad resiliente de los estudiantes de comienzo, mitad, y final de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Universidad de Los Andes.*

Para realizar la comparación de cada dimensión de resiliencia con la etapa de la carrera se utilizó un análisis de la varianza para cada dimensión. Dicho análisis contrasta la hipótesis de que el puntaje medio de cada dimensión de resiliencia es igual en cada etapa de la carrera.

Una vez obtenida la “significancia” para todos los factores de la escala, se observó que todos los valores, para ambas carreras, son superiores a 0.05, de modo que no se rechaza la hipótesis nula de que todos los niveles medio de las dimensiones son iguales en las distintas etapas de la carrera. Es decir, con un 95% de confianza se afirma que ***las etapas de la carrera en Diseño Gráfico y Artes Visuales No influyen en los niveles promedio de las dimensiones de la resiliencia.***

Velázquez (2012) reporta igualmente que en su estudio no se observaron diferencias significativas en la escala de resiliencia total y en las subescalas en los distintos períodos de la carrera.

Objetivo 5: *Relacionar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes.*

Al establecer la relación entre el estado de salud mental y la capacidad resiliente se observó, por una parte, que existe una correlación entre las dimensiones resilientes: Competencia, Aceptación, Control y Confianza; mientras que Influencia espiritual fue la dimensión menos correlacionada al grupo antes mencionado.

Por otra parte se observa que en efecto **la salud mental y la resiliencia están relacionadas**, pues los estudiantes clasificados como “no caso”, esto es, con bajos niveles de presión psicológica, poseen altas magnitudes en todas las dimensiones de resiliencia. Al contrario de los estudiantes “casos”, esto es, con riesgo de padecer alteraciones en su salud mental, que cuentan con bajas magnitudes en las dimensiones de la resiliencia.

Este resultado concuerda con lo reportado por Connor y Davidson (2003), pues en su estudio se muestra que las personas con desordenes mentales tienen menor capacidad resiliente que la población general, además determina que la resiliencia aumenta cuando el sujeto se somete a tratamiento. De igual modo se ratifica lo referido por numerosos autores, esto es, que la resiliencia promueve la salud mental: (Grotberg,

1995; Vanistendael, 1995; Quiñones, 2006, Fiorentino, 2008, Builes y Bedoya, 2008 y Barlach y Limongi, 2008).

Por último, al relacionar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de las carreras de Artes Visuales y de Diseño Gráfico, se reconfirma que las etapas de la carrera no influyen en los niveles de resiliencia.

Para esto se aplicó una técnica estadística multivariante que resume la información de p variables en nuevas k variables llamadas componentes principales, donde k es mucho menor que p . Para este estudio se utilizaron los factores de resiliencia y salud mental como variables de entrada para generar dos componentes principales en los que se situaron la mayor información posible sobre estas dos dimensiones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. El porcentaje de GHQ positivo hallado en este estudio es el más bajo de los reportados en investigaciones afines realizadas en la Universidad de Los Andes.
2. El síntoma de malestar psicológico prevalente en la Carrera de Artes Visuales y Diseño Gráfico es Ansiedad e Insomnio.
3. En la carrera Diseño Gráfico no existe relación estadísticamente significativa entre la variable salud mental y la etapa de la carrera.
4. En la carrera Artes Visuales existe relación estadísticamente significativa entre la variable salud mental y la etapa de la carrera.
5. Los estudiantes de la Escuela de Diseño Gráfico y Artes Visuales poseen una capacidad resiliente caracterizada por las dimensiones Competencia Personal y Tenacidad, Aceptación Positiva al Cambio y Control.

6. Las etapas de la carrera en la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico no influyen en los niveles promedio de las dimensiones de la resiliencia.

7. La salud mental y la resiliencia en la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico están relacionadas.

bdigital.ula.ve

Recomendaciones

1. Divulgar entre las autoridades de la Facultad de Arte los resultados y posibilidades de esta investigación.
2. Diseñar y ejecutar estrategias de afrontamiento que faciliten a los estudiantes el manejo apropiado de la ansiedad.
3. Ampliar esta investigación incorporando las Escuelas de la Facultad de Arte que no fueron estudiadas: Música y Artes Escénicas.
4. Completar el presente estudio con metodologías de enfoque cualitativo en la misma población.
5. Incluir la variable creatividad a este estudio.
6. Proponer como hipótesis que el arte es promotor de la salud mental.
7. Difundir entre los estudiantes de la Facultad de Arte los resultados obtenidos en este estudio y las implicaciones que el arte tiene en relación a su salud mental.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, E. y Moreno, D. (2006). *Influencia de las emociones positivas y negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud*. Tesis de grado no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Arias, C. (2011). *La sensibilidad emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis*. Universidad de los Andes. *Intervenciones terapéuticas*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Los Andes, Mérida.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Aristóteles. (2003, tr.). *Poética*. Mérida: Ediciones del Vicerrectorado Académico.
- Bacon, Francis. (2003 tr.). *Novum Organum*. Buenos Aires: Losada.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., Guerrero Muñoz, J. y Conesa Conesa, A. (2008). Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosociofamiliares durante el curso 2004-2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (2), 1-11.
- Becoña, B. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.

- Beguín, A. (1999). *Lame romantique et reve*. Paris: Librairie José Cortis.
- Belandria, J. I. (2007). *Arte y ciencia*. Mérida: Publicaciones del Vicerrectorado Académico.
- Belver, M. (2011). El arte y la Educación Artística en contextos de salud. *Arte, Individuo y Sociedad*. 23, 11-17.
- Benitez, C., Quintero, J. y Torres, R. (2001). Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile* [Revista en línea], 129. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000200008&script=sci_arttext [Consulta: 2010, abril 20]
- Borges, J. L. (1969). *Elogio de la sombra*. Buenos Aires: Emecé.
- Briceño, J. M. (2010) *Los Chamanes de China*. San Felipe: Universidad Nacional del Yaracuy.
- Briceño, J. M. (1994). *El laberinto de los tres minotauros*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Builes, M. y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (3), 1-7.
- Cadenas, R. (2000). *Entrevistas*. San Felipe: Ediciones "La Oruga Luminosa".
- Cadenas, R. (2005). *El taller de al lado*. Caracas: bid & co. editor.

- Camacho, I., Cortés, L., Daza, V., López, S., Muñoz, J., Montejo, E. Sánchez, L. (2007). Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, año 2005. Caracas, Venezuela. *Acta Científica Estudiantil*. 5 (1): 14-32.
- Chacín, M. (2009). *Índices psicopatológicos, reactividad al estrés y desgaste profesional en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Venezuela*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Chávez, R. y Lara, M. (2000). La creatividad y la psicopatología. *Salud mental*, 23 (005), 1-9.
- Clarac de Briceño, J. (2003). *Dioses en exilio. (Representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida)*. Mérida: Ediciones del Vicerrectorado Académico.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 72-82.
- Cornejo, M. y Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en humanidades*, (2), 143 – 153.
- Cuesta, A. (2007). *Psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. Mérida: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.
- Da Silva, B. (2012). *Prevalencia de malestar psicológico y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Nutrición y Dietética*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Los Andes, Mérida.

Duncan, N. (2007). Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Arteterapia*. 2, 39-49.

Facultad de Arte (2008). Portal web. <http://www.arte.ula.ve/> [consulta 06 09 2012]

Fathalla, M. (2008). *A Practical Guide for Health Researchers*. Washington: World Health Organization.

Fiorentino, M. A. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95– 113.

Foucault, Michel. (1999). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1950). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1990). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Editorial Herder.

Fromm, E. (1991). *Patología de la normalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.

García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 15 (1):88-97.

Grof, S., Laing, S., Assagioli, R., Grof, C., Dass, R., Thompson, K. y Kornfield. J. (1993). *El poder curativo de la crisis*. Barcelona: Kairós.

Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9, 139-145.

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). En: *Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.

Grotberg, E. (1995). The Internacional Resilience Proyect.: Promoting Resilience in children. ERIC.

Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Restrepo, E., Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med*. 24 (1), 7-17.

Heidegger, M. (2009). *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta.

Heidegger, M. (1968). *Hoelderlin y la esencia de la poesía*. Mérida: Talleres Gráficos Universitarios.

Heráclito. (1977 tr.). *Fragmentos*. Buenos Aires: Aguilar.

James, W. (1986). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Península.

Jaspers, K. (2000). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kandinsky. (1995). *Punto y línea sobre el plano. Contribución al análisis de los elementos pictóricos*. Barcelona: Editorial Labor.

Kant, M. (1996 tr.) *Crítica de la razón pura*. México: Editorial Porrúa.

Kotliarenco, A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. México: Organización Panamericana de la Salud.

Laplantine, F. (1979). *La etnopsiquiatría*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Lisete Barlach, A. y Limongi-França, S. (2008). O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. *Interamerican Journal of Psychology*, 42 (1), 101-112.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the Scale Version of General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychological Medicine*, 1, 135-140.

López-Pedraza, R. (2000). *Dionisos en exilio*. Caracas: Festina Lente.

López-Pedraza, R. (2008). *Emociones: una lista*. Caracas: Festina Lente.

Marks, Robert (1968). *Diccionario y manual de las nuevas matemáticas*. Nueva York: W-Editors Press.

Martínez, M. (2008). *Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales*. México: Trillas.

Meneces de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.

Montoya L.M, Gutiérrez J.A, Toro B.E., Briñón M.A, Rosas E. y Salazar L.E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24 (1), 7-17.

Moreno, M. y Rodríguez M. (2010, Febrero-Marzo). *Sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental en estudiantes universitarios*. [Documento en línea] Ponencia presentada en el 11 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Disponible: <http://www.interpsiquis.com> [consulta: 2012, Octubre 4].

Nietzsche, F. (2009). *El origen de la tragedia*. Buenos Aires: Gradifco.

Orozco, G. (2009). *Relaciones interpersonales asimétricas docente-estudiante, acoso psicológico, psicopatologías, actividad interna al estrés, desgaste profesional en estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo Venezuela*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Platón. (1966 tr.a.). *La República*. En Diálogos. México: Editorial Porrúa S. A.

Platón. (1966 tr.b.). *Apología de Sócrates*. En Diálogos. México: Editorial Porrúa S. A.

Platón. (1966 tr.b.c). *Ion*. En Diálogos. México: Editorial Porrúa S. A.

Plato (1937 tr.) *Phaedrus and the Seventh and Eighth letters*. Harmondsworth: Penguin Books.

Pedrique, L. (2002). Entre la locura y la anormalidad. *Boletín Antropológico*, (56), 857-878.

Pereira, C. (2011). *Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología en situación de alta y baja exigencia académica*. Universidad de Los Andes. Venezuela. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

- Pichon – Riviére, Enrique. (1977). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social. Tomo II*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Poveda, J.M. (1981). *Locura y creatividad*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Quiñones, M.A. (2006). *Creatividad y resiliencia: Análisis de 13 casos colombianos*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Quirosa, V. (2007). Acercamiento a la representación plástica de la locura en Occidente. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, (1), 52-82.
- Ribas, S. (2012). *Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes, Mérida Venezuela*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Rodríguez Fernández, M. (2006). *Afrontamiento del Cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Rodríguez Fernández, M. (2008). *La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica* [Documento en línea]. Trabajo presentado en el 9º Congreso virtual de Psiquiatría, Madrid. Disponible:
<http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/otras/articulos/34339/>
[Consulta: 2009, Noviembre 28].
- Sahakian, Williams. (1987). *Historia y Sistemas de la Psicología*. Editorial Tecnos.

- Sambrano, J. 2010. *Resiliencia, Transformación positiva de la adversidad*. Caracas. Editorial Alfa.
- Sánchez, F. (2007). El sistema Nacional para las Orquestas Juveniles e Infantiles. La nueva Educación Musical en Venezuela. *Revista da abem*. 18, 1-7.
- Sánchez, I. y Ramos, N. (2006) La colección Prinzhorn: Una relación falaz entre el arte y la locura. *Arte, Individuo y Sociedad*, (18), 131-150.
- Stein, M. (2004). *El mapa del alma según C. G. Jung*. Barcelona-España: Ediciones Luciérnaga.
- Sternberg, R. y Detterman, D. (1990). *¿Qué es la inteligencia?* Madrid: Pirámide.
- Stracuzzi, S. (2006). Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: FEDUPEL.
- Schneider, Kurt. (1980). *Personalidades Psicopáticas*. Ediciones Morata.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible*. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Vera, P. (2011). Promoción de la salud a través del arte: una experiencia en torno a la crisis medioambiental. *Arteterapia*. 6, 219-235.
- Washton, A. y Boundy, D. (2005). *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Wilber, Ken. (1999). *Un dios sociable. Introducción a la sociología trascendental*. Barcelona: Editorial Kairós S.A.

Wong, E. (1997). *Taoísmo*. Barcelona: Oniro.

Vera, P. (2011). Promoción de la salud a través del arte: una experiencia en torno a la crisis medioambiental. *Arteterapia*. 6, 219-235.

bdigital.ula.ve

ANEXOS

bdigital.ula.ve

ANEXO A

bdigital.ula.ve

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Salud mental y resiliencia en estudiantes universitarios de Arte.

Autor de la investigación: Licenciado Julio César González.

Yo (nombre y apellido):

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales y anónimos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del estudiante participante.

Firma del investigador.

ANEXO B

bdigital.ula.ve

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio: “Salud mental y resiliencia en estudiantes universitarios de Arte.”

Autor de la investigación: Licenciado Julio César González.

Propósito del estudio:

Esta investigación hace parte del “Programa de Investigación Salud Mental en Estudiantes Universitarios de Cuatro Continentes”, que involucra universidades europeas, latinoamericanas, africanas y asiáticas, y está siendo desarrollado por la Universidad Autónoma de Madrid, España, junto a la Universidad de Los Andes. El proyecto ha indagado hasta ahora en carreras relacionadas en su gran mayoría con las Ciencias de la Salud, siendo ésta la primera Facultad de Arte que participa en la investigación. El objetivo es evaluar el estado de salud mental y la capacidad resiliente de los estudiantes de la Escuela de Artes Visuales y Diseño Gráfico de la Facultad de Arte de la Universidad de Los Andes. Esta investigación arrojará datos empíricos sobre el estado de salud mental y capacidad resiliente de los estudiantes de esta Escuela, información que sin duda será beneficiosa para su población estudiantil, sobre todo porque le permitirá conocer cuáles son sus elementos de riesgo y de protección en estas dos dimensiones del bienestar psicológico; también pudiera dar pie al diseño de programas educativos y de abordaje en este campo. La investigación forma la base de otras que ya se prevén, y en la que buscaremos indagar en la relación que pudiera existir entre la creatividad y la remisión de algunas sicopatologías específicas. La información obtenida también beneficiará al “Programa de Investigación Salud Mental en Estudiantes Universitarios de Cuatro Continentes”, y en consecuencia, a estudiantes de muy diversas culturas y lugares.

Condiciones de participación:

Le pediremos que responda dos cuestionarios. Esto supone, simplemente, un poco de tiempo y ningún riesgo para su salud.

Toda la información obtenida será confidencial y anónima, no siendo posible que el investigador ni las autoridades de la Facultad identifiquen a la persona que suministra los datos.

Cualquier información adicional que desee conocer le será facilitada por la persona responsable de la investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria.

ANEXO C

bdigital.ula.ve

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Responda sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias.

En las últimas semanas:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de Salud y en plena Forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios

estaba enfermo/a?	a flor de piel y malhumorado/a?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido doleres de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso/a y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
SUBTOTAL A	SUBTOTAL B

C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de un medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual

<input type="checkbox"/> Menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho/a q lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado
SUBTOTAL C	SUBTOTAL D

ANEXO D

bdigital.ula.ve

ESCALA DE RESILIENCIA (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

K. M. Connor y J. R. Davidson (2003), adaptación española de B. Fernández, y F. Ramos (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006).

A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. No hay una respuesta correcta o incorrecta, cada persona tiene sus propias opiniones y forma de pensar. No obstante, no emplee mucho tiempo, trate de contestar de forma espontánea nada más leer cada afirmación. Por favor, responda a TODAS las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar. Por favor, lea cada frase y conteste anotando la frecuencia pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación; de acuerdo con la escala siguiente:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	<input type="checkbox"/>				
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	<input type="checkbox"/>				
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	<input type="checkbox"/>				
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	<input type="checkbox"/>				
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	<input type="checkbox"/>				
6. Veo el lado divertido de las cosas	<input type="checkbox"/>				
7. Afrontar el estrés, me fortalece	<input type="checkbox"/>				
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	<input type="checkbox"/>				
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	<input type="checkbox"/>				
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	<input type="checkbox"/>				
11. Puedo conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>				
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	<input type="checkbox"/>				
13. Sé donde acudir a por ayuda	<input type="checkbox"/>				
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	<input type="checkbox"/>				
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	<input type="checkbox"/>				
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	<input type="checkbox"/>				
17. Pienso que soy una persona fuerte	<input type="checkbox"/>				
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	<input type="checkbox"/>				
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	<input type="checkbox"/>				
20. Sigo los presentimientos que tengo	<input type="checkbox"/>				

21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	<input type="checkbox"/>				
22. Siento que controlo mi vida	<input type="checkbox"/>				
23. Me gustan los desafíos	<input type="checkbox"/>				
24. Trabajo para conseguir mis metas	<input type="checkbox"/>				
25. Me siento orgulloso de mis logros	<input type="checkbox"/>				

bdigital.ula.ve