UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA"

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Robalino Morales, Liliana Margoth

Tutor: Ps. Cl. Shugulí Zambrano, Catherine Nataly Mg.

Ambato – Ecuador

Mayo 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: "RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA", de Liliana Margoth Robalino Morales, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero de 2017

LA TUTORA

……

Ps. Cl. Shugulí Zambrano, Catherine Nataly Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación "RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA", como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero de 2017

LA AUTORA

…….

Robalino Morales, Liliana Margoth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este trabajo, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero de 2017

LA AUTORA

…….

Robalino Morales, Liliana Margoth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: "RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA", de Liliana Margoth Robalino Morales, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Mayo de 2017

Para constancia firman

---	---	---
PRESIDENTE/A	1er VOCAL	2do VOCAL

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación se lo dedico con todo amor y cariño a Dios, mis padres y a mi hijo que está en camino, quienes han formado parte de este proceso con su apoyo incondicional y sobre todo la confianza depositada en mi siendo la principal fuente de apoyo en todo momento de mi vida.

A Dios por ser mi fuerza durante todo este transcurso con cada bendición recibida.

Mi madre por ser mi fuente de inspiración, mi fortaleza y ejemplo de lucha en cada paso y decisión tomada.

Mi padre por ser mi apoyo ya que con su ejemplo de dedicación supo inculcar en mí valores como la responsabilidad y humildad.

A mí pequeño ya que es el pilar que sostiene mi vida y quien me da la fuerza necesaria para levantarme día a día dándome la seguridad en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud a todas las personas e instituciones que colaboraron en la realización de este proyecto de investigación que permite cristalizar un objetivo de mi vida profesional.

A mi tutora de tesis, Ps. Cl. Shuguli Zambrano, Catherine Nataly por su amistad, conocimientos impartidos y su tiempo brindado durante esta larga labor.

A todo el personal del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte que me dieron la oportunidad y apertura de emprender mi trabajo como aporte en mi formación académica.

También quiero agradecer a todos los docentes de la Carrera de Psicología Clínica quienes con sus enseñanzas y pasión por su trabajo sembraron en mí el amor a servir a otras personas.

Mis sinceros agradecimientos.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR ii

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO iii

DERECHOS DE AUTOR iv

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....v

DEDICATORIA vi

AGRADECIMIENTO vii

TABLA DE CONTENIDO..... viii

ÍNDICE DE CONTENIDO viii

ÍNDICE DE TABLAS xii

ÍNDICE DE FIGURAS.....xiv

ANEXOS xvi

RESUMEN xvii

SUMMARY xviii

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1.....3

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1 Tema de investigación 3

1.2 Planteamiento del problema 3

1.2.1 Contextualización 3

1.2.2 Formulación del problema 17

1.3 Justificación 17

1.4 Objetivos 18

1.4.1 Objetivo General 18

1.4.2 Objetivos específicos 19

CAPÍTULO II 20

MARCO TEÓRICO 20

2.1 Estado del Arte 20

2.1.1 Respuestas de afrontamiento 20

2.1.2 Calidad de vida 23

2.2 Fundamento teórico 27

2.2.1 Variable Independiente: Respuestas de afrontamiento 27

2.2.1.1 Habilidades sociales 28

2.2.1.2 Afrontamiento 37

2.2.1.3 Respuestas de afrontamiento 45

2.2.2 Variable Dependiente: Calidad de vida 51

2.2.2.1 Salud mental.....51

2.2.2.2 Bienestar 54

2.2.2.3 Calidad de vida 63

2.3 Hipótesis o supuestos.....65

2.3.1 Hipótesis Alterna (H1).....65

2.3.2 Hipótesis Nula (H0).....65

CAPÍTULO III.....66

MARCO METODOLÓGICO.....66

3.1 Tipo de investigación.....66

3.2 Selección del área o ámbito de estudio.....67

3.3 Población.....67

3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....67

3.4.1 Criterios de inclusión.....67

3.4.2 Criterios de exclusión 68

3.5 Diseño muestral 68

3.6 Operacionalización de variables 71

3.6.1 Variable Independiente: Respuestas de afrontamiento.....71

3.6.2 Variable Dependiente: Calidad de vida 73

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información 80

3.8 Aspectos éticos.....81

CAPÍTULO IV.....85

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 85

4.1 Variable independiente: Respuestas de afrontamiento 85

4.2 Variable dependiente: Calidad de vida 92

4.3 Verificación de Hipótesis.....101

CAPÍTULO V.....109

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 109

5.1 Conclusiones.....109

5.2 Recomendaciones 110

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....112

ANEXOS 120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Modelo de habilidades sociales de McFall (1982) adaptadas a las necesidades de la evaluación y el tratamiento 35

Tabla N°2: Elementos de las respuestas de afrontamiento 47

Tabla N°3: Operacionalización de las respuestas de afrontamiento 72

Tabla N°4: Operacionalización de calidad de vida 74

Tabla N° 5: Composición del CRI-A 76

Tabla N° 6: Respuestas de afrontamiento 85

Tabla N° 7: Respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales 87

Tabla N° 8: Respuestas de afrontamiento de aproximación y evitación 88

Tabla N° 9: Respuestas de afrontamiento cognitivas 89

Tabla N° 10: Respuestas de afrontamiento conductuales 91

Tabla N° 11: Calidad de vida 92

Tabla N° 12: Bienestar emocional 93

Tabla N° 13: Relaciones interpersonales 94

Tabla N° 14: Bienestar material 95

Tabla N° 15: Desarrollo personal 96

Tabla N° 16: Bienestar físico 97

Tabla N° 17: Autodeterminación 98

Tabla N° 18: Inclusión Social 99

Tabla N° 19: Derechos 100

Tabla N° 20: Resumen del procesamiento de los casos 102

Tabla N° 21: Tabla de contingencias 102

Tabla N° 22: Prueba de chi-cuadrado 103

Tabla N° 23: Correlaciones entre dimensiones 106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: El proceso de afrontamiento (coping). Adaptado de Taylor (1991 citado en Vázquez Valverde et al., 2003).....41

Figura N°2: Modelo transaccional de coping de Rudolf Moos 44

Figura N°3: Las dimensiones del bienestar 55

Figura N°4: Las dimensiones del bienestar psicológico.....56

Figura N°5: Las dimensiones del bienestar personal.....58

Figura N°6: Pirámide de Necesidades de Maslow.....60

Figura N°7: Las actitudes básicas Rogerianas.....62

Figura N° 8: Respuestas de afrontamiento 86

Figura N° 9: Respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales 88

Figura N° 10: Respuestas de afrontamiento de aproximación y evitación 89

Figura N° 11: Respuestas de afrontamiento cogntivas 90

Figura N° 12: Respuestas de afrontamiento conductuales.....91

Figura N° 13: Calidad de vida 93

Figura N° 14: Bienestar emocional.....94

Figura N° 15: Relaciones Interpersonales 95

Figura N° 16: Bienestar material 96

Figura N° 17: Desarrollo personal 97

Figura N° 18: Bienestar físico 98

Figura N° 19: Autodeterminación..... 99

Figura N° 20: Inclusión Social..... 100

Figura N° 21: Derechos 101

Figura N° 22: Correlación..... 104

ANEXOS

FICHA DE SELECCIÓN DE MUESTRA.....120

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....121

a) Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI –A).....121

b) GENCAT. Escala de Calidad de vida.....123

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE “AMBATO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA”

Autora: Robalino Morales, Liliana Margoth

Tutora: Psc. Cl. Shuguli Zambrano, Catherine Nataly

Fecha: Febrero, 2017

RESUMEN

El presente estudio busca determinar la relación entre las respuestas de afrontamiento y la calidad de vida de las Personas Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, quienes son los beneficiarios ya que los resultados obtenidos evidenciaran las necesidades reales de la población y a la vez contribuirán a la realización de próximas investigaciones. La muestra de estudio estuvo constituida por 90 PPL(s) a quienes se les evaluó mediante el Inventario de Respuestas de Afrontamiento el cual determina los tipos de respuestas de aproximación cognoscitiva, aproximación conductual, evitación cognitiva y evitación conductual; la Escala GENCAT de Calidad de vida que brinda un resultado global de los niveles de Calidad de vida en base a dimensiones de análisis como son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y desarrollo. Para el análisis de los datos se tomó como referencia el programa estadístico SSPS a través de la prueba de Chi-cuadrado encontrando que si existe relación entre las dos variables. Los resultados conllevan a la necesidad de crear procesos psicoterapéuticos que permitan a la población encontrar el equilibrio entre la diversidad de situaciones estresantes que enfrentan y su relación con su calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: RESPUESTAS_AFRONTAMIENTO, COGNITIVO, CONDUCTUAL, CALIDAD_VIDA, SALUD_MENTAL, BIENESTAR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGICAL CAREER

"COPING RESPONSES AND THE QUALITY OF LIFE"

Author: Robalino Morales, Liliana Margoth

Director: Psc. Cl. Shuguli Zambrano, Catherine Nataly

Date: February, 2017

SUMMARY

The present study seeks determine the relationship between the coping responses and the quality of life of the PPL (s) of the Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, who are the beneficiaries because the results obtained will show the real needs of the population at the same time contribute the conduct of future research. The study sample consisted of 90 PPL (s) who were evaluated through the Inventory of Coping Responses which determines the types of responses of cognitive approach, behavioral approximation, cognitive avoidance and behavioral avoidance; The GENCAT Quality of Life Scale provides a global result of quality of life levels based on the dimensions of analysis such: emotional well-being, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and development. For the analysis of the data the SSPS statistical program, finding that there is relation between the two variables. The results lead to the need to create psychotherapeutic processes that allow the general population to find the balance between the diversity of stressful situations they face on a daily basis and their relationship with their quality of life.

KEYWORDS: ANSWERS, RESPONSE, COGNITIVE, BEHAVIORAL, LIVING QUALITY, HEALTH_WORK, WELL-BEING

INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de la vida atraviesa una serie de altibajos debido a situaciones estresantes que generan en él impotencia e incapacidad para saber sobrellevarlas de tal forma que influye en su bienestar y calidad de vida en general. Cada persona piensa, actúa, ha tenido una vida y aprendizaje distinto por lo que reacciona diferente a los demás ante dichos sucesos.

Las Personas Privadas de Libertad – PPL(s) debido al aislamiento social se encuentran inmiscuidos en realidades que afectan su desarrollo humano, calidad de vida personal, familiar y entorno social tomando influencia negativa con su bienestar general.

Tomando como referencia el enfoque cognitivo conductual se deduce que tanto las emociones como las conductas se encuentran influenciadas por la manera en la que los sujetos perciben los hechos; las respuestas de afrontamiento se definen como aquellas conductas que se ejecutan al enfrentar los sucesos estresantes que atraviesa el individuo y a la vez le permiten sobrellevar y disminuir el malestar psicológico. Dentro del enfoque humanista que tiene por objeto de estudio el desarrollo integral de la persona tenemos a la calidad de vida y el bienestar que se relacionan muy íntimamente con el cumplimiento de las sensaciones vitales que permiten la supervivencia, logro de metas personales y la tranquilidad.

Es por ello la importancia de realizar la presente investigación con el tema "Respuestas de afrontamiento y Calidad de Vida de las Personas Privadas de Libertad – PPL(s) del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte"

Uno de los puntos clave dentro de la investigación es saber de qué manera responden a las demandas inestables del diario vivir y como estas se relacionan tanto en el desarrollo del área interpersonal (emocional, cognitiva y física) como interpersonal.

Es importante la socialización de los resultados de la investigación con la institución en donde se llevó a cabo el estudio, el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte para que desarrolle y ejecute decisiones adecuadas en conjunto con el área de psicología enfocada en aportar con una alternativa de rehabilitación social que dé como resultado un impacto positivo en la vida de cada Persona Privada de Libertad – PPL.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de investigación

Respuestas de afrontamiento y Calidad de Vida

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

El Instituto Nacional de Estadística – INE (2012) en la publicación de su boletín informativo del nivel de calidad de vida del mundo dio a conocer resultados en torno aspectos educativos, sanitaros, medioambientales, de riqueza material y desigualdad. Dentro de los parámetros mundiales de pobreza tomando como referencia al sustento diario con menos de 1,25 dólares por día se encuentra que en 1900 la cifra alcanzó el 43,1%, mientras que para el 2008 disminuyo al 22,4%; la población en peligro de pobreza dentro de la Unión Europea es de 116 millones de individuos lo cual constituye el 23,4%, en España en de 116 millones de

personas lo cual simboliza el 25,5% y en la Zona Euro es de 70 millones de sujetos lo que figura el 21,6%. Por otra parte la población Española considera como aspectos muy importantes al trabajo en un 67,9%, la familia es un 85,2%, la salud en un 88,9% y las relaciones de pareja en un 52,1%; como aspectos bastante importantes supone el bienestar económico en un 48,8%, el tiempo libre en un 50,4% y los amigos en un 46,5%; como aspecto poco importantes se encuentra la política en un 31,8% y la religión en un 28,4%; y la tasa de privación material en el mismo país, es decir lograr afrontar gastos imprevistos, gastos de vivienda y el no disponer de electrodomésticos alcanza el 13,2% de la población.

La Organización The Economist Intelligence – EIU (2015) realizo una investigación a nivel mundial sobre el Índice de Calidad de Vida para lo cual se evaluó a la población adulta de 140 ciudades del mundo en la que se enfocó en áreas como estabilidad, servicio de salud, ambiente, infraestructura, cultura y educación. El estudio reflejo que a partir del 2010 el promedio de calidad de vida disminuyo el 1%, y por otra parte en estabilidad y seguridad descendió en un 2% debido a los conflictos y a la crisis dentro del aspecto económico. Los resultados finales arrojaron que la Cuidad de Australia (Melbourne) tiene el mejor Índice de Calidad de Vida en un 97,5%; en segundo lugar se posiciona la Cuidad de Austria (Viena) con un 97,4%; mientras que en el tercer, cuarto y quinto lugar se encuentran Ciudades Canadiencies (Vancouver) con un 97,3%, (Toronto) con un 97,2%, (Calgary) con un 96,6%; y el quinto lugar también lo ocupa la Cuidad de Australia (Adelaide) con un 96,6% respectivamente.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2015) en la publicación de su informa sobre Desarrollo Humano muestra datos estadísticos de 156 países que representan el 98% de la población mundial en los cuales se logra evidenciar que aproximadamente 795 millones de individuos sufren de hambre extrema lo cual provoca la

muerte en primer orden a niños y mujeres, 883 millones de personas (jóvenes y adultos) son analfabetos, 204 millones de individuos se encuentran desempleados de los cuales 74 millones son de rango joven y por otra parte 168 millones de infantes ejecutan actividades laborales lo cual constituye el 11% de la población mundial infantil: se estima bajos porcentajes con respecto a la protección social ya que únicamente el 27% cuenta con sistemas de seguridad; las mujeres obtienen el 24% menos que la remuneración recibida por los hombres a pesar que contribuyen con el 52%en el ámbito laboral y el sexo masculino aporta con el 48%; en cuanto a la riqueza global únicamente el 6% del 80% de la población mundial la ostenta.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE (2011) llevo a cabo una investigación en la cual incluyo a países Latinoamericanos como Chile, Brasil y México. Dentro de los aspectos para evaluar el bienestar y calidad de vida de dichos países se evaluó principalmente: empleo, educación, ingresos, salud, medio ambiente, comunidad y compromiso cívico. Chile evidencia progreso en lo que concierne a su calidad de vida ya que el 77% en general indican presentar gozo por sus objetivos cumplidos, tranquilidad y dicha, el 61% poseen empleo pagado, el 71% han adquirido título de instrucción secundaria, la expectativa de vida al nacer es de 78 años aproximadamente y el 82% menciona tener a alguien de confianza en momentos de dificultad. México ascendió en la calidad de vida de su población principalmente en áreas de educación, salud y empleo ya que el 85% muestra agrado ante la vida al reflejar satisfacción por sus objetivos cumplidos, tranquilidad y dicha, el 60% mantienen empleo pagado, el 36% presenta título de instrucción secundaria, la expectativa de vida al nacer es de los 74 años aproximadamente y el 76% alude contar con alguien de confianza en omentos de dificultad. Brasil también refleja avance en la calidad de vida de su localidad ya que el 82% relatan encontrarse satisfechos con su vida, el 68% tienen empleo pagado, el 41% presenta título de instrucción secundaria, la expectativa de vida al

nacer es de los 74 años aproximadamente y el 88% apunta tener a alguien de confianza en momentos de dificultad.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2013-2014) publico datos estadísticos referentes a la disminución de pobreza, progreso financiero, permanencia en ámbito económico y desigualdad en los países Latinoamericanos y del Caribe. Dentro del Índice de Desarrollo Humano se estima un incremento anual promedio de 0,94& en el ámbito educativo, sanitario y de expectativa de vida ya que mediante una valoración en escala de 0 a 10 dio a conocer un promedio de 6.306 lo cual brinda una calificación alta en la satisfacción general con la vida; en el ámbito educativo únicamente el 50% representa la cifra de mujeres con al menos instrucción secundaria y por otra parte el nivel de analfabetismo en adultos es del 11% ya que los países con mayor deserción en el área educativa son Guatemala, Nicaragua, y El Salvador; dentro de los países de estudio existe una notable percepción de seguridad baja en comparación a otros países del mundo como África en donde la cifra representa el 55,3%, Asia Central y Europa el 53%, Asia Meridional el 66,9% y los Estados Árabes con el 62,9%; debido al progreso económico y al aumento de empleo el número de personas de clase media ascendió en un 74% y la tasa de homicidios se ve representada por 10 delitos por cada 1000.000 habitantes principalmente en El Salvador y Honduras en donde se evidencia elevadas cifras de violencia.

Creative Future Company FUTUREBRAND (2015-2016) en los resultados de su investigación denominada Country Brand Report América Latina realizada en Madrid da a conocer el reporte cuantitativo en cuanto a variedad de dimensiones dentro de los cuales se encuentra la calidad de vida de dicha población tomando como indicadores la salud y educación, estándar de vida, deseo de vivir, y estudiar en dicho país, y la seguridad. En Brasil el 54% de los habitantes muestran satisfacción con su calidad de vida en general; dentro de

los indicadores evaluados el 55% se siente a gusto en cuanto a la salud y educación, el 55% evidencia agrado con respecto al estándar de vida que presentan, el 58% dice sentir el deseo de vivir y estudiar en dicho país y el 46% lo posiciona como un lugar seguro. En Argentina el 54% de la población refiere sentirse a gusto con su calidad de vida en general; dentro de las áreas investigadas el 53% siente agrado con la salud y educación recibidas, el 55% mantiene un adecuado estándar de vida, el 56% evidencia deseo de vivir y estudiar en dicho país y el 53% considera que es un territorio seguro. En México el 44% de los encuestados relata mantener una adecuada calidad de vida; dentro de los indicadores evaluados el 44% está de acuerdo con la atención de salud y educación, el 47% menciona tener un buen estándar de vida, el 46% evidencia agrado con respeto a vivir y estudiar ahí y únicamente el 37% lo ubica como un país seguro. En Chile el 48% refleja satisfacción con su calidad de vida, dentro de las áreas encuestadas el 46% considera adecuada la atención de salud y educación, el 49% valora como positivo su estándar de vida, el 48%siente deseo de vivir y estudiar ahí y el 48% lo posiciona como un país seguro. En Uruguay el 43% de los evaluados considera a su calidad de vida apropiada; dentro del área de salud y educación el 44% de la población la califica como efectiva, el 45% se ubica en un buen estándar de vida, el 42% evidencia deseos de vivir y estudiar ahí y el 43% lo considera como un país seguro. En Perú el 42% siente complacencia con su calidad de vida; el 40% menciona que los servicios de salud y educación son los adecuados, el 39% está satisfecho con su estándar de vida, el 44% relata sentirse a gusto de vivir y estudiar ahí y el 44% lo posiciona como un país seguro respectivamente.

Según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2011) refiere que Ecuador dentro de los países del mundo se posiciona en el puesto 83 según el informe del Índice de Desarrollo Humano (IDH), los indicadores que fueron tomados en cuanta para dicha evaluación fueron esperanza de vida al nacer, bienestar familiar,

escolaridad y el ingreso familiar, es decir es considerado como un país que proporciona buena calidad de vida a sus habitantes; antecedentes muestran que la pobreza en Diciembre del 2007 bajo del 36,74% al 24,75% a Septiembre del 2014 y por otra parte en el mismo periodo de tiempo la pobreza extrema del 16,45% disminuyo al 8,56%, en Diciembre del 2008 la tasa de desempleo de 5,95% se redujo a 3,90%; así se puede concluir que se postula durante la última década como uno de los países líderes debido a la reducción de desigualdad es la región a una tasa promedio anual de -1,7%.

La Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES (2013) público un informe realizado por el Plan Nacional del Buen Vivir entre el 2012 y 2013 en el que se da a conocer que Ecuador redujo el índice de pobreza de 11,2% a 8,6%, destacando dicha disminución en el área rural de 23,3% a 17,4%; el acceso de asistencia a educación básica aumento en mayor cantidad en el área rural de 65,5% a 71% y el nivel de alfabetismo evidencio una marcada reducción de 11% a 7,6%; la mortalidad materna descendió de 70,4% a 60,2% y el número de hogares con disponibilidad a red pública de agua ascendió de 74,5% a 75,3% respectivamente.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – ECV (2015) arroja que Ecuador mediante una encuesta de aproximación realizada a los impactos en el ámbito económico y las condiciones de vida de 28.970 hogares a nivel nacional evidencia una mejor calidad de vida. Es decir, entre el periodo 2006 y 2014 dentro de las áreas urbanas y rurales el hacimiento disminuye de 29,2% a 15,6% debido a la modificación adecuada del contexto en los hogares de la población más pobre; la disponibilidad de agua por red pública aumenta de 66,9% a 78,0%; la tasa de matrícula en educación básica mejoro de 90% a 95%; el acceso al seguro de salud ascendió de 21,4% a 41,4% a nivel nacional pero evidenciando mayor cobertura dentro del área urbana ya que sube de 22,2% a 43,5% proporcionalmente.

Luego de una exhausta investigación y al no evidenciar resultados referentes a la variable de respuestas de afrontamiento se toma como referencia a la población penitenciaria.

La Procaduria Penitenciaria de la Nación – PPN (2014) refiere que en Argentina se publicó el informe de actualización estadística en la que se dio a conocer en número de Personas Privadas de Libertad - PPL(s) a nivel mundial según datos de International Center for Prision Studies (2013) en la que evidencia que la población carcelaria a nivel mundial es de 10.179.752 PPL(s) con una tasa de reclusión de 144 PPL(s) por cada 100.000 habitantes. En EE.UU, Rusia, Brasil y China se encuentra el 50% de los PPL(s) ya que la cantidad sobrepasa los 5.109.354; en primer lugar datos actualizados hasta el 2013 reflejan la cantidad de 2.217.000 PPL(s), posterior se ubica China con datos actualizados hasta el 2014 con una cifra de 1.290.000 PPL(s), en tercer lugar con datos actualizados hasta el 2015 se posiciona Rusia con 642.470 PPL(s), en cuarto lugar se ubica Brasil con datos actualizados hasta el 2014 con un numero de 607.731 PPL(s), y en el quinto lugar se encuentran India con 418.536 PPL(s), Inglaterra y Gales con 85.982 PPL(s) según actualizaciones hasta el 2014 y 2015. Posterior dichos datos publicados y a la actualización de los mismos en su página WEB dio a conocer que a partir del 2013 hasta noviembre 2015 existió una ampliación de 1,02% puesto que dio la suma de 10.363.066 PPL(s) es decir aumento a 180.108 PPL(s) aproximadamente. El primer país es EE.UU ya que estima tener 2.217.000 PPL(s), en segundo lugar se posiciona China con 1.657.812 PPL(s), el tercer país es Rusia con 642.470 PPL(s), en cuarto lugar se encuentra Brasil con 607.731 PPL(s) y en el quinto lugar India con 418.536 PPL(s).

El Centro Internacional de Estudios Penitenciarios – ICPS (2015) en Inglaterra realizo la publicación de datos estadísticos referentes al crecimiento de la población penitenciaria a nivel mundial. El número de PPL(s) en el año 2013 en Estados Unidos alcanza la cifra de 2.217.000 y en Rusia el total es de 667.546; en el año 2015 Alemania supera los 61.872,

China cuenta con 1.657.812, Irán posee la cantidad de 225.624 y Brasil presenta 607.700; en el Reino Unido sobrepasa los 85.743, España alcanza los 65.281 y México cuenta con 256.941. Por otra parte con respecto a la tasa de reclusos se deduce que el número de reos por cada 100.000 habitantes en EE.UU es de 698, Rusia 463, Brasil 300, Irán 290, México 214, Reino Unido 148, España 140, China 119 y Alemania 76. Referente a la sobrepoblación carcelaria sobresalen cuatro países Latinoamericanos como son Haití con el 416%, El Salvador con el 320%, Bolivia con el 256% y Paraguay con el 131%; y tres de la Unión Europea entre los cuales destacan Italia con el 140%, Francia con el 119% y Portugal con el 116%.

El Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención y el Tratamiento del Delincuente – ILANUD (2012) en Costa Rica público un artículo en el que se da a conocer la Situación de los Sistemas Penitenciarios de América Latina y tomo como puntos de referencia la sobrepoblación, porcentaje por género, cifra total de PPL(s) y número de individuos sin condena.

Brasil en el 2007 poseía una capacidad de sistema para 215.003 PPL(s) pero la población existente excedía los 371.482 PPL(s) lo que dio lugar a la sobrepoblación con una densidad de 173% y de igual manera en el 2011 presentaba una capacidad de sistema para 305.841 PPL(s) y la cifra de población alcanzaba los 512.285 PPL(s) lo que conllevo a la sobrepoblación con una densidad del 168%; por otra parte en el 2008 la población penitenciaria correspondía a 440.526 PPL(s) de los cuales 413.334 PPL(s) (94%) eran hombres y 27.192 PPL(s) (6%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad aumenta a una cifra de 512.285 PPL(s) de los cuales 477.322 PPL(s) (93%) eran hombres y 34.963 PPL(s) (7%) eran mujeres; con respecto a las personas presas sin condena se estima que en el 2008

existía 44% de individuos bajo dicha circunstancia y para el año 2011 la cifra aún se mantenía.

Colombia en el 2007 tenía una capacidad de sistema para 52.437 PPL(s) pero la población presente era de 61.133 PPL(s) lo que provoco la sobrepoblación con una densidad de 117% y de similar forma en el 2011 mostraba una capacidad de sistema de 72.785 PPL(s) pero la cifra de población existente llegaba a los 93.387 PPL(s) lo que dio lugar a la sobrepoblación con una densidad del 128%; con respecto al género en el 2008 la población penitenciaria se veía representada por 87.673 PPL(s) de los cuales 78.385 PPL(s) (89%) eran hombres y 9.288 PPL(s) (11%) eran mujeres y en el año 2011 la cantidad aumenta a los 93.387 PPL(s) de los que 86.698 PPL(s) (93%) eran hombres y 6.689 PPL(s) (7%) eran mujeres; con respecto a las personas presas sin condena se deduce que en el 2008 existía una cifra del 4o% y en el año 2011 se redujo al 28%.

Costa Rica en el 2007 presentaba una capacidad de sistema para 7.931 PPL(s) pero la población en dicho lugar era menor a los 7.862 PPL(s) y aun así conllevo a la sobrepoblación con una densidad de 99% y en el 2011 refería una capacidad de sistema para 8.894 PPL(s) pero la cifra de población era superior a los 11.339 PPL(s) lo que provoco la sobrepoblación con una densidad del 127%; en el año 2008 la población penitenciaria contaba con un total de 8.610 PPL(s) de los cuales 8.048 PPL(s) (93%) eran hombres y 562 PPL(s) (7%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad aumenta a una cifra de 11.339 PPL(s) de los cuales 10.663 PPL(s) (94%) eran hombres y 676 PPL(s) (6%) eran mujeres; dentro de la cifra de personas presas sin condena se calcula que en el 2008 existía una cantidad del 23% y en el año 2011 la cifra aún se mantenía.

El Salvador en el 2007 evidenciaba una capacidad de sistema para 7.770 PPL(s) pero la población superaba a los 12.581 PPL(s) lo que incito a la sobrepoblación con una densidad de

162% y de igual manera en el 2011 poseía una capacidad de sistema para 8.187 PPL(s) pero la población existente también excedía los 24.399 PPL(s) lo que a la vez provoco la sobrepoblación con una densidad del 298%; por otra parte en el año 2008 la población penitenciaria sumaba un total de 18.610 PPL(s) de los cuales 17.322 PPL(s) (93%) eran hombres y 1.288 PPL(s) (7%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad aumenta a una cifra de 24.399 PPL(s) de los cuales 22.026 PPL(s) (90%) eran hombres y 2.373 PPL(s) (10%) eran mujeres; se estima que las personas presas sin condena se estima que en el 2008 llegaba a una cantidad del 35% y para el año 2011 se redujo al 29%.

México en el 2007 refería una capacidad de sistema para 158.968 PPL(s) pero la población era superior a los 204.130 PPL(s) lo que a la vez indujo a la sobrepoblación con una densidad de 128% y de forma similar en el 2011 tenía una capacidad de sistema de 184.193 PPL(s) pero la cifra de población en dicho lugar era de 225.697 PPL(s) lo que incito a la sobrepoblación con una densidad del 123%; en el 2008 la población penitenciaria alcanzaba los 217.457 PPL(s) de los cuales 206.334 PPL(s) (95%) eran hombres y 11.123 PPL(s) (6%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad sube a una cifra de 225.697 PPL(s) de los cuales 215.453 PPL(s) (95%) eran hombres y 10.244 PPL(s) (5%) eran mujeres; por otra parte dentro de las personas presas sin condena se deduce que en el 2008 existía una cifra del 41% y para el año 2011 del 43%.

Panamá en el 2007 mostraba una capacidad de sistema para 7.216 PPL(s) pero la población presente era de 11.617 PPL(s) lo que dio lugar a la sobrepoblación con una densidad de 161% y en el 2011 evidenciaba una capacidad de sistema para 7.443 PPL(s) pero la cifra de población presente era de 13.397 PPL(s) lo que de igual manera provoco la sobrepoblación con una densidad del 122%; en el año 2008 la población penitenciaria se veía representada por 9.324 PPL(s) de los cuales 8.716 PPL(s) (93%) eran hombres y 608 PPL(s)

(7%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad se extiende a una cifra de 13.397 PPL(s) de los cuales 12.455 PPL(s) (93%) eran hombres y 942 PPL(s) (7%) eran mujeres; con respecto a las personas presas sin condena se estipula que en el 2008 existía una cifra del 55% y para el año 2011 del 70%.

Paraguay en el 2007 poseía una capacidad de sistema para 4.874 PPL(s) pero la población existente excedía los 6-238 PPL(s) lo que provoco la sobrepoblación con una densidad de 128% y de igual manera en el 2011 tenía una capacidad de sistema de 5.863 PPL(s) pero la cifra de población era superior a los 7.161 PPL(s) lo que indujo a la sobrepoblación con una densidad del 122%; en el 2008 la población penitenciaria llego a 5.969 PPL(s) de los cuales 5.678 PPL(s) (95%) eran hombres y 291 PPL(s) (5%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad supera la cifra de 7.161 PPL(s) de los cuales 6.714 PPL(s) (94%) eran hombres y 447 PPL(s) (6%) eran mujeres; dentro del número de personas presas sin condena se calcula que en el 2008 existía una cantidad del 70% y para el año 2011 del 71%.

Brasil en el 2007 poseía una capacidad de sistema para 215.003 PPL(s) pero la población existente excedía los 371.482 PPL(s) lo que dio lugar a la sobrepoblación con una densidad de 173% y de igual manera en el 2011 presentaba una capacidad de sistema para 305.841 PPL(s) y la cifra de población alcanzaba los 512.285 PPL(s) lo que conllevo a la sobrepoblación con una densidad del 168%; por otra parte en el 2008 la población penitenciaria correspondía a 440.526 PPL(s) de los cuales 413.334 PPL(s) (94%) eran hombres y 27.192 PPL(s) (6%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad aumenta a una cifra de 512.285 PPL(s) de los cuales 477.322 PPL(s) (93%) eran hombres y 34.963 PPL(s) (7%) eran mujeres; con respecto a las personas presas sin condena se estima que en el 2008 existía 44% de individuos bajo dicha circunstancia y para el año 2011 la cifra aún se mantenía.

República Dominicana en el 2007 tenía una capacidad de sistema para 9.210 PPL(s) pero la población en dicho lugar llegaba a los 12.708 PPL(s) lo que conllevo a la sobrepoblación con una densidad de 138% y en el 2011 presentaba una capacidad de sistema de 12.207 PPL(s) pero el número de la población llegaba a los 21.207 PPL(s) lo que provoco la sobrepoblación con una densidad del 178%; en el año 2008 la población penitenciaria sumaba los 16.008 PPL(s) de los cuales 15.473 PPL(s) (97%) eran hombres y 535 PPL(s) (3%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad sube a los 21.473 PPL(s) de los cuales 20.685 PPL(s) (97%) eran hombres y 583 PPL(s) (3%) eran mujeres; por otra parte con respecto a las personas presas sin condena se deduce que en el 2008 existía una cifra del 76% y para el año 2011 del 64%.

Uruguay en el 2007 poseía una capacidad de sistema para 9.210 PPL(s) pero la población superaba a los 12.708 PPL(s) lo que indujo a la sobrepoblación con una densidad de 138% y de igual forma en el 2011 poseía una capacidad de sistema de 12.207 PPL(s) pero la cifra de población existente excedía a los 21.688 PPL(s) lo que dio lugar a la sobrepoblación con una densidad del 178%; en el año 2008 la población penitenciaria contaba con 7.706 PPL(s) de los cuales 7.170 PPL(s) (93%) eran hombres y 535 PPL(s) (7%) eran mujeres y para el año 2011 la cantidad supera la cifra de 9.021 PPL(s) de los cuales 8.353 PPL(s) (93%) eran hombres y 668 PPL(s) (7%) eran mujeres; se evidencia que la cantidad de personas presas sin condena en el 2008 era del 64% y para el año 2011 del 66% aproximadamente.

La Procaduria de la Nación – PPN (2014) en su actualización estadística refiere que Latinoamérica selecciono a 10 países que representan el 6% de la población mundial y el 9% de PPL(s) del mundo entre los cuales destaca Venezuela, Chile, Bolivia, Colombia, Argentina, Brasil, Paraguay, Ecuador, Uruguay y Perú con un total de aproximadamente 1.018.846 PPL(s) hasta el 2014 con una tasa de 247 PPL(s) por cada 100.000 habitantes. Se

evidencia un incremento de la población penitenciaria en un 237% entre el año 1996 y 2014 en donde Brasil se encuentra encabezando la lista con una cifra de 607.731 PPL(s) – 59,6%, posterior se encuentra Colombia con un total de 113.623 PPL(s) – 11,2%, en tercer lugar postula Perú con una cantidad de 71.961 PPL(s) – 7,1% y finalmente se ubica Argentina con un numero de 69.060 PPL(s) – 6,8% y los otros países se hallan con un porcentaje inferior al 5% respectivamente.

El Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente – ILANUD (2012) en su artículo menciona que Ecuador en el 2007 poseía una capacidad de sistema penitenciario para albergar a 7.518 PPL(s) pero la población existente excedía los 12.081 PPL(s) lo que daba lugar a una sobrepoblación con una densidad de 161% y en el 2011 presentaba una capacidad de sistema para 10.585 PPL(s) pero de igual manera la cifra de población existente excedía los 15.420 PPL(s) lo que conllevaba a la sobrepoblación con una densidad de 146%; además en el año 2008 el número total de PPL(s) correspondía a 16.248 PPL(s) de los cuales el 90% es decir 14.666 PPL(s) eran hombres y el 10% que corresponde a 1,582 PPL(s) eran mujeres y en cambio para el año 2011 la cantidad disminuye a una cifra de 15.420 PPL(s) de los cuales el 92% que corresponde a 14.207 PPL(s) eran hombres y el 8% que representa a 1.5420 PPL(s) eran mujeres; por otra parte dentro de personas presas sin condena se estima que en el 2008 era del 46% y para el año 2011 del 45%.

El Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos – MJDHC a través de la Subsecretaria de Rehabilitación, Reinserción y Medidas Cautelares (2014) público datos estadísticos en relación al Sistema Penitenciario Ecuatoriano. Hasta dicho año la demanda constaba de 27.165 PPL(s) divididos en 31 Centros de Rehabilitación Social (CRS) con 24.796 PPL(s), 18 Centros de Detención Provisional (CDP) con 1.428 PPL(s), 3 Casas de

Confianza (CC) con 330 PPL(s) y 11 Centros de Adolescentes Infractores (CAI) con 610 PPL(s). según las cifras recolectadas en el Censo Penitenciario llevado a cabo en el año 2008 se revela que según el sexo el 89% son hombres y el 11% son mujeres de os cuales el 88% presenta nacionalidad ecuatoriana y el 12% restante nacionalidad extranjera; dependiendo el nivel educativo el 4% no posee ningún grado de instrucción aprobada, mientras que el 42% tiene instrucción básica, el 45% bachillerato y apenas el 9% instrucción superior; por su estado civil se evidencia que el 55% son casados, 34% solteros, 3% divorciados y el 2% viudos; según la etnia e 75% se considera mestizo, 10% negro, 8% mulato, 5% indígena y el 2% que forma parte de otro grupo étnico; por el delito se destaca que el 34% se relaciona con drogas, 30% en contra de la propiedad privada, 15% en contra de la integridad de la otra persona y el 10% por delitos sexuales y a la vez el 77% es considerado como autor principal del delito, 17% coautor y el 6% encubridor.

El Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos – MJDHC (2014) indica que en Ecuador según la información estadística de los Centros de Privación de Liberad hasta el mes de agosto de dicho año se encontraban 26.821 PPL(s) de los que aproximadamente el 91,63% son varones y están divididos en Centros de Rehabilitación Social, Centros de Detención Provisional y Casas de Confianza. Dependiendo el origen se logra evidenciar que 90,56% son de nacionalidad Peruana y Española. De acuerdo a las Zonas de Planificación en la Zona 8 se halla el 36,99% de la Población Penitenciaria a nivel nacional. Por la localización el 90,10% se ubican en los CRS que se distribuye en primer lugar el CRS Guayaquil Varones que cuenta con 19,22% de PPL(s), en segundo lugar el CRS Regional Guayas con el 14,22% de PPL(s), posterior el CRS Regional Sierra Centro Norte Latacunga con 8,84% de PPL(s). Con respecto a los CPL existe el 49,10% de personas con sentencia, el 47,36% de procesados, el 2,35% de apremio y el 1,19% por contravención.

1.2.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre las respuestas de afrontamiento y la calidad de vida?

1.3 Justificación

La presente investigación está encaminada a conocer la situación y la realidad de la población penitenciaria, la experiencia adquirida con anterioridad en prestigioso centro de prácticas permite mencionar que dicho grupo se encuentra inmerso en una serie de contrariedades por el adaptarse individual y socialmente ya que se ve influenciado notablemente por factores internos como son la personalidad, inteligencia, motivaciones, aptitudes e intereses personales, y factores externos como el ámbito social y familiar.

Se pretende identificar de qué manera las Personas Privadas de Libertad - PPL(s) enfrentan las situaciones estresantes que surgen cotidianamente y a la vez como las mismas

se relacionan con su bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación e inclusión social.

La implicación practica busca en si resolver un problema palpable ya que el elevado o bajo índice de calidad de vida son dos escenarios de los Centros de Rehabilitación Social; por una parte existen PPL(s) que no desarrollan recursos lo cual los inestabiliza emocional, social y psicológicamente reflejando así bajos niéveles de autoestima, ansiedad, sentimientos de culpa e inferioridad, agresividad y resentimiento con la sociedad y por otra parte existen PPL(s) con mayor número de herramientas para afrontar de manera positiva diversidad de situaciones y a la vez reflejan mejor desenvolvimiento e intentos de sobresalir mediante la aplicación a actividades en su beneficio.

Mediante los datos adquiridos se busca dar a conocer a la sociedad y a quienes dirigen dichas instituciones que hay mucho por trabajar para lograr el desarrollo integral del ser humano tomándola como alternativa e iniciativa de rehabilitación que permita una reinserción social positiva; de no realizarse la investigación no se contara con una guía cuantitativa en cuanto al estado de salud mental de la población en estudio que nos permita llevar a cabo la propuesta de solución enfocada a la potencialización de las respuestas de afrontamiento y de las habilidades sociales ante situaciones estresantes mediante la creación de programas psicoterapéuticos encaminados a elevar el nivel de bienestar y calidad de vida.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre las respuestas de afrontamiento y la calidad de vida de las Personas Privadas de Libertad del Pabellón de Mínima Seguridad de la Etapa de Hombres del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar los tipos de Respuestas de Afrontamiento cognitivas y conductuales más relevantes en la población de estudio.
- Identificar los niveles de Calidad de Vida de las Personas Privadas de Libertad evaluadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Respuestas de afrontamiento

El presente estudio se refuerza con investigaciones previas realizadas por otros autores, evidenciando a continuación las conclusiones más destacadas:

Castaño, E., y León del Barco, B. (2010) en España ejecutaron un estudio que busca describir las relaciones entre el estilo de conducta interpersonal auto-informado y las respuestas de afrontamiento. La muestra utilizada fue de 162 estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos reflejan que la respuesta de afrontamiento más utilizada es la de apoyo social en un (45%), posterior la de resolución de problemas en un (15%) y la menos manejada fue la de retirada social y evitación de problemas en un (5%) correspondientemente.

Barrios, N., Sánchez, L. y Salamanca, Y. (2013) en Colombia ejecutaron un estudio que posee como objetivo analizar la relación entre patrones de personalidad patológica y respuestas de afrontamiento. La muestra utilizada fue de 117 estudiantes. Los resultados reflejan que las respuestas más manejadas son la solución de problemas con un (76,9%), seguido de evitación cognitiva (75,2), búsqueda de apoyo profesional (70,9%) y por ultimo búsqueda de apoyo social (69,2%); mientras que la menos utilizadas son religión (48,7%), autonomía (45,3%) y la expresión de la dificultad de afrontamiento (13,7%); por otra parte las mujeres utilizan en mayor numero la solución de problemas (78,3%), evitación cognitiva (77,1%) y búsqueda de apoyo social (73,5%); mientras que en los hombres destacan

reevaluación positiva (79,4%), solución de problemas (73,5%), evitación cognitiva y negación con un (70,6%) cada una.

Rodríguez, F., Estrada, C., Rodríguez, L. y Bringas, C. (2014) en México realizaron un estudio que tiene como objetivo el adaptar el Inventario de Estrategias de Afrontamiento al contexto penitenciario; para esto se basó en una muestra que fue establecida por la Dirección del Sistema Postpenitenciario y atención a libertados del Estado de Jalisco con 261 penados. Los resultados de la exploración señalan que se consiguió el (66%) de varianza general de la propuesta original, ya que revelan las respuestas de afrontamiento razonadas por los PPL(s) como efectivos o no; por otra parte refleja cuales son los contextos en los que se ha evaluado dichas respuestas y a la vez detectando problemas definidos como estresantes, aquí prevalecen los problemas familiares que han surgido durante la reclusión en un (34%), problemas directos derivados de la reclusión en un (32%), desadaptación social en integración en un (18,4%), problemas interpersonales en un (10,7%) y otros en un (4,6%).

Sierra, H., Guichá, A. y Salamanca, C. (2014) en Colombia llevaron a cabo un estudio que refleja como objetivo el estipular la relación entre estilos de personalidad y respuestas de afrontamiento en estudiantes de psicología de una Universidad Colombiana. Se trabajó con un diseño descriptivo correlacional, no experimental con una muestra de 120 individuos (85 mujeres y 35 hombres) con edades advertidas entre los 18 y 33 años. Los resultados indican que en cuanto a las respuestas de afrontamiento el mayor puntaje son: solución de problemas (41,3%), apoyo social (33,1%), apoyo profesional (29,8%), evitación cognitiva (28,1%) y reevaluación positiva (41,3%); con relación al sexo las mujeres se describieron sobre los hombres por manejar en mayor porcentaje las respuestas de: apoyo social (37,2%); por su parte los hombres frente a las mujeres demostraron mayor uso de solución de problemas

(45,7%), espera (20%), evitación emocional (17,1%), apoyo profesional (31,4%), evitación cognitiva (28,6%), reevaluación positiva (57,1%) y negación (25,7%).

Martínez (2015) en España llevo a cabo un estudio que posee como objetivo conocer el modo de defenderse del estrés en el profesorado de secundaria, analizando la relación existente entre el síndrome de burnout y las respuestas de afrontamiento. La muestra utilizada fue de 221 docentes de centros públicos y privados. Los resultados obtenidos evidencian que las respuestas de afrontamiento según su utilización varían de la siguiente forma: focalización en la solución de problemas: (26,7%) uso elevado, (48%) uso medio, (25,3%) uso bajo; autofocalización: (29%) uso elevado, (44,3%) uso medio, (26,7%) uso bajo; reevaluación positiva: (24,9%) uso elevado, (48,9%) uso medio, (26,2%) uso bajo; expresión emocional abierta: (31,4%) uso elevado, (35,9%) uso medio, (32,7%) uso bajo; religión: (31,7%) uso elevado, (29,4%) uso medio, (38,9%) uso bajo; evitación: (27,1%) uso elevado, (44,8%) uso medio, (28,1%) uso bajo; búsqueda de apoyo social: (28,5%) uso elevado, (46,2%) uso medio, (25,3%) uso bajo.

Ramírez, et al. (2015) en Colombia consumaron un estudio que asume como objetivo determinar las afecciones psicológicas, respuestas de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en un municipio Colombiano. La muestra utilizada fue de 677 participantes seleccionados mediante muestreo aleatorio por afijación proporcional. Los resultados obtenidos determinan que dentro de las afecciones psicológicas de la población se refleja ansiedad y depresión (83,6%), psicoticismo (15,4%), conversión (87,7%) y alcoholismo (66,5%); los resultados obtenidos en las respuestas de afrontamiento indican religión (29,4%), búsqueda de apoyo social (46,2%) y evitación (29,4%); en los datos descriptivos de los niveles de resiliencia presentan resiliencia escasa (7,4%), resiliencia moderada (60,6%) y resiliencia alta (32,1%).

2.1.2 Calidad de vida

Limonero, J., Tomas, J., Fernández, J., Gómez, M. y Ardilla, A. (2012) en España ejecutaron un estudio que está encaminado a investigar la relación entre resiliencia y satisfacción con la vida y también examinar si esta relación esta moderada mediada por la regulación emocional observada. La muestra estuvo formada por 254 universitarios de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Los resultados obtenidos reflejan que la resiliencia correlaciona de manera positiva con la reparación emocional y la satisfacción con la vida, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas se evidencia que 51% estudiantes (20,1%) son resilientes y se sienten satisfechos con su calidad de vida.

Rambal, M., Madariaga, C. y Ibáñez, L, (2014) en Colombia efectuaron un estudio que despliega como objetivo establecer la relación entre las respuestas de afrontamiento y el bienestar subjetivo, psicológico y social en un Centro de Reclusión Femenino en el Caribe Colombiano. La muestra tratada para la investigación fue de un total de 26 PPL(s). Los resultados conseguidos indican que el bienestar psicológico de la dimensión crecimiento personal tiene un (88,5%) ya que las PPL(s) están completamente de acuerdo con el proceso de cambio tanto a nivel personal y un sobresaliente futuro, posterior sigue el propósito de vida con un (80,8%) ya que se perciben que poseen sueños e ilusiones por llevar a cabo, el dominio del entorno con (46,2%) y la autonomía con el (38,5%); por otra parte dentro de la variable de bienestar social en el aspecto de integración social calcula un (76,9%) puesto que las PPL(s) relacionan la sociedad con miedo y suspicacia dando así desacuerdo en cuanto a la apreciación de importancia para la colectividad, en la aceptación social las PPL(s) perciben el (15,4%) de disfrute por formar parte de la sociedad y aceptación de la vida propia y de los demás; en la coherencia social las PPL(s) reflejan el (11,5%) de desacuerdo en que reciben valoración por parte de la sociedad y como contribución al desarrollo de la misma; la

investigación revela que en dicha población no existe relación entre el bienestar subjetivo de las PPL(s) y sus respuestas de afrontamiento lo cual conlleva a un (46,2%) de insatisfacción y (19,2%) de neutral con la vida que evidencian.

Herrera, P., Martínez, N. y Navarrete, C. (2015) en Cuba llevaron a cabo un estudio que tiene como objetivo revelar los resultados de una estrategia de intervención para mejorar los niveles de calidad de vida en adultos mayores. La muestra utilizada fue de 20 adultos mayores. Los resultados evidencian que logro elevar los niveles de calidad de vida en la mayoría de adultos mayores, el autoestima de niveles medios y bajos (55%) incremento a niveles medios y altos (80%); por otra parte el (80%) presentaba estilos de vida con riesgo y posterior a la intervención existió un (80%) de estilo saludable; finalmente se observó un cambio proporcionado en la calidad de vida ya que antes un (35%) presentaba bajo nivel de calidad de vida y mediante la culminación el (100%) evidencio niveles entre media y alta. }

Latorre, P., Gallego, M., Mejía, J. y García, F. (2015) en México consumaron un estudio que busca investigar el consumo de alcohol, tabaco y la práctica deportiva de universitarios mexicanos y españoles y su relación con la calidad de vida influenciada con la salud y la búsqueda de sensaciones. La muestra establecida fue de 309 universitarios, 154 españoles y 155 mexicanos. Como resultados se destacan que la prevalencia de estudiantes que no han ingerido alcohol nunca es más alta entre los mexicanos que entre los españoles (33,5% vs 20,8%), existe una alta prevalencia de consumo de alcohol entre los españoles (78,3%) y (64,5%) entre los mexicanos, refleja diferencia significativa en la prevalencia de tabaquismo: (32,5%) en españoles y (31%) en mexicanos. Es decir, la búsqueda de sensaciones en su escala total y sus dimensiones se correlacionan significativamente con los hábitos de vida mencionados en la investigación y son los estudiantes españoles los que muestran mayor incidencia de consumo de alcohol y tabaco. Como conclusión revela que no coexiste ningún

tipo de corporación entre la periodicidad de consumo de alcohol, tabaco y la práctica deportiva.

Olivi, A., Fadda, G. y Pizzi, M. (2015) en Chile realizaron un estudio que pretende mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos y cualitativos examinar en como establecidos contextos del medio urbano incurren en la calidad de vida de los adultos mayores. La muestra utilizada fue de 200 personas. Los resultados indican que el (36%) piensa que su situación socioeconómica disminuyo después de la jubilación, (47,5%) fundamenta sentir falta de valor a sus opiniones, (40%) se siente amenazado por los desastres, (53,6%) con relación a las perspectivas del futuro ven al entorno como bueno, (57,7%) en la experiencia de la vida hasta ahora ven que su vida ha sido fructífera y un (10%) la creen muy buena, (75%) con la apreciación de su sector lo razona como perfecto para habitar, (66%) se siente apoyado por parte del núcleo familiar, (84%) considera que sus vecindades no son conflictivas, (83,8%) no sienten discriminación por la edad y últimamente con relación al apoyo por parte de los demás evidencia que la experiencia adquirida le admite dar consejos adecuados en un (31,5%), y de igual manera la experiencia les cede realizar sobresalientemente las cosas en un (22,3%) y la compañía y efecto en un (20,4%).

Loredo, M., Gallegos, R., Xeque, A., Palomé, G., y Juárez, A. (2016) en México efectuaron un estudio que tiene como objetivo establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. La muestra utilizada fue de 116 adultos mayores de la unidad de salud. Los resultados reflejan que el (80,2%) de los encuestados presentan independencia en la realización de las actividades diarias y el (19,8%) dependencia leve. En las actividades de autocuidado el (22,4%) muestran buena capacidad y el (76,6%) muy buena capacidad. Con respecto a la percepción de calidad de vida dentro de la dimensión física el (24%) considera su buena salud y el (56%) regular.

Macías, A., Gutiérrez, C., Carmona, F. y Crespillo, D. (2016) en España presentaron un estudio que tiene como objetivo examinar la relación entre la calidad de vida profesional e inteligencia emocional, y la relación de amas en el logro de objetivos laborales en el Distrito de atención primaria Costa del Sol. La muestra utilizada fue de 247 profesionales de todas las categorías, fijos y contratados. Los resultados obtenidos en la escala de Inteligencia Emocional evidencian apropiada comprensión y regulación (61,1%) y (62,8%), en el aspecto de percepción: el (52,2%) mostraba insuficiente percepción y el (44,9%) presentaban adecuada percepción. Es importante recalcar que bajo la existencia de una adecuada percepción se revela una predisposición positiva a una mayor Calidad de Vida profesional.

Vera, P., Valtierra, A., y Contreras, D. (2016) en Chile efectuaron un estudio que tiene como objetivo determinar si la afectividad es mediadora entre el optimismo y calidad de vida en hombres que tienen sexo con hombres con VIH. La muestra utilizada fue de 116 hombres. Los resultados obtenidos demuestran que el afecto negativo fue un mediador importante del optimismo en relación general a la calidad de vida con un (33%) y por otra parte también el afecto negativo fue un mediador significativo, esta vez de la relación del optimismo y el ambiente en un (15,73%).

2.2 Fundamento teórico

2.2.1 Variable Independiente: Respuestas de afrontamiento

Para abarcar las respuestas de afrontamiento es importante mencionar que se enfocara como base a la corriente cognitiva conductual la cual hace referencia que tanto las emociones como las conductas se ven influenciadas por la manera en que se perciben los sucesos. Dentro de la investigación se toma como referencia autores que encaminan sus saberes a dar conceptualizaciones claras que abarca el tema actual de estudio, pero como punto de partida únicamente nombraremos a tres. Para hablar de respuestas de afrontamiento propiamente dichas se realizó una esquematización que empieza con las habilidades sociales, posterior el afrontamiento y finalmente el tema de interés.

Caballo, V (2007) en su Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales brinda información suficiente sobre esta tópica y lo tomaremos su enfoque ya que define a las habilidades sociales como aquellas conductas ejecutadas por los individuos en las relaciones interpersonales en los que dan a conocer sentimientos, emociones, cualidades, opiniones, respeto hacia el proceder de la sociedad como manera de evitar problemas.

Lazarus y Folkman (1984) enfocan sus estudios en las respuestas de afrontamiento y refieren que el afrontamiento en si se basa en la forma en la que el individuo enfrenta las situaciones estresantes mediante la utilización de estrategias que influyen notablemente en el momento de abordar el evento amenazador.

Moos (1984) dentro de la clasificación de las respuestas de afrontamiento postulo una teoría unificadora en la que refiere que las conductas de afrontamiento que lleva a cabo el sujeto se ejecutan mediante un esquema conceptual en el que influye el sistema ambiental, personal, crisis vitales agudas y transitorias, valoración y respuesta de coping, salud y

bienestar. En 1993 formulo el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A que tiene una amplia utilización dentro del contexto psicológico por lo que se tomara como base de evaluación en la presente investigación.

2.2.1.1 Habilidades sociales

Antecedentes

El termino habilidades sociales se remota a una serie de raíces históricas y publicaciones de realce enfocadas en la modificación conductual de los individuos a través de la instauración de adecuadas pautas sociales.

Roth (1986) refiere que la primera obra fue publicada por Confucio 2.500 años atrás con el objetivo de recopilar las prácticas socialmente adecuadas y someterlas como reglamento general. Posterior 200ª.C en la India mediante la circulación de un amplio texto mitológico busco guiar correctamente el comportamiento social de aquella época. Por otra parte en el siglo XVI y XVII aparecen autores moralistas como Guazzo y Castiglione quienes toman como base fundamental el guiar el comportamiento por medio de la impartición de cursos moralistas enfocadas en el aprendizaje de normas socialmente aceptadas. Después de varios años sin publicaciones referentes al tema 1949 Salter publica su obra "Terapia de Reflejos condicionados" influenciado por las obras de Pavlov, la cual da apertura e importancia dentro del ámbito científico a las habilidades sociales, dichos trabajos dieron a conocer a la conducta asertiva. Joseph Wolpe decide continuar con los trabajos de Salter y el 1958 empieza a utilizar el término "asertividad" a lo que ocho años más tarde se suma Arnold Lazarus y juntos llevan a cabo una nueva teoría sobre la influencia de las relaciones asertivas o positivas en el retraimiento o disminución de los síntomas ansiosos. Durante las dos décadas siguientes (1958-1978) el vocablo asertividad genero gran dominación pero variedad de autores como son Wolpe, Lazarus, McFall y Emmons llevaron a cabo la propuesta de

implantar el término habilidades sociales y como parte fundamental incluyeron a la asertividad dentro del mismo. A partir de aquel tiempo la expresión "habilidades sociales" ha permitido que autores del campo clínico conceptualicen sinónimos de dicho término como comportamiento asertivo y afectividad social.

Michelson y Kazdin (1887) refieren que el comportamiento asertivo es la relación apropiada entre la persona que habla como la que escucha, entre las mismas prevalece el respeto a los derechos, opiniones y sentimientos con una respuesta asertiva, constructiva y positiva.

Warven (1960) menciona que la afectividad social es la respuesta mediante las emociones, sentimientos y pasiones ante diversidad de situaciones.

Conceptualización de las habilidades sociales

Kelly (1987) define a las habilidades sociales como conductas que ejecutan los individuos en circunstancias vinculares a manera de conservar la conexión entre el estímulo y la respuesta en el contexto que se desenvuelven.

Gil (1993) menciona que las habilidades sociales se reflejan en la manera en la que los individuos se comportan en las relaciones de tipo social, son aprendidas con anterioridad, se ejecutan como búsqueda de reforzamiento del ambiente por lo que dichas conductas deben ser efectivas y aceptadas para el ámbito social.

Van, Cook y Gresham (2006) definen a las habilidades sociales como una variedad de conductas que se ejecutan dentro del ámbito social, se manifiestan en la manera de pensar, sentir y actuar de acuerdo a las normas sociales que le permiten interrelacionarse y vivir aceptado por el ambiente. Es indispensable aludir que son conductas instauradas, aprendidas desde la infancia y mediante las relaciones interpersonales se van desarrollando a lo largo que

pasan los años, no se ejecuta únicamente con una población en particular sino en personas de diferente edad, sexo, forma de pensar, etc.

Del Prette y Del Prette (2008) deducen que las habilidades sociales son comportamientos de orden social ya que involucran varios aspectos, son aprendidos y la forma de actuación o respuesta a la diversidad de situaciones depende de los factores desencadenantes y al contexto en el que se encuentra el individuo.

Campo y Martínez (2009) plantean a las habilidades sociales como aquellos comportamientos, formas de pensar y sentir que se repiten gradualmente dentro del núcleo social y a la vez permiten establecer vínculos con los demás; dicha conducta logra ser aprendida, modificada y actualizada a lo largo de los años debido a la influencia recibida por parte de los componentes personales y psicológicos en el individuo.

Lorenzo y Bueno (2011) refieren que las habilidades sociales son respuestas conductuales aprendidas que permiten llevar a cabo de manera adecuada la relación comunicacional y desempeñar asertivamente las situaciones sociales; es decir mejoran las relaciones dentro del ámbito social e interpersonal, eleva la autoestima y reduce la tensión provocada por situaciones sociales estresantes.

Ballester y Gil (2012) concluyen que las habilidades sociales son conductas aprendidas y que dicho aprendizaje depende varios principios como son: una guía apropiada a enseñar y solucionar dificultades a través de la asertividad y diálogo, reiteradas manifestaciones de estima ante la adecuada manera de comportamiento, promover situaciones ficticias en las que el individuo logre desarrollar y mejorar sus habilidades sociales al enfrentarse a la realidad y finalmente proporcionar diversidad de alternativas de solución ante situaciones conflictivas.

Características de las habilidades sociales

Dentro de las características importantes de las habilidades sociales se menciona que es aprendida durante la niñez, presenta predisposición biológica, el temperamento y el aprendizaje intervienen en su desarrollo

Morrison (1990) menciona que desde el momento de nacer el infante puede presentar un sesgo temperamental constituido por el retraimiento o la espontaneidad y que su forma de comportarse tiene gran relación con el sesgo fisiológico de igual manera heredado que influye en las respuestas por parte del niño; es decir el ajuste y desenvolvimiento dentro del ámbito social dentro de esta etapa depende de la relación entre la tendencia biológica y las formas de aprendizaje recibidas.

Buck (1991) refiere que el temperamento influye notablemente en la forma en la que el individuo expresa con espontaneidad sus emociones y a la vez dicha característica le permite el acceso eficaz al medio social con adecuado desarrollo de las habilidades sociales. La competitividad en el área social se relaciona con el temperamento y la experiencia ante la diversidad de situaciones; por lo tanto el temperamento entra en juego cuando la persona no conoce suficientemente sobre la situación que enfrenta y de lo contrario si la persona evidencia experiencia ante dicha situación el elemento que influye en el comportamiento social es el aprendizaje.

Bellack y Morrison (1982) defienden que el comportamiento social se debe a la teoría del aprendizaje y a sus estrategias como es el modelado, reforzamiento o castigo, ejecución de la conducta y las capacidades cognitivas. El modelado establece y aumenta la frecuencia de las conductas aprendidas mediante el lenguaje verbal, no verbal y la instrucción de orden directo con el sujeto; el reforzamiento o castigo pretende aumentar o disminuir la realización de determinadas conductas; la ejecución de la conducta ante diversidad de situaciones que se le

presenten a la persona y el perfeccionamiento de las capacidades cognitivas también intervienen en el desarrollo de las habilidades sociales.

Modelo de las habilidades sociales

Caballo (2007) refiere que a pesar de la diversidad de postulados McFall en 1982 estableció como marco de referencia un modelo general que toma a las habilidades sociales como el resultado de un procesamiento cognitivo y conductual que comienza con la captación adecuada de las señales de tipo interpersonal que provocan reacciones importantes, posterior entra en juego el proceso moldeable de dichas señales encaminadas a forjar y valorar las diferentes reacciones ante dichos estímulos de los cuales el individuo selecciona eficazmente la mejor opción que le permite lograr sus objetivos. Dicho proceso consta de los siguientes estadios:

a) Estadio de descodificación: la información y las señales entrantes captadas ante la situación son receptadas por los órganos de los sentidos, posterior lleva a cabo la identificación de las características más importantes del evento y finalmente interpreta dichos elementos de acuerdo al conocimiento que existe en el sujeto. Esta etapa puede presentar dificultad al llevarse a cabo si el sujeto evidencia síntomas ansiosos que no le permiten captar perceptivamente las sensaciones del medio, disminución en la capacidad de selección y exclusión, presencia de estereotipos, entre otros.

b) Estadio de toma de decisiones: presenta como señal inicial la interpretación de la situación y como señal saliente que el sujeto logre transformar la información y responder adecuadamente ante dicho estimulo. Esta etapa puede fracasar si el sujeto no logra toma otras alternativas ante un problema determinado, dificultad en el proceso de discriminación de procederes adecuados de los no adecuados, bajo nivel de conocimiento en la toma de decisiones.

c) Estadio de la codificación: implica traducir las opciones de respuesta antes mencionadas en una serie secuencial de formas de comportarse basados en la autobservación. Esta etapa puede evidenciar dificultades en el caso que el sujeto refiera síntomas ansiosos que le impiden ejecutar acciones previstas, distorsiones en el área cognitiva, disminución en la capacidad de realización de habilidades de tipo conductual, esquemas mentales de falta de seducción física, dificultad en el proceso de retroalimentación.

Modelo de habilidades sociales de McFall (1982) adaptadas a las necesidades de la evaluación y el tratamiento

Historia Motivación, **Pasada Objetivos Tareas**		
Habilidades de descodificación Recepción Percepción Interpretación	**Evaluación** ¿Quién está en la escena? ¿Dónde tiene lugar la situación? ¿Qué dijeron los demás de la escena? ¿Quién quiere que de quién? ¿Qué emociones se expresaron?	**Entrenamiento** Entrenamiento en percepción social Modificación de actitudes Técnicas de reestructuración cognitiva
Habilidades de decisión Búsqueda de respuestas Comprobación de la respuesta	Definir derechos, responsabilidades y objetivos a corto y largo plazo. Generar alternativas de respuesta.	Entrenamiento en habilidades de solución del problema.

Selección de la respuesta Búsqueda en el repertorio Evaluación de su utilidad	Anticipar y evaluar las consecuencias a corto y largo plazo. Escoger la respuesta.	Entrenamiento en auto instrucciones.
Habilidades de codificación Ejecución Autobservación	Contenido verbal Componentes no verbales Contexto y ocasión Reciprocidad	Entrenamiento en habilidades sociales Practica en vivo Técnicas de autocontrol

Tabla N°1: Modelo de habilidades sociales de McFall (1982) adaptadas a las necesidades de la evaluación y el tratamiento
Fuente: Manual de Evaluación y Tratamiento de las habilidades sociales
Autor: Caballo, V. (2007)

Robinson y Calhoun (1984) apoyan el modelo establecido por McFall y refieren que el individuo desarrolla sus habilidades sociales que le permiten establecer relaciones interpersonales eficaces cuando existe correlación entre todo el proceso cognitivo antes mencionado.

Elementos componentes de la habilidad social

Las habilidades sociales instauradas en los individuos son elementos claves que permiten el desarrollo de conductas sociales adecuadas.

Caballo (2007) concluye que la habilidad social es una conducta integral constituida por dimensiones concretas de índole conductual, cognitivo y fisiológico descritas a continuación:

a) Componentes conductuales: los elementos que operan dentro de este grupo realizan un trabajo integrado (no verbales, paralingüísticos, verbales y mixtos) y a la vez su utilización es indispensable en la ejecución de la conducta habilidosa. Es importante mencionar que el proceso de evaluación durante el comportamiento habilidoso se basa tanto en la cantidad de emisiones realizadas por parte del sujeto, capacidad de sincronizar el comportamiento y distribuir respuestas de acuerdo al proceder de la otra persona.

- Componentes no verbales: la comunicación no verbal forma parte elemental de las habilidades sociales ya que incluso cuando el individuo no se comunica mediante el habla emite mensajes a través de señales y movimientos que pueden ser consientes o inconscientes. La acción y efecto de comunicar no verbalmente logra sustituir u oponerse a lo que generalmente se dice hablando, resalta mediante las emociones lo que se dice oralmente y regulariza la conversación entre emisor y receptor. Cabe mencionar que para que el sujeto logre expresar un mensaje eficaz que le permita establecer relaciones interpersonales adecuadas debe mostrar congruencia con el lenguaje verbal. Dentro de esta clasificación tenemos el contacto ocular, tiempo de respuestas ante un estímulo que capte la atención, expresiones, gestos, sonrisas, mímicas, actitud corporal, apariencia personal, movimientos de partes del cuerpo, miradas y distancia.
- Componentes paralingüísticos: son elementos no verbales que acompañan e interpretan la información de los mensajes vocales e incluso pueden modificar totalmente el significado de los mismos. Dentro de este grupo se encuentra el silencio entre frases, volumen de voz, timbre o calidad de voz, tono e inflexión, fluidez y claridad del habla, tiempo y velocidad de pronunciación.
- Componentes verbales: el lenguaje oral empela las palabras como medio para comunicar el mensaje entre el emisor y el receptor, cabe recalcar que el tema y

contenido de la conversación varían dependiendo la situación y el contexto. En este grupo se encuentran los elementos del habla; elementos presentes en el dialogo entre dos o más personas como son las preguntas, habilidades y retroalimentaciones lingüísticas; elementos ambientales determinados por las variables físicas, sociodemográficas, organizativas, interpersonales y conductuales.

b) Componentes cognitivos: la forma de pensar, sentir y actuar se ve influenciado notablemente por la situación y contexto que enfrenta; dentro del proceso cognitivo es muy importante el modo en el que el sujeto percibe las condiciones, las señales y eventos de la situación determinada. Como características principales del presente componente se encuentran: la competencia cognitiva de encontrar soluciones a la diversidad de problemas mediante la transformación y elaboración de la información de manera activa, las expectativas que encaminan al sujeto a la selección adecuada de conductas, los valores subjetivos que da el sujeto a los estímulos y finalmente los planes de autorregulación determinados por la auto instrucción y autovaloración.

c) Componentes fisiológicos: los aspectos fisiológicos que inciden en el desarrollo de las habilidades sociales son: tasa cardiaca, respiración, presión y flujo sanguíneo.

2.2.1.2 Afrontamiento

Lazarus y Folkaman (1884) mencionan "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p.164). Más ampliamente se lo puede denominar como un proceso que el sujeto ejerce para enfrentar escenarios estresantes a los que está expuesto, pero cabe mencionar que el éxito de la misma dependerá de la capacidad de resiliencia, es decir la manera de como

lograra sobrellevar, recuperarse y fortalecerse del momento traumático a pesar de encontrarse en una circunstancia muy estresante; por otra parte este proceso le permitiría enfrentarse a otras situaciones similares ya que tendrá recursos a utilizar. La manifestación de las reacciones negativas que afectan el nivel emocional se relaciona a las consecuencias estresantes del evento cuando se está llevando a cabo la evaluación de tipo cognitiva en el proceso de afrontamiento.

Casullo y Fernández (2001) entienden como afrontamiento a la manera en la que la persona pone en operación las capacidades de respuesta, en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y en cómo actúa para resolver las diferentes problemáticas a las cuales está expuesto y a la vez reducir el malestar psicológico que las mismas generan, siguiendo la línea de investigación los estudios demuestran que en si no son las situaciones propiamente dichas las que generan las emociones sino la manera en como el sujeto las interpreta al enfrentárselas.

Londoño (2009) propone que el afrontamiento es una gestión en la que se planea acciones encaminadas a impedir secuelas negativas del estresor en el sujeto; todo este proceso necesita esfuerzos dentro del área cognitiva como comportamentales, influye en que el sujeto tenga una manera particular de afrontar las situaciones amenazantes, a todo esto se relaciona las creencias, habilidades en el ámbito social, valores y la manera de responder ante las circunstancias estresantes; por dicha razón se originan procederes individuales y estilos de afrontamiento persistentes y demuestra la manera característica que tiene el sujeto para sobrellevar la situación que le causa malestar.

Recursos de afrontamiento

Andrade (2014) menciona que a los recursos de afrontamiento se las conoce como ventajas en las áreas físicas, individuales y sociales que el sujeto presenta frente a un evento;

es decir el afrontamiento es influenciado por los recursos que tiene el sujeto ya sean destrezas individuales o el contexto capaz de proveer su crecimiento y disminuir las consecuencias de las situaciones estresantes y por ende los recursos que presenta el sujeto dependerá la manera en la que enfrente el evento:

a) Recursos físicos: aquí se incluye el estado de salud adecuado, energía y bienestar físico que le permite al sujeto dar un afrontamiento correcto, disponibilidad a los elementos del ambiente físico.

b) Recursos personales: aquí juega un papel muy importante la personalidad estable y las peculiaridades cognitivas que dan forma al desarrollo del afrontamiento: amor propio, dar lo mejor de sí, buen estado de ánimo y control de impulsos.

c) Recursos sociales: apoyo del ámbito social estable necesario para enfrentar el evento que genera estrés; aquí tenemos al grupo familiar, amigos, personal del ámbito laboral y en si todos los sistemas que proveen soporte emocional mediante el fortalecimiento del afrontamiento.

Evaluación cognitiva del afrontamiento

Vázquez, Crespo y Ring (2003) refieren que la aparición de las reacciones negativas en el ámbito emocional depende del impacto que causa en el sujeto la situación estresante que sucede en el proceso de afrontamiento y al cual se lo llama evaluación cognitiva que ha sido esquematizada en tres fases:

a) Evaluación cognitiva primaria: es la reacción inicial ante el evento suscitado en la cual se valorar las consecuencias positivas, neutras o negativas que dicha situación provoca en el sujeto. Durante la evaluación al analizar que la situación influenciara positivamente en el sujeto le dará al mismo la sensación de bienestar, si se denota que la

influencia es neutra le resultara irrelevante o sin importancia y por otra parte si se le evalúa como negativa la percibirá como un desafío o amenaza dando lugar a la siguiente fase denominada evaluación secundaria.

b) Evaluación cognitiva secundaria: después de considerar como negativa en esta fase se procede analizar los recursos propios que posee el sujeto y que a la vez le permitan el afrontamiento de dicho evento dando como resultado la disminución de las posibles consecuencias negativas lo cual mediara en el resultante estado emocional provocando que el sujeto logre desarrollar optimismo o a la vez desafiar a la situación que enfrenta. Todo este proceso valorativo se da en dos sub etapas:

- Aproximación de las acciones que realiza el sujeto para afrontar dicha situación.
- Evaluación de la capacidad de ejercer las acciones antes mencionadas.

A la presente fase se la denomina como precursora del proceso de afrontamiento ya que aquí se analiza y evalúa la capacidad de afrontamiento y las opciones posibles para seleccionar la estrategia a desarrollar que logre mantener el bienestar tanto físico como mental del sujeto.

c) Evaluación cognitiva terciaria – reevaluación: una vez analizados los recursos que dispone el sujeto para afrontar dicha situación estresante en esta fase se dispone a una nueva reevaluación de la segunda fase de evaluación cognitiva, como resultado permitirá evaluar el grado de amenaza que puede ser mayor o menor con relación a la evaluación cognitiva primaria y así realizar correcciones sobre la previa evaluación cognitiva.

El proceso de afrontamiento

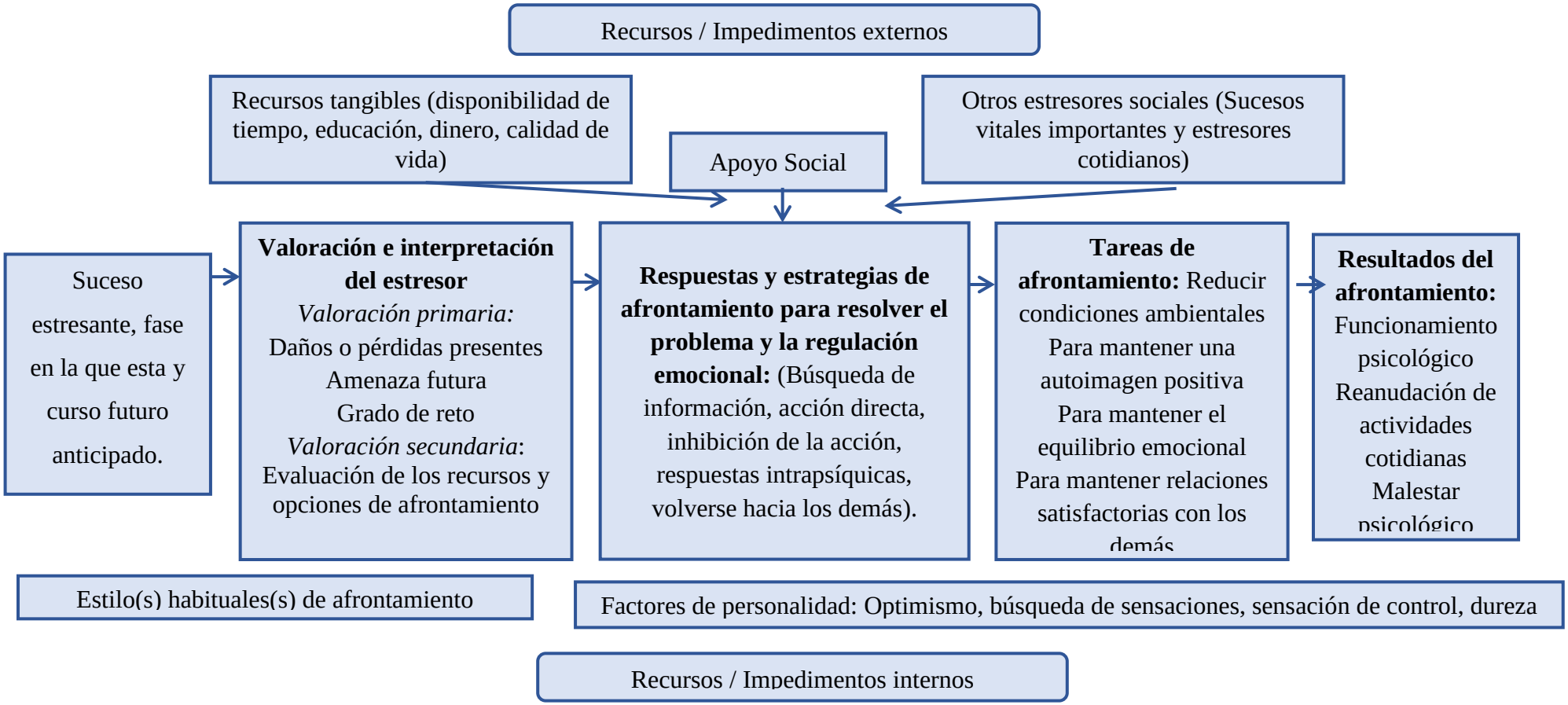


Figura N° 1: El proceso de afrontamiento (coping). Adaptado de Taylor (1991 citado en Vázquez Valverde et al., 2003)
Fuente: Estrategias de afrontamiento
Autor: Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2003)

Aportaciones de Rudolph Moos al afrontamiento

Kirchner y Forns (2010) refieren que las respuestas de afrontamiento y la valoración de las mismas son elementos que permiten construir canales, dirigir, orientar y modificar el efecto de las situaciones estresantes hacia el adecuado desarrollo personal. Considera que el sujeto elige y valora el tipo de afrontamiento y la activa frente a situaciones de estrés en base a las siguientes características: conocimiento previo sobre el problema, previsión de ideas inesperadas, periodo de preparación para afrontar la situación, concepción del problema como riesgo o desafío, autopercepción de capacidad según la experiencia del sujeto, interpretación de los pro y contras obtenidos, solución del problema y funcionamiento positivo o negativo actual.

Moos y Holahan (2003) explican el proceso de las respuestas de afrontamiento en base a los elementos del área personal invariable y área situacional momentáneo. Cabe recalcar que todos los paneles pueden generar influencia y retroalimentarse entre sí. Plantean un esquema conceptual:

I. **Sistema ambiental:** estados ambientales constantes (sucesos finales intensos, condición física, estado económico, vínculos familiares y sociales).

II. **Sistema personal:** rasgos genéticos y personales (valor a las propias capacidades, percepción adecuada del mundo, procesamiento, metas, objetivos, rasgos de personalidad).

III. **Transiciones de cambio:** aspectos ambientales generadores de malestar (situaciones estresantes).

IV. **Valoración cognitiva y respuestas de afrontamiento:** mediadores entre el panel 3 y 5

V. **Salud y bienestar:** sentido de completud.

Modelo transaccional de coping de Rudolf Moos

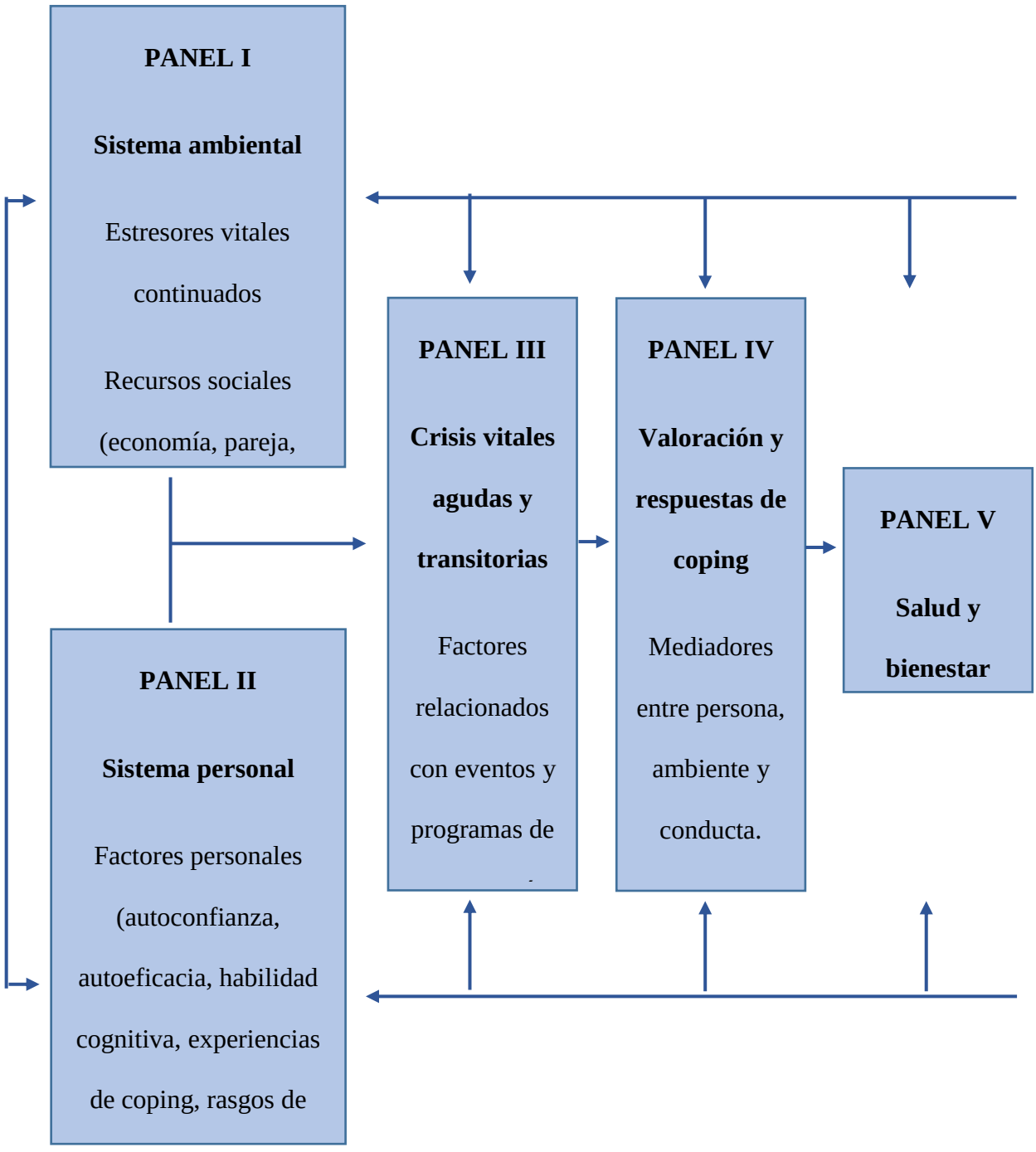


Figura N°2: Modelo transaccional de coping de Rudolf Moos
Fuente: Manual del Inventario de Respuestas de Afrontamiento - adultos
Autor: Kirchner, T., y Forns, M. (2010)

2.2.1.3 Respuestas de afrontamiento

Mechanic (1970) refiere que el producto de la interacción entre las evaluaciones cognitivas del evento estresante es la elección de las respuestas de afrontamiento que permitan sobrellevar y disminuir el malestar psicológico. Por lo tanto, se define a dichas respuestas como conductas que ejerce el sujeto y a la vez que le permite mantener el equilibrio emocional y hacer frente a los sucesos del diario vivir.

Fernández y Martin (2010) menciona que es necesario mencionar que el estrés juega un papel importante ya que es el que provoca emociones positivas o negativas en el sujeto dependiendo la situación que en si le conllevan a la utilización de las respuestas de afrontamiento; varios autores refieren que sobre el estrés se puede ejercer ciertos niveles de control, es decir si el sujeto se encuentra influenciado por emociones agradables o positivas lograra ejercer un nivel de control elevado desarrollando consecuencias positivas ya que en este prima el afrontamiento de tipo activo el cual es el más efectivo en la resolución de los patrones desencadenantes del estrés dando como resultado mantener el equilibrio emocional, seguridad, autoestima elevada, entre otros. Por otra parte, sucede todo lo contario si el sujeto está asociado a situaciones desagradables o negativas lograra ejercer un nivel de control bajo desarrollando así consecuencias negativas.

Lazarus y Folkman (1986) relatan que antes de dar un previo diagnostico hay que saber diferenciar el afrontamiento con el dominio del sujeto ante el medio de desenvolvimiento; el afrontamiento en si se basa en la manera en la que el sujeto afronta las situaciones que le provocan estrés mediante la utilización de respuestas que reflejan gran influencia en la forma de pensar, sentir y actuar a la hora de sobrellevar y abordar el evento amenazador y que en si dichas respuestas forma parte de los recursos tanto del ámbito psicológico como social en el momento de hacer frente al evento estresante. Este tema toma gran relevancia ya que muestra

gran relación con la calidad de vida del sujeto y por lo tanto con el bienestar psicológico del mismo.

Clasificación de las respuestas de afrontamiento

Se evidencia una amplia clasificación de las respuestas de afrontamiento, entre las principales se toma en mención:

- **Respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales**

Moos (2002) plantea la clasificación de las respuestas de afrontamiento en base a dos elementos (foco y método). El foco se refiere que la dirección que el sujeto ejerce hacia la solución del problema: aproximación o intentos activos de inclinación cognitiva o conductual encaminados a la comprensión y resolución del estresante mediante la búsqueda de apoyo y actividades que permitan solucionar el conflicto; evitación o intentos pasivos de inclinación cognitiva o conductual enfocados en la resignación, no pensar sobre el conflicto y sus consecuencias, expresión de las emociones para manejar el estrés. El método se establece como los intentos que lleva a cabo la persona: intentos cognitivos o respuestas mentales internas e intentos conductuales o acciones determinadas. La acción de cruzar estos dos elementos da lugar a 4 tipos de respuestas de afrontamiento: aproximación cognitiva, aproximación conductual, evitación cognitiva y evitación conductual.

Elementos de las respuestas de afrontamiento

Foco / Método	Aproximación	Evitación
Cognitivo	• Análisis Lógico (AL) • Reevaluación Positiva (RP)	• Evitación Cognitiva (EC) • Aceptación-resignación (AR)
Conductual	• Búsqueda de guía y apoyo (BG) • Solución de problemas (SP)	• Búsqueda de recompensas alternativas (BR) • Descarga emocional (DE)

Tabla N°2: Elementos de las respuestas de afrontamiento
Fuente: Manual del Inventario de Respuestas de Afrontamiento - adultos
Autor: Kirchner, T., y Forns, M. (2010)

a) Análisis lógico: esfuerzos cognitivos que permiten la preparación mental para enfrentar al estresor con sus respectivos resultados y consecuencias.

b) Reevaluación positiva: esfuerzos cognitivos para volver a estructurar una dificultad positivamente y a la vez dar aceptación a la realidad de la misma.

c) Evitación cognitiva: esfuerzos cognitivos encaminados evadir la realidad de la situación al no pensar en la misma.

d) Aceptación – resignación: esfuerzos cognitivos por dar aceptación al problema ya que no hay manera de solucionarlo o cambiarlo.

e) Búsqueda de guía y apoyo: esfuerzos conductuales dirigidos a la búsqueda de información y apoyo.

f) Solución de problemas: esfuerzos conductuales para llevar a cabo operaciones o actividades que permitan solucionar las dificultades.

g) Búsqueda de recompensas alternativas: esfuerzos conductuales por obtener medios de satisfacción a través de la creación o implicación de acciones sustitutivas.

h) Descarga emocional: esfuerzos conductuales por disminuir el estado afectivo negativo mediante la expresión de emociones.

- **Según la respuesta del sujeto hacia la situación estresante**

Lazarus y Folkman (1984) da a conocer la clasificación de las respuestas de afrontamiento en activas y pasivas:

a) Una actitud pasiva hacia la situación estresante: es en la cual se pone en funcionamiento la búsqueda de alternativas de solución, planificación, debido a la necesidad búsqueda de apoyo del medio social, aceptación si no se encuentra solución y cambio de pensamiento positivamente.

b) Una actitud negativa hacia la situación estresante: pone en funcionamiento las respuestas de rechazo, evitación, aislamiento y negación.

- **Respuestas centradas en el problema y las respuestas centradas en la emoción**

Carver, Scheier y Weintraub (1989) realizan la siguiente clasificación:

a) Respuestas centradas en el problema: dentro de esta categoría el sujeto se enfoca en el manejo y control adecuado de la situación estresante ya que posee una amplia percepción de control sobre el evento por lo que determina que es posible resolverlo.

b) Respuestas centradas en la emoción: se aplica para disminuir los diversos cambios en el estado emocional cuando mediante la evaluación se determina que la situación estresante no es posible modificarla. Aquí se encuentra la evitación, atención selectiva hacia estímulos que causen gratificación en el sujeto, reevaluación positiva, minimización del evento y la búsqueda de guía emocional.

- **Respuestas de afrontamiento según Skinner**

Skinner (2003) propone trece respuestas de afrontamiento:

a) Resolución de problemas: se basa en la acción directa sobre el agente estresante, se relaciona con la toma de decisiones, análisis lógico y planificación.

b) Búsqueda de apoyo: necesidad de personas con cierta afinidad que le den soporte emocional, aquí se encuentra la familia, pareja y en algunos casos apoyo espiritual.

c) Escape – evitación: sujeto ejerce acciones como evitar o negar, ejerce principalmente esfuerzo por mantenerse lejos del foco de estrés que provoca en si la situación.

d) Distracción: necesidad de realizar actividades alternativas que en el sujeto provoquen placer o distracción como manera de afrontar la situación amenazante.

e) Reestructuración cognitiva: mediante la modificación de los esquemas mentales sobre la situación estresante se busca una visión amplia y positiva que conlleven a la disminución de la angustia y pensamientos agradables.

f) Rumiación: el sujeto refleja una conducta repetitiva centrada en los efectos negativos del evento amenazante mediante el miedo, ansiedad, pensamientos intrusivos y la auto culpación.

g) Desesperación: distorsiones de tipo cognitivo, cansancio, pasividad, ideas negativas y pérdida de control sobre el evento estresante.

h) Retirada social: serie de conductas enfocadas en el aislamiento social como manera de evitar enfrentar el evento estresante y las consecuencias de tipo emocional que género esta.

i) Regulación emocional: el sujeto lleva a cabo la utilización de métodos encaminados a la disminución del malestar emocional, control de emociones y relajación entre los principales.

j) Búsqueda de información: toma como referencia el hecho de informarse más sobre el estresor, es decir busca las causas, consecuencias, soluciones e intervención de lo que provoca malestar.

k) Negociación: utilizado principalmente en la presencia de conflictos emocionales, el sujeto busca llegar a un acuerdo entre sus necesidades y la demanda del estresor de tal manera que el beneficio sea mutuo.

l) Oposición: también es utilizado ante la presencia de conflictos emocionales mediante conductas agresivas, enojo y culpar a los demás.

m) Delegación: incluye la búsqueda de autocompasión, ayuda desadaptativa y dependencia.

2.2.2 Variable Dependiente: Calidad de vida

Por otra parte, al hablar de calidad de vida se enfocara como base a la corriente humanista la cual menciona que tiene por objeto de estudio el desarrollo integral de la persona tanto dentro del área intrapersonal (emocional, cognitiva y física) como interpersonal. Dentro de esta variable existe de igual manera muchos autores que conceptualizan el tema de estudio pero tomaremos como punto introductorio a los más mencionados en la investigación. Para abarcar la Calidad de Vida también se llevó a cabo una esquematización que empieza con la salud mental, posterior el bienestar en todas sus dimensiones y finalmente el tema de interés.

Carrazana (2002) da a conocer el concepto de salud mental en Psicología Humanista y señala que el ser humano es un ente integral que posee la capacidad de establecer relaciones adecuadas dentro de los ámbitos sociales, económicos, políticos y ambientales que le permiten acceder al desarrollo de los recursos y crecimiento personal.

Por otra parte también se toma como referencia a los principales exponentes de la Corriente Humanista que aportan a la definición de bienestar con sus respectivas dimensiones. Abraham Maslow con su famosa teoría de la motivación humana que a la vez conlleva a la esquematización jerárquica de las necesidades básicas, Carl Rogers y su teoría sobre la perspectiva centrada en la persona y Victor Frankl con su teoría del sentido de la vida.

2.2.2.1 Salud mental

El termino salud mental a lo largo del tiempo ha generado un sinnúmero de discusiones, siendo así el ámbito clínico y la psiquiatría las principales áreas encargadas de darle una definición más científica y a estas se adjunta la psicóloga mediante la relación establecida con la enfermedad mental y la calidad de vida del individuo.

Dávila (1994) conceptualiza a la salud mental desde la perspectiva médica y refiere que se relaciona íntimamente con la enfermedad mental y no existen más propuestas dentro de este campo.

Vidal y Alarcón (1986) resaltan que la psiquiatría concibe a la salud mental con el equilibrio que le permite al ser humano adaptarse y establecer una relación adecuada tomando como pilar fundamental el crecer en el desarrollo de sus potencialidades, sentirse bien consigo mismo y la sociedad.

Davini, Gellon De Salluzi y Rossi (1968) mencionan que la psicología considera a la salud mental no únicamente como la ausencia de enfermedad mental sino también como la adaptación personal que le permite al sujeto alcanzar sus objetivos, aspiraciones y tener una calidad de vida óptima.

Quitmann (1989) relata que la psicología humanista es la tercera fuerza psicológica y a la vez propone que la salud no se enfoca solo en la ausencia de trastornos mentales sino también en que el ser humano logre sentirse autentico, satisfecho por la vida y autorrealizado personalmente debido a su capacidad de fácil adaptación.

Carrazana (2012) también conceptualiza a la salud mental desde la psicología humanista y refiere que dicho termino no se define únicamente como la ausencia de enfermedad sino también como la capacidad que posee el sujeto de establecer una relación reciproca con los aspectos de tipo social, económico, político y ambiental que le dan acceso al desarrollo adecuado de los recursos personales, habilidades y capacidades. Toma al ser humano como un ser integral ya que está constituido por características individuales y sociales por lo que la asistencia sanitaria además de centrarse en las acciones encaminadas a recuperar la salud debe enfocarse en tomar medidas para evitar riesgos que conlleven a la enfermedad y promocionar condiciones para una vida adecuada. También refleja gran relación con la vida

cotidiana y el vínculo con la sociedad, además de la forma en la que la persona mantiene el equilibrio entre los pedidos del diario vivir, sueños, ideas de perfección, destrezas, voluntad, estado afectivo y dignidad. El humanismo impulsa a centrar el trabajo profesional como aporte al crecimiento del ser humano a través de la instauración de vínculos eficaces, abiertos y saludables. El tratamiento realizado dentro del área de salud mental debe estar encaminado al pleno desarrollo del ser humano independientemente de sus impedimentos u objetivos y no únicamente enfocado en solucionar sus problemas. La salud mental en psicología fenomenológica humanista existencial indica que el ser humano logra conocer sus propias capacidades y ser libre en su desenvolvimiento cuando lleva a cabo una autobservación profunda que le permite construir nuevamente su propio mundo interno. El sujeto es un ser espiritual que lleva a cabo un proceso que inicia con la aplicación de los principios aprendidos a lo largo de la vida, después se difunde y finalmente lleva a la práctica y desarrolla su plan de vida. El hombre se encuentra en un proceso constante de actualización y presenta la disposición natural hasta la autorrealización y tener un estado de salud adecuado sirviéndose de vehículo principal de su propio cuerpo o parte física. Dentro de dicha disposición se encuentra la inclinación a seguir existiendo, alcanzar el sentido de completud, vivir el aquí y el ahora, ser autentico, conocer sus propias capacidades y debilidades, ser eficaz en las relaciones interpersonales, el crecimiento personal, aceptar responsabilidades y encaminarse a la unidad de sus partes espirituales, mentales y corporales. Es decir, la autorrealización está íntimamente ligada con la salud mental ya que el hombre al lograr desarrollar todas sus potencialidades y encontrarse en el sentido de plenitud tiene acceso a establecer vínculos apropiados con la familia y comunidad, además refleja sentirse parte útil de la misma al establecer relaciones atractivas y agradables. Un contexto sano impulsa al ser humano y a la vez garantiza su desenvolvimiento eficaz y equilibrado que le permiten tener una adecuada interpretación de la realidad.

Higiene mental

Carrazana (2002) refiere que el termino higiene mental tuvo sus inicios en EE.UU con Willian James y Meyer quienes a la vez concluyeron que el único fin era velar por la salud psicológica, innovar el tratamiento y tener clara la influencia ejercida por parte de las facultades mentales en las áreas de desempeño personal, laboral y educativas. En la actualidad la salud mental ha establecido relación con otras ciencias dando así paso a Freud y Meng con sus enfoques de psiquiatra social en los que relatan que la higiene mental es la encargada de desarrollar el camino que revele el sentido de la vida, fortalecer el valor de sus propias capacidades, ser reciproco en cuanto al buen trato, disfrutar completamente sus relaciones, realizar apropiadamente sus ocupaciones y toma de decisiones adecuadas. Además menciona que las particularidades humanistas que denotan que una persona posee higiene mental son: tener conciencia de sí mismo, de su cuerpo y sus emociones, contar con la facultad de independencia personal, establecer relaciones dentro de su contexto mediante conductas aceptadas por sus miembros y evidenciar contacto con la realidad.

2.2.2.2 Bienestar

El bienestar se relaciona muy íntimamente con el cumplimiento de las sensaciones vitales que permiten la supervivencia, logro de metas personales y la tranquilidad.

Ryan (2000) menciona que la sensación de molestia personal domina al individuo cuando no logra cumplir directamente sus deseos internos indispensables para vivir (formar parte activa del contexto y contar con un proyecto de vida) y tampoco consigue satisfacer indirectamente los deseos externos y expectativas impuestas por la sociedad (presentar un buen estatus económico, reconocimiento a sus cualidades y presentación de su imagen). Es

decir, la forma en la que el ser humano es visto en la sociedad en la que se desenvuelve influye notablemente en su bienestar ya que el genera formas de comportamiento proactivas y comprometidas o por otra parte comportamientos que no le permiten dar a conocer sus necesidades.

Las dimensiones del bienestar

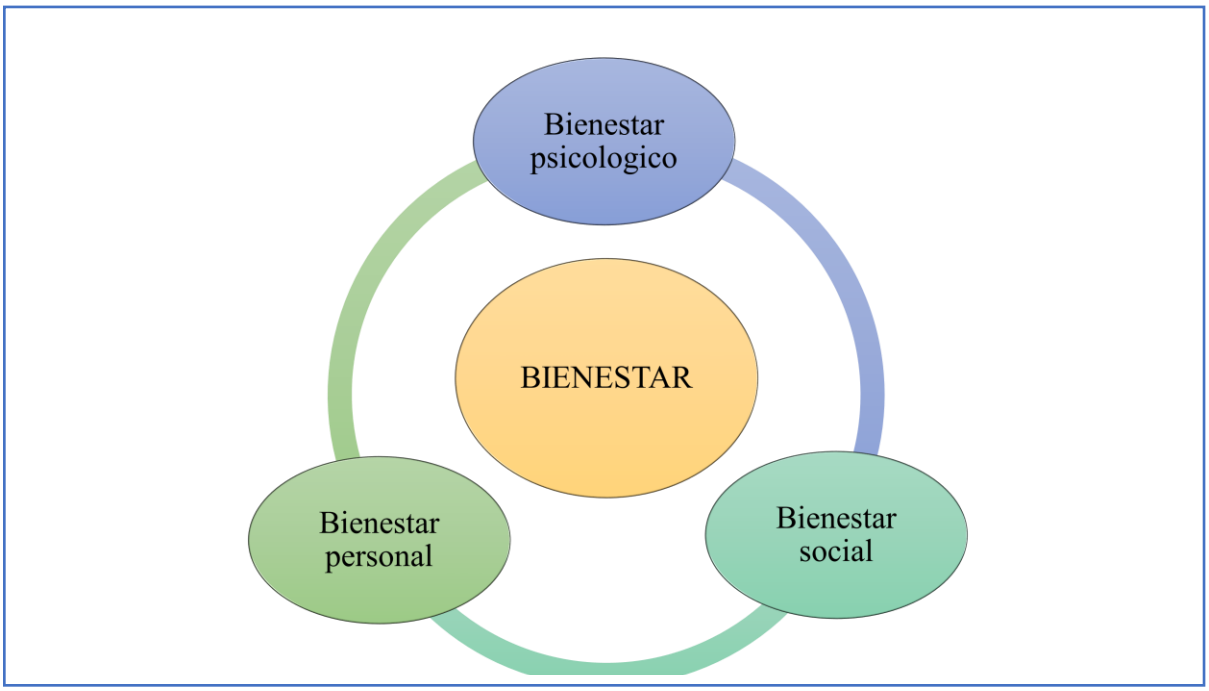


Figura N°3: Las dimensiones del bienestar
Fuente: "Respuestas de afrontamiento y calidad de vida"
Autor: Robalino L. (2016)

Bienestar psicológico

El humanismo enlaza y da igualdad al concepto de ser uno mismo y ser sano, toma al bienestar psicológico como el desarrollo del potencial y de las cualidades humanas que le permiten entrar en un estado de tranquilidad.

Las dimensiones del bienestar psicológico

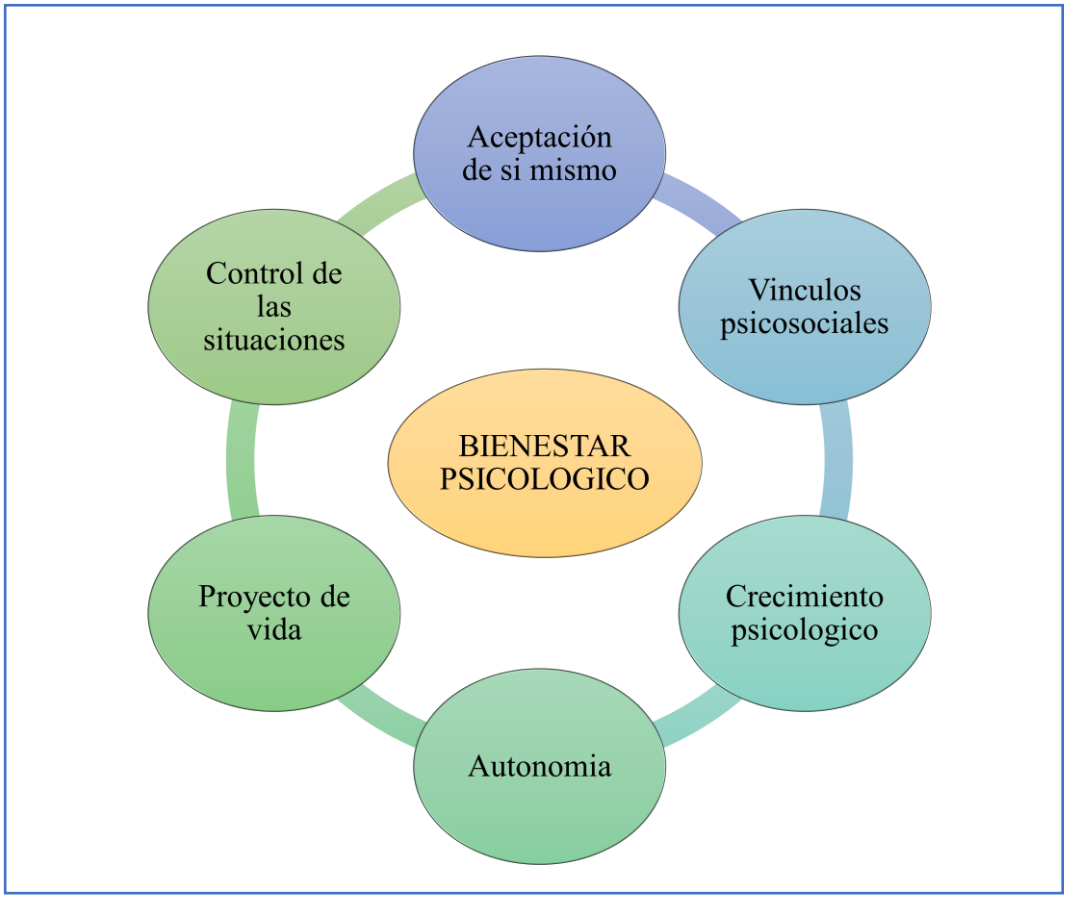


Figura N°4: Las dimensiones del bienestar psicológico
Fuente: Revista de psicología – Evaluación del bienestar psicológico en Latinoamérica
Autor: Casullo, M. (2002)

Rogers (1984) conceptualiza la aceptación de sí mismo, crecimiento psicológico y los vínculos psicosociales como dimensiones del bienestar psicológico:

a) Aceptación de sí mismo: se relaciona íntimamente con la consideración positiva, genuina y verdadera de las demás personas. Un elemento importante es la capacidad empática ya que está a la vez le da la habilidad de entender a la otra persona y establecer relaciones adecuadas.

b) Crecimiento psicológico: el ser humano posee la facultad y los recursos para percibir su propia existencia, logra darse cuenta de su falta de ajuste, reconocer la

incongruencia existente entre lo que piensa de sí mismo y tiene el conocimiento de la realidad que enfrenta; a la vez es capaz de cambiar dicha concepción, comportamientos que lleva a cabo en determinadas situaciones y su forma de comportarse conscientemente.

c) Vínculos psicosociales: el ser humano presenta una actitud positiva innata y por ende requiere la necesidad de sentirse aceptado incondicionalmente por el medio social en cuanto a sus metas y objetivos por cumplir. Los vínculos establecidos adecuadamente le permiten a la persona el correcto desenvolvimiento personal y social, dichas relaciones se ejecutan mediante un conjunto de operaciones determinadas por la valoración de méritos obtenidos, la capacidad de comprender a los demás y las relaciones coherentes entre la manera de pensar, sentir y actuar.

d) Proyecto de vida: los esfuerzos para cumplir objetivos a futuro son una manifestación beneficiosa y saludable que posee el ser humano, influye notablemente en el desarrollo de sí mismo o de un self estructurado que mediante la disposición a la actualización le permiten el desarrollo innato de sus potencialidades.

Sieckman (2008) con respecto a la **autonomía** refiere que el ser humano es considerado como autónomo cuando es capaz de tomar decisiones, presenta fuerza de voluntad, es capaz de elegir entre diversidad de alternativas, se conoce a sí mismo y logra mantener un adecuado equilibrio emocional.

Díaz (2000) plantea que el **control de las situaciones** es la capacidad que posee el ser humano al momento de enfrentar psicológica, positiva y activamente ante a diversidad de situaciones que se le presentan.

Bienestar personal

Dentro de la corriente humanista se considera que el ser humano posee bienestar personal al sentirse en equilibrio consigo mismo y al formar parte de un ambiente vital acorde a la dignidad humana en la que interviene la motivación, crecimiento personal, autorrealización, actitudes y sentido de la vida.

Las dimensiones del bienestar personal



Figura N°5: Las dimensiones del bienestar personal
Fuente: "Respuestas de afrontamiento y calidad de vida"
Autor: Robalino L. (2016)

Colvin y Rutland (2008) menciona que Abraham Maslow en 1943 plantea la Teoría de la **Motivación Humana** la cual lleva a cabo la jerarquización de los componentes humanos, psicológicos y físicos que motivan a los seres humanos, dentro de dicha jerarquía se identifican cinco grupos considerados en orden de importancia encaminada a lograr la autorrealización, conservación de la vida y a la consecución de objetivos mediante la

motivación. La necesidad es una sensación de carencia que activa o regula al organismo ante las presiones de sí mismo y el entorno, es importante considerar que cuando una necesidad se logra cumplir conscientemente automáticamente aparece otra.

Pirámide de las necesidades básicas de Maslow

La teoría formulada por Maslow expone que conforme el ser humano logra satisfacer las necesidades de déficit (fisiológicas, seguridad, amor, pertenencia y estima) podrá ir desplegando las necesidades de desarrollo (autorrealización).

Salas y Garzón (2013) resumen la jerarquización de la siguiente manera:

a) Necesidades fisiológicas: en la base se ubican las necesidades que son de proceder biológico y están encaminadas a la conservación de la vida; dentro de este grupo se encuentran los procesos vitales de respiración, ingestión de alimentos, eliminación, estado de reposo y sueño.

b) Necesidades enfocadas a la seguridad personal: una vez satisfechas las necesidades fisiológicas procede el nivel relacionado con la organización consiente de las áreas de la vida (medios de subsistencia, núcleo familiar, trabajo, salud), habilidad de equilibrio, protección ante riesgos y amenazas.

c) Necesidades de aceptación o pertenencia social: posterior se posicionan las necesidades orientadas a sobrepasar los sentimientos de soledad mediante el contacto y relación con otras personas, aquí se incluyen los anhelos de crear vínculos conyugales y familiares, formar parte activa de la sociedad o instrucción en particular.

d) Necesidades de estima: el cuarto nivel se focaliza hacia el amor y afecto que el sujeto percibe sobre sí mismo, valoración positiva y valiosa dentro del contexto, consideración y respeto hacia los demás.

e) Necesidad de autorrealización: finalmente en la cima se encuentra el nivel superior enfocado en el cumplimiento del potencial personal la cual es superada cuando el ser humano consigue posicionarse en una condición de equilibrio, paz y entendimiento.

Pirámide de necesidades de Maslow

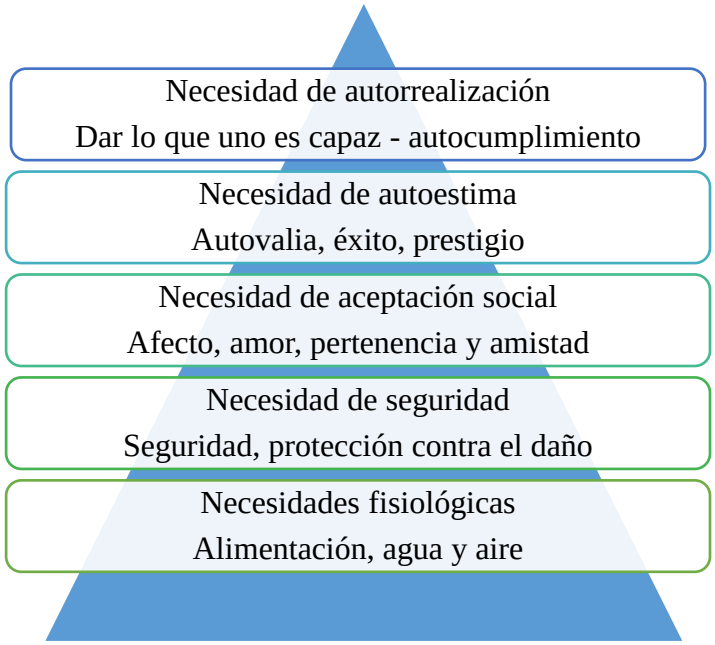


Figura N°6: Pirámide de Necesidades de Maslow
Fuente: Artículo científico – la noción de calidad de vida y su medición
Autor: Salas, C. y Garzón, M. (2013)

Rosal (1986) deduce que la psicología humanista entiende por **crecimiento personal** al proceso que lleva a cabo el ser humano en el cual decide actualizar constantemente sus potencialidades que van más allá de la acción de desarrollarse naturalmente en función a su edad. Además refiere que el mayor número de autores humanistas toman dicho término como

un procedimiento natural enfatizado en el beneficio y desarrollo de particularidades, rasgos y detalles que permiten distinguir al sujeto de las demás personas dejando de lado la actitud egoísta. Los obstáculos que impiden el crecer como persona son la angustia ante el dolor o la muerte, sentimiento de culpa, melancolía a estar sin compañía, los factores sociales y emocionales que obstaculizan la innovación en el percibir, sentir, actuar y pensar libremente.

Maslow (1954) menciona que la actitud creadora también es un elemento muy importante ya que se encuentra en el ser humano desde el momento que nace y es uno de los caminos a la autorrealización; esta actitud exterioriza en la capacidad de vivir el "aquí y ahora" de manera autentica.

Martínez (2006) deduce que la **autorrealización** es la tendencia natural de aportar datos actuales, continuar e innovar el proceso de avance del ser humano. Rogers en la conceptualización de "tendencia actualizante" refiere que mientras el ser humano se considere parte de una relación positiva y comprendida lograra moverse hacia lo productivo y por ende a la autorrealización propiamente dicha. El humanismo se centra en el desarrollo y descubrimiento de potencialidades que le permiten retomar o encontrar el soporte interno de la existencia mediante la exploración de las características humanas como son la toma de decisiones, capacidad de generar nuevas ideas, continua valoración positiva y progreso personal.

Rozo (1998) señala que el **sentido de la vida** para Victor Frankl es lo que la vida en si espera de cada ser humano mediante el desempeño y enfrentamiento con responsabilidad de las dificultades que se le presentan y al llevar a cabo las obligaciones presentes a lo largo de la existencia.

Martínez (2006) alude que Rogers toma el término **actitud** como medio para descubrir la calma en los conocimientos que se adquieren en la vida ya que no hay mejor autoridad para

juzgar los comportamientos realizados por el sujeto más que el mismo. Es una disposición que se presenta constantemente y conlleva a captar, responder o actuar en un sentido en particular y también se lo conceptualiza como aquel elemento invisible que permite realizar actividades en pro del bienestar y la autenticidad.

Bienestar social

El desarrollo y bienestar se ven influenciados notablemente por las interrelacionas que el ser humano establece con el contexto.

Barceló (2013) toma en consideración las actitudes básicas establecidas por Carl Rogers como son la autenticidad, aceptación y empatía.

Las dimensiones del bienestar social

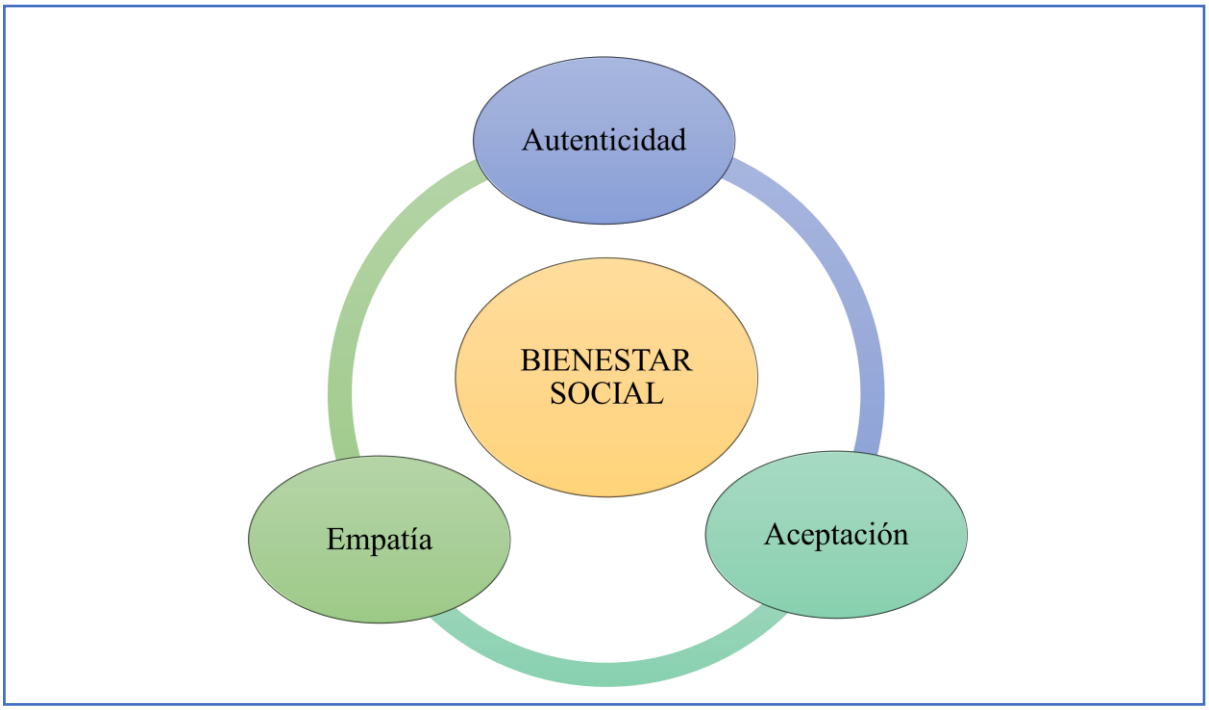


Figura N°7: Las actitudes básicas Rogerianas
Fuente: Artículo científico - Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de relación de ayuda
Autor: Barceló, T. (2013)

a) Autenticidad: es un factor importante dentro de los vínculos relacionales ya que le permite al ser humano presentarse al mundo de manera autentica y consiente tomando a la transparencia como punto de partida hacia el desarrollo e integración social. Al ser la persona un ente social el tomar conciencia no solo involucra al sujeto en sí sino también al contexto en el que se desenvuelve ya que de esta manera lograra aceptarse completamente a sí mismo, encontrarse abierto a la experiencia, comunicarla y finalmente convivir de un modo más adecuado.

b) Aceptación: es otro atributo dentro de las relaciones interpersonales reales ya que se considera a una persona como eficaz cuando logra darse adaptación a sí mismo y a sus imperfecciones. Dentro de las relaciones que el ser humano establece también son necesarias las demostraciones de aceptación hacia el comportamiento del otro.

c) Empatía: el ser humano logra tener una calidad de vida más gratificante con el medio y consigo mismo. Se la conceptualiza como el dialogo autentico y la participación afectiva que permite comprender a la otra persona desde su lugar e incluso entender los significados y el porqué de su manera de pensar, sentir y actuar.

2.2.2.3 Calidad de vida

Conceptualización de la calidad de vida

Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993) mencionan que dentro del concepto de calidad de vida se toma dos enfoques de investigación:

a) Enfoque cuantitativo: tiene como principal finalidad operacionalizarla mediante el estudio de indicadores dentro del área social, psicológica y ecológica. Dentro del ámbito social se hace mención a todas las circunstancias externas como son las relaciones sociales, nivel de vida, educación, vivienda y salud; en el ámbito psicológico se evalúa la

reacción subjetiva del ser humano ante la tendencia o falta de ciertas experiencias vitales; el ámbito ecológico se relaciona con los recursos que dispone en sujeto y las demandas por parte del medio.

b) Enfoque cualitativo: toma principal relevancia a la escucha de los relatos del sujeto, las experiencias, problemas y también la forma en la que los servicios sociales lo apoyan de manera efectiva.

Allardt (1998) relaciona a la calidad de vida con el tener, amar y ser. El tener tiene relación con los medios o condiciones materiales indispensables que necesita el sujeto para su diario vivir como son las condiciones de trabajo, vivienda, educación, salud y dinero; el amar hace referencia a las relaciones que el sujeto necesita establecer con las otras personas y logra identificarse mediante el contacto con la comunidad; el ser hace hincapié a la integración con la sociedad en donde entra a formar parte de la toma de decisiones y actividades significativas al sentirse un ente socialmente activo.

Haas (1999) deduce a la calidad de vida como multidimensional puesto que existen muchos factores que inciden en el estado de bienestar psicológico (sentimiento positivo) y satisfacción vital (gratificación por los proyectos personales), estado funcional y ajuste del estado de salud mental. Cabe mencionar que no existen parámetros universales previamente establecidos de una adecuada calidad de vida ya que al evaluar los estándares varían de acuerdo al individuo y a la sociedad, pero estudios dan a conocer que se ve influenciado a la vez por tener apreciaciones personales positivas, una adecuada relación con el entorno y saludables vínculos interpersonales dentro del área biopsicosocial.

Categoría de definiciones

Urzúa y Caqueo (2012) establece conceptos de calidad de vida y procede a distinguirlas en diferentes categorías:

a) Condiciones de vida: se basa en la medición objetiva de indicadores observables de la calidad de vida: relaciones sociales, salud, ocupaciones en las que ejerce función, vivienda y ambiente físico.

b) Satisfacción con la vida: se enmarca como un sinónimo de satisfacción personal dentro de las diversas áreas de desenvolvimiento (aspecto económico, cultural, social y de salud) que provoquen en el sujeto un alto grado de bienestar subjetivo. El proceso subjetivo de evaluación de dicho concepto es imponte relacionarla con la consciencia ya que dentro de dicha medición es indispensable asumir que el ser humano de esta manera es capaz de hacer un adecuado juicio de lo mejor para su vida y que a la vez le permita alcanzar un elevado nivel de felicidad.

c) Relación entre las condiciones de vida y satisfacción con la vida: la calidad de vida en general está establecido tanto objetivamente mediante parámetros biológicos, sociales, psicológicos, conductuales y materiales; y por otra parte subjetivamente al referirse a los sentimientos sobre cada área mencionada.

2.3 Hipótesis o supuestos

2.3.1 Hipótesis Alterna (H1)

Las respuestas de afrontamiento se relacionan con la calidad de vida

2.3.2 Hipótesis Nula (H0)

Las respuestas de afrontamiento no se relacionan con la calidad de vida

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que la recolección de datos y los instrumentos de evaluación específicos con sus respectivos resultados se presentan de manera cuantificable, los cuales son el Inventario de respuestas de afrontamiento y la Escala de calidad de vida; es de tipo correlacional porque establece la relación entre la variable respuestas de afrontamiento con la variable calidad de vida; es de tipo bibliográfica ya que para la búsqueda de información verídica y eficaz se tomó como referencia libros, artículos científicos y fuentes bibliográficas; es de tipo descriptivo ya que no se limita únicamente en recolectar datos sino en identificar la relación entre las variables impuestas, los datos fueron reconocidos en base a una hipótesis y los resultados analizados minuciosamente con el fin de obtener información optima con respecto a la problemática; es de tipo trasversal no experimental porque se recolectan datos en un tiempo único y se realiza sin manipular deliberadamente las variables.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La presente investigación se realizara en Ecuador, en la Provincia de Cotopaxi, en el Cantón Latacunga. La institución que se tomó como ámbito de estudio es el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, en el Pabellón de mínima seguridad de la etapa de hombres.

3.3 Población

El presente estudio se centra en las Personas Privadas de Libertad del Pabellón de mínima seguridad de la etapa de hombres que cuenta con un número total de 1.466 PPL con edades de entre 18 a 71 años de edad, diferentes nacionalidades y cumpliendo sentencias dependiendo el tipo de delito.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

- PPL que cumplieron con los aspectos necesarios de la ficha de selección de población.
- PPL que se ubiquen en el rango de edad de 30 a 50 años de edad.
- PPL de nacionalidad ecuatoriana.
- PPL que presenten hasta su tercera detención.
- PPL que presenten un nivel mínimo de escolaridad primaria.
- PPL que no evidencien antecedentes de traumatismos craneoencefálicos y accidentes cerebrovasculares.
- PPL que no presenten antecedentes psiquiátricos.
- PPL que no sean medicados con psicofármacos.

- PPL cuyo delito no esté relacionado con tráfico ilícito de sustancias, tenencia ilegal de drogas, organización y financiamiento para la producción de sustancias sujetas a fiscalización.

3.4.2 Criterios de exclusión

- PPL que no cumplieron con los aspectos necesarios de la ficha de selección de población.
- PPL que no se ubiquen en el rango de edad de 30 a 50 años de edad.
- PPL que no sean de nacionalidad ecuatoriana.
- PPL que sobrepasen de su tercera detención.
- PPL que no presenten un nivel mínimo de escolaridad mínimo de primaria.
- PPL que evidencien antecedentes de traumatismos craneoencefálicos y accidentes cerebrovasculares.
- PPL que presenten antecedentes psiquiátricos.
- PPL que sean medicados con psicofármacos.
- PPL cuyo delito esté relacionado con tráfico ilícito de sustancias, tenencia ilegal de drogas, organización y financiamiento para la producción de sustancias sujetas a fiscalización.
- PPL con discapacidad visual y auditiva.

3.5 Diseño muestral

El proceso para obtener la muestra o subconjunto representativo de la población se llevó a cabo mediante dos filtros de selección que permitieron elegir el número de PPL que cumplen con los requisitos necesarios para formar parte de la investigación.

- El primero filtro se realizó a través del listado total de PPL que pertenecen a la etapa de mínima seguridad de hombres que fue proporcionado por el Departamento de Estadística del Centro, posterior se procedió a la selección dependiendo requerimientos como son el incluir únicamente a personas que se encuentren en el rango de edad de 30 a 50 años, nacionalidad ecuatoriana y excluir a personas que paguen condena por delitos relacionados con tráfico ilícito de sustancias, tenencia ilegal de drogas, organización y financiamiento para la producción de sustancias sujetas a fiscalización; además a través del departamento medico se logró obtener el listado de personas que se encuentren bajo tratamiento psicofarmacológico, presenten antecedentes de traumatismos craneoencefálicos y accidentes cerebrovasculares para de igual manera ser excluidos; en base a los criterios mencionados se determinó un total de 400 PPL.
- El segundo filtro se llevó a cabo mediante la elaboración de una ficha de selección que fue aplicada a los 400 PPL de manera individual y grupal como método de cumplimiento de los demás criterios de inclusión y exclusión; los requerimientos necesarios inmiscuidos en dicha ficha son; presentar algún tipo de instrucción, número de detenciones para diferenciar a los que se encuentran por primera vez y a los reincidentes, nivel socioeconómico antes de ingresar al centro; en base a los criterios mencionados se obtuvo un total de 90 PPL respectivamente.

3.6 Operacionalización de variables

3.6.1 Variable Independiente: Respuestas de afrontamiento

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Instrumento
Respuestas de afrontamiento	Capacidad de poner en operación las capacidades de respuesta, en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y en cómo actuar para resolver las diferentes problemáticas a las cuales está expuesto y a la vez reducir el malestar psicológico que las mismas	Cognitivo	**Análisis Lógico:** Esfuerzos cognitivos que permiten la preparación mental para enfrentar al estresor con sus respectivos resultados y consecuencias.	Inventario de respuestas de afrontamiento – adultos CRI –A (Moos, R, 2010).
			Reevaluación positiva: Esfuerzos cognitivos para volver a estructurar una dificultad positivamente y a la vez dar aceptación a la realidad de la misma.	
			Evitación Cognitiva: Esfuerzos cognitivos encaminados evadir la realidad de la situación al no pensar en la misma.	
			Aceptación – resignación: Esfuerzos cognitivos por dar aceptación al problema ya que no hay manera de solucionarlo o cambiarlo.	

	generan. (Casullo y Fernández, 2001).	Conductual	**Búsqueda de guía y apoyo:** Esfuerzos conductuales dirigidos a la búsqueda de información y apoyo.	
			Solución de problemas: Esfuerzos conductuales para llevar a cabo operaciones o actividades que permitan solucionar las dificultades.	
			Búsqueda de recompensas alternativas: Esfuerzos conductuales por obtener medios de satisfacción a través de la creación o implicación de acciones sustitutivas.	
			Descarga emocional: Esfuerzos conductuales por disminuir el estado afectivo negativo mediante la expresión de emociones.	

Tabla N°3: Operacionalización de las respuestas de afrontamiento
Fuente: Manual del Inventario de Respuestas de Afrontamiento - adultos
Autor: Kirchner, T., y Forns, M. (2010)

3.6.2 Variable Dependiente: Calidad de vida

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Instrumento
Calidad de vida	Existen muchos factores que inciden en el estado de bienestar psicológico (sentimiento positivo) y satisfacción vital (gratificación por los proyectos personales), estado funcional y ajuste del estado de salud mental (Haas, 1999).	**Bienestar emocional**	Sentimiento de bienestar, juicio de valor positivo, ausencia de estrés o estados afectivos negativos.	Escala GENCAT de Calidad de Vida. (Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R, 2009).
		Relaciones interpersonales	Vínculos sociales, pertenecer a grupos de amigos marcados, relaciones familiares, interacciones sociales gratificantes, relaciones de pareja y Sexualidad.	
		Bienestar material	Lugar de residencia, trabajo, ingresos de manera periódica, pertenencias, ahorros.	
		Desarrollo personal	Limites/Capacidades que permiten el desarrollo normal, oportunidades de acceso a innovaciones tecnológicas, ventajas de aprendizaje, capacidades laborales y de funcionamiento diario.	
		Bienestar físico	Asistencia médica, estado de reposo, condiciones	

			físicas y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, disposición de ayudas técnicas y alimentación.	
		Autodeterminación	Objetivos personales y pasatiempos, toma de decisiones, habilidad de elegir según su criterio.	
		Inclusión social	Integración, intervención en actividades, facilidad de acceder a determinada situación y apoyos.	
		Derechos	Intimidad, consideración, conocimiento de derechos facultativos.	

Tabla N°4: Operacionalización de calidad de vida
Fuente: Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida
Autor: Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R, (2009)

Validez y confiabilidad de los reactivos

INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO – ADULTOS (CRI-A)

Nombre original: CRI-A Coping Responses Inventory – Adult Form.

Autor: Moos, R.

Procedencia: Psychological Assessment Resources, PAR, 1993.

Adaptación española: Teresa Kirchner Nebot y Maria Forns i Santacana, 2010.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Objetivo: Evaluación de las respuestas de afrontamiento del estrés.

Numero de ítems: 58

Tiempo de aplicación: Entre 10 y 15 minutos

Formas de aplicación: auto aplicado y entrevista estructurada

Material: Manual y ejemplar autocorregible.

Descripción: Consta de dos partes:

1. En la primera parte el sujeto debe describir el problema de mayor relevancia o la situación más conflictiva que haya tenido que atravesar en los últimos 12 meses. Posterior en base a la situación estresante debe puntuar la escala Likert de 4 puntos (seguro que no, generalmente no, generalmente si, seguro que sí) a 10 preguntas.

2. La segunda parte consta de 48 ítems que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos respectivamente (no nunca, una o dos veces, bastantes veces, si casi siempre). Dentro de los 48 ítems se dividen las 8 estrategias de afrontamiento.

Las cuatro primeras se consideran de aproximación al problema y las cuatro últimas de evitación del problema. De igual manera las dos primeras estrategias de cada bloque suponen una manera de enfrentar los problemas por la orientación cognitiva y las dos últimas por orientación conductual.

Composición del CRI-A

Método	**Aproximación**	**Evitación**
Cognitivo	• Análisis Lógico (AL) • Reevaluación Positiva (RP)	• Evitación Cognitiva (EC) • Aceptación – resignación (AR)
Conductual	• Búsqueda de guía y apoyo (BG) • Solución de problemas (SP)	• Búsqueda de recompensas alternativas (BR) • Descarga emocional (DE)

Tabla N° 5: Composición del CRI-A
Fuente: Manual del Inventario de Respuestas de Afrontamiento - adultos
Autor: Kirchner, T., y Forns, M. (2010)

Normas de aplicación: las instrucciones se encuentran en la parte inicial de la prueba, es aconsejable que el evaluador las lea en voz alta y se encuentre predispuesto aclarar dudas a lo largo de la prueba.

Corrección e interpretación:

1. Obtener las puntuaciones directas de cada respuesta de afrontamiento. La puntuación mínima de la escala es 0 y la máxima 18.

2. Una vez calculadas las puntuaciones directas de las 8 escalas, obtener los percentiles y las puntuaciones típicas correspondientes de acuerdo al baremo a utilizar.

3. Unir todas las marcas para representar el perfil del sujeto evaluado.

Fiabilidad: La consistencia interna de la prueba se ha evaluado mediante el alfa de Cronbach e interrelaciones entre las escalas es moderada 0,50 a 0,72. La puntuación del alfa de Cronbach en cada una de las escalas (análisis lógico 0,55 – reevaluación positiva 0,64 – búsqueda de guía y soporte 0,52 – solución de problemas 0,70 – evitación cognitiva 0,58 – aceptación resignación 0,58 - búsqueda de recompensas alternativas 0,59 – descarga emocional 0,60) lo cual indica poca redundancia entre los ítems. Por otra parte dentro de la correlación entre las escalas se evidencia coeficientes más elevados entre Análisis Lógico y Solución de problemas, Análisis lógico y Reevaluación positiva, Evitación cognitiva y Aceptación – resignación.

Validez: Presenta una moderada pero adecuada validez convergente con la adaptación española del Coping Strategy Indicador (CSI), la consistencia interna más elevada se refleja en las escalas del CRI-A y CSI conceptualmente comparables con valores alfa de 0,89, 0,92 y 0,83. La validez predictiva se analizó mediante la aplicación inicial del CRI-A y posterior la adaptación española del Cuestionario de 90 síntomas – Revisado (SCL-90-R) en donde la consistencia interna con valores alfa oscilan entre 0,81 y 0,90 según las escalas respectivamente.

ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

Nombre: Escala GENCAT

Autor: Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R.

Validación: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Objetivo: Identificar el perfil de calidad de vida.

Numero de ítems: 69

Tiempo de aplicación: Entre 10 y 15 minutos aproximadamente.

Formas de aplicación: auto aplicado y entrevista estructurada

Material: Manual y cuadernillo de anotación.

Descripción: Es una escala multidimensional orientada a obtener el perfil e índice de calidad de vida del sujeto. La evaluación se realiza mediante 69 ítems distribuidos en ocho subescalas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos; la puntuación debe ser puntuada en una escala Likert de 4 puntos (nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre). Los ítems en se refieren a situaciones palpables, específicas y de fácil comprensión.

Normas de aplicación: es auto aplicado, las instrucciones específicas se encuentran al inicio de la prueba, el evaluador debe mantener un rol activo ya que la aclaración de dudas permite la objetividad, veracidad y exactitud de los datos proporcionados.

Corrección e interpretación: los indicadores de la calidad de vida se interpretan de la siguiente manera:

- El perfil de calidad de vida se obtiene mediante las puntuaciones estándar de cada una de las dimensiones de calidad de vida. Posterior se realiza la representación gráfica unida por líneas de dichas puntuaciones.
- El índice de calidad de vida se obtiene mediante la puntuación estándar compuesta por las ocho dimensiones y su correspondiente percentil; cabe recalcar que mientras más baja es la puntuación del percentil obtenido, más bajo es el nivel de calidad de vida del individuo.

Nivel de calidad de vida	**Percentil**
Bajo Nivel de Calidad de Vida	El percentil es igual o inferior al percentil 25.
Medio Nivel de Calidad de Vida	El percentil se ubica por encima del percentil 25 y por debajo del percentil 75.
Alto Nivel de Calidad de Vida	El percentil es igual o superior al percentil 75.

Fiabilidad: La fiabilidad de la escala se demuestra mediante los índices de consistencia interna y el error típico de medida total y de cada una de las ocho dimensiones. El índice de consistencia interna total de toda escala se considera adecuada ya que presenta un valor de 0,92 y la consistencia interna por dimensiones es: bienestar emocional 0,83 - relaciones

interpersonales 0,66 - bienestar material 0,57 - desarrollo personal 0,74 - bienestar físico 0,47 – autodeterminación 0,88 - inclusión social 0,57 – derechos 0,69. Referente al error típico de medida fue 6,92 lo cual refleja la precisión de medida del test.

Validez: La escala presenta la validez suficiente que le permite cumplir con el objetivo general planteado con anterioridad. La adecuada validez de contenido se consiguió mediante fases de revisión de la literatura, consulta a jueces expertos y proceso de grupos focales. La validez convergente se analizó a través de la fiabilidad compuesta de las variables en donde se puede apreciar el valor de consistencia interna más alta (0,92) en la dimensión de autodeterminación y la más baja (0,61) en la dimensión de inclusión social. La validez de constructo refleja mayor correlación entre Inclusión Social y Relaciones interpersonales, y menor correlación entre autodeterminación y bienestar material.

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

- Solicitar la autorización correspondiente a las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte para llevar a cabo el estudio con la Etapa de mínima seguridad de hombres.
- Informar tema del proyecto, objetivos y procedimiento del mismo al Psicólogo Clínico y Coordinadores de las diferentes áreas de la Etapa de mínima seguridad de hombres.
- Verificación de los criterios de inclusión y exclusión necesarios en la investigación.
- Ejecutar el proceso de selección de muestra mediante el primer filtro.
- Ejecutar el proceso de selección de muestra mediante el segundo filtro.
- Informar a cada participante sobre los objetivos y los instrumentos a ser aplicados en el proceso de evaluación.

- Aplicar el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A en grupos de 10 a 15 personas, para valorar la variable independiente.
- Aplicar la Escala GENCAT de Calidad de Vida en grupos de 10 a 15 personas, para valorar la variable dependiente.
- Obtener las puntuaciones de cada uno de los test aplicados y aplicar el programa del SSPS para comprobar hipótesis mediante el Chi Cuadrado.
- Realizar la tabulación de datos obtenidos.
- Realizar el informe con conclusiones y recomendaciones en base a los resultados y notificar a las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte.

3.8 Aspectos éticos

Las personas que han sido parte de la investigación han sido cuidadas de forma social, física y psicológicamente, basándose en los siguientes artículos:

Que la Constitución de la Republica el Ecuador (2008) establece en:

El Art. 358, "El Sistema Nacional de Salud se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y por los de bioética, suficiencia, interculturalidad, con enfoque de género y generacional."

El Art. 361: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Nacional quien será la responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud…"

El Art. 362 "Dispone que la atención de salud como servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y las que ejerzan medicinas

ancestrales, alternativas y complementarias de calidad y calidez con el consentimiento informado con acceso a la información y la confidencialidad…"

Que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en el año 2005, en su Artículo 19, "…exhorta a los países a crear, promover y apoyar comités de ética independiente, pluridisciplinarios y pluralista con miras a evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes, suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos…"

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, junto con la OMS en el año de 1982, publicó ¨Propuestas de Pautas Internacionales para la Investigación biomédica en Seres Humanos", así como las ¨Pautas Internacionales para la evaluación ética en los estudios epidemiológicos (1991)" y las "Pautas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en seres humanos (1993)".

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el Art. 4 dice "La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de la rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias".

Que, el Art 6 dice "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Público; inciso 32: "Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos".

Que, el Art 7 que corresponde a Derechos y Deberes de las personas y del Estado en relación con la salud:

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública;

l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Que, el Art 201 dice: "Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos".

Que, el Art. 207 que corresponde de la investigación científica en salud dice: "La investigación científica en salud así como el uso y desarrollo de la biotecnología, se realizará orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluricultural, de derechos y de género, incorporando las medicinas tradicionales y alternativas".

Que, el Art. 208 de la Ley Orgánica de Salud sostiene que "La Investigación científica, tecnológica en salud será regulada y controlada por la autoridad sanitaria nacional en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad"

Que el decreto Ejecutivo 544, publicado en el Registro Oficial 428 del 15 de enero del 2015, dispone "…entre las actividades y responsabilidades de la Agencia de Regulación y Control de Salud (ARCSA) está la de aprobar los ensayos clínicos de medicamentos, dispositivos médicos, productos naturales de uso medicinal, y otros productos sujetos a control sanitario en base a la normativa emitida por el MSP".

Que en el Acuerdo Ministerial # 00004889 del 10 de junio del 2014 publicado en el suplemento del Registro Oficial N° 279 del 1 de julio del 2014, se expidió el Reglamento para la aprobación y seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)…

Que el Código de Ética de la UTA aprobado el 23 de octubre de 2015, en el artículo 13, numeral 2 señala que se debe cumplir las normas gubernamentales e institucionales que regulan la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, el confort y tratamiento de los seres humanos, de los animales y del medio ambiente.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Variable independiente: Respuestas de afrontamiento

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO	PERSONAS	PORCENTAJE
Análisis Lógico (AL)	6	7%
Reevaluación Positiva (RP)	5	6%
Evitación Cognitiva (EC)	4	4%
Aceptación Resignación (AR)	4	4%
Búsqueda de guía y apoyo (BG)	14	16%
Solución de Problemas (SP)	12	13%
Búsqueda de recompensas alternativas (BR)	38	42%
Descarga Emocional (DE)	7	8%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 6: Respuestas de afrontamiento
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida

Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 6 emplean la respuestas de afrontamiento análisis lógico (AL), 5 llevan a cabo la respuesta de afrontamiento reevaluación positiva (RP), 4 ejercen la respuesta de afrontamiento evitación cognitiva (EC), 4 aplican la respuesta de afrontamiento aceptación-resignación (AR), 14 utilizan la respuestas de afrontamiento de búsqueda de guía y apoyo (BG), 12 ejecutan la respuesta de afrontamiento solución de problemas (SP), mientras que 38 manejan la respuesta de afrontamiento búsqueda de recompensas alternativas (BR) y 7 llevan a cabo la respuesta de afrontamiento descarga emocional (DE).

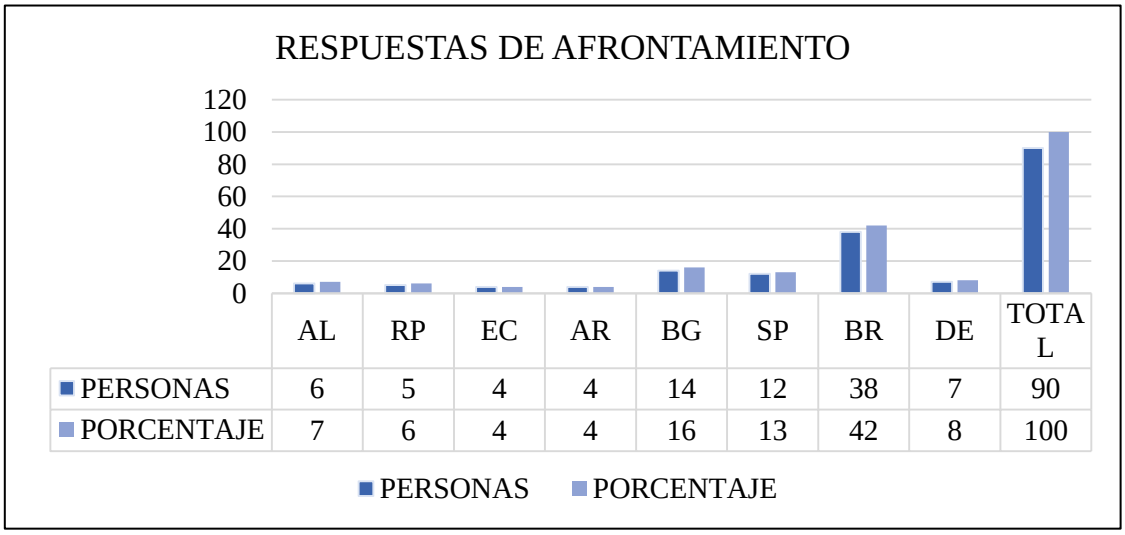


Figura N° 8: Respuestas de afrontamiento
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 7% llevan a cabo la respuestas de afrontamiento análisis lógico (AL), el 6% manejan la respuesta de afrontamiento reevaluación positiva (RP), el 4% ejecutan la respuesta de afrontamiento evitación cognitiva (EC), el 4% aplican la respuesta de

afrontamiento aceptación-resignación (AR), el 16% aplican la respuestas de afrontamiento de búsqueda de guía y apoyo (BG), el 13% ejercen la respuesta de afrontamiento solución de problemas (SP), el 42% llevan a cabo la respuesta de afrontamiento búsqueda de recompensas alternativas (BR) y el 8% utilizan la respuesta de afrontamiento descarga emocional (DE).

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

	PERSONAS	PORCENTAJE
COGNITIVAS	19	21%
CONDUCTUALES	71	79%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 7: Respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados 19 utilizan respuestas de afrontamiento cognitivas (análisis lógico, reevaluación positiva, evitación cognitiva y aceptación – resignación) y 71 ejecutan las respuestas de afrontamiento conductuales (búsqueda de guía y apoyo, solución de problemas, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional).

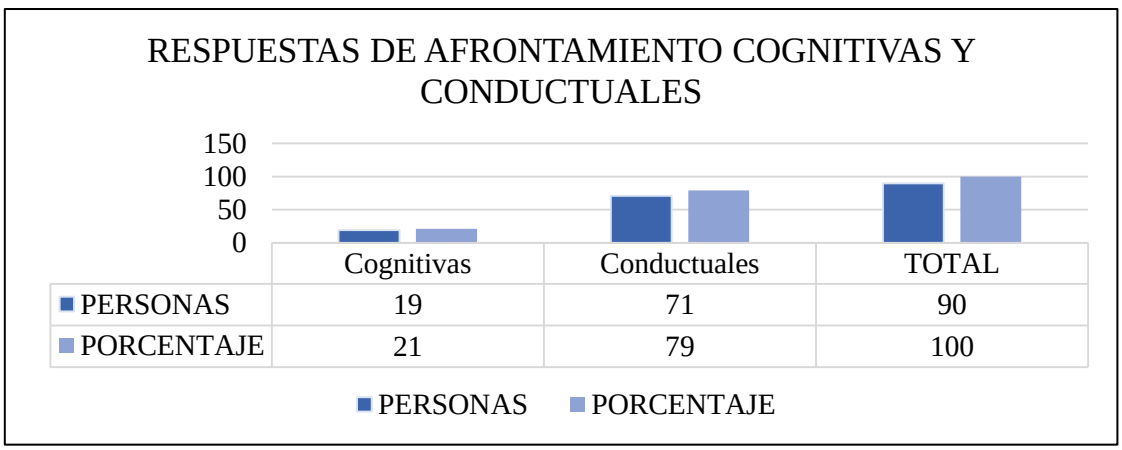


Figura N° 9: Respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 21% aplican respuestas de afrontamiento cognitivas (análisis lógico, reevaluación positiva, evitación cognitiva y aceptación – resignación) y el 79% ejecutan respuestas de afrontamiento conductuales (búsqueda de guía y apoyo, solución de problemas, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional).

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO DE APROXIMACIÓN Y EVITACIÓN

	PERSONAS	PORCENTAJE
APROXIMACIÓN	37	41%
EVITACIÓN	53	59%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 8: Respuestas de afrontamiento de aproximación y evitación
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 37 utilizan respuestas de afrontamiento de aproximación (análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y apoyo y solución de problemas) y 53 emplean las respuestas de afrontamiento de evitación (evitación cognitiva, resinación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional).

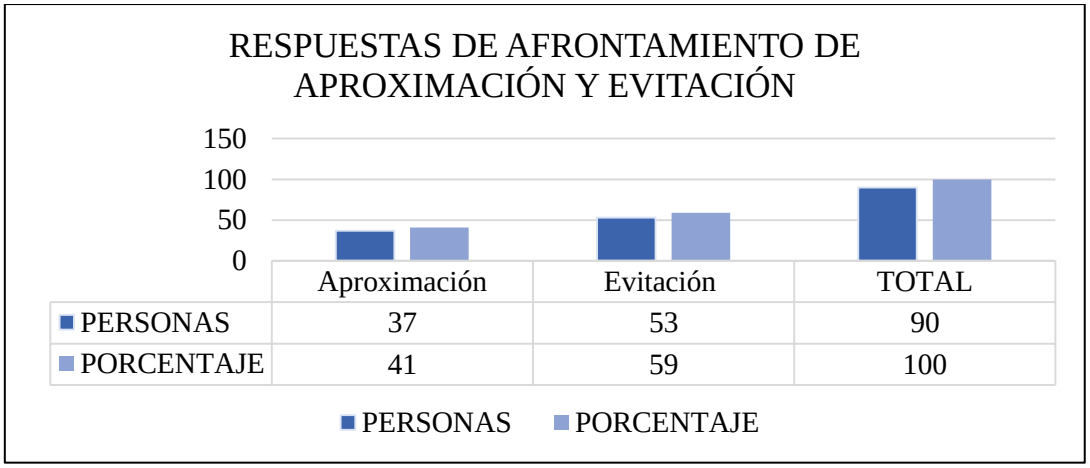


Figura N° 10: Respuestas de afrontamiento de aproximación y evitación
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 41% utilizan respuestas de afrontamiento de aproximación (análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y apoyo y solución de problemas) y el 59% llevan a cabo las respuestas de afrontamiento de evitación (evitación cognitiva, aceptación – resinación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional).

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS

	PERSONAS	PORCENTAJE
Análisis Lógico (AL)	26	30%
Reevaluación Positiva (RP)	22	24%
Evitación Cognitiva (EC)	22	24%
Aceptación Resignación (AR)	20	22%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 9: Respuestas de afrontamiento cognitivas
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 26 utilizan la respuestas de afrontamiento análisis lógico (AL), 22 emplean la respuesta de afrontamiento reevaluación positiva (RP), 22 ejercen la respuesta de afrontamiento evitación cognitiva (EC) y 20 manejan la respuesta de afrontamiento aceptación-resignación (AR).

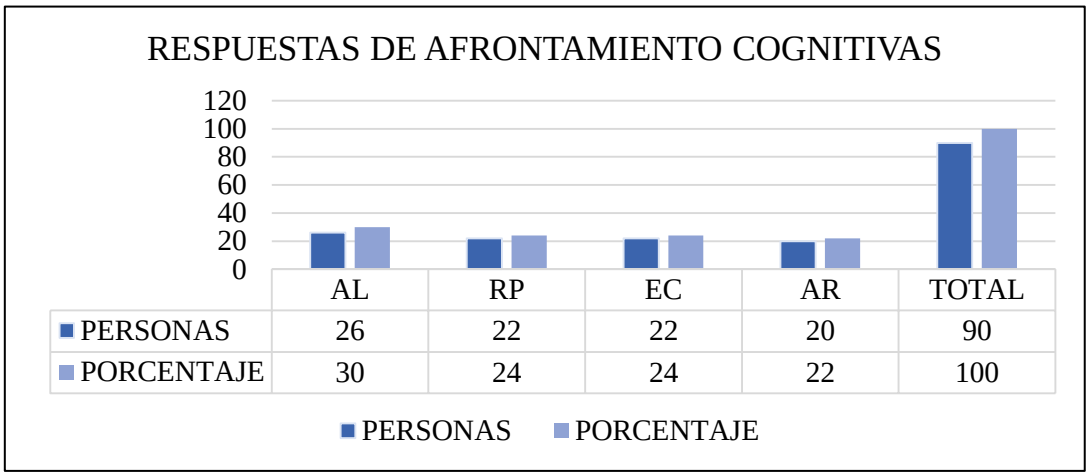


Figura N° 11: Respuestas de afrontamiento cogntivas
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 30% llevan a cabo la respuestas de afrontamiento análisis lógico (AL), el 24% ejecutan la respuesta de afrontamiento reevaluación positiva (RP), el 24% ponen en práctica la respuesta de afrontamiento evitación cognitiva (EC) y el 22% utilizan la respuesta de afrontamiento aceptación-resignación (AR).

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO CONDUCTUALES

	PERSONAS	**PORCENTAJE**
Búsqueda de guía y apoyo (BG)	17	18%
Solución de Problemas (SP)	10	11%
Búsqueda de recompensas alternativas (BR)	51	58%
Descarga Emocional (DE)	12	13%

TOTAL	90	100%

Tabla N° 10: Respuestas de afrontamiento conductuales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 17 emplean las respuestas de afrontamiento de búsqueda de guía y apoyo (BG), 10 ejecutan la respuesta de afrontamiento solución de problemas (SP), 51 utilizan la respuesta de afrontamiento búsqueda de recompensas alternativas (BR) y 12 llevan a cabo la respuesta de afrontamiento descarga emocional (DE).

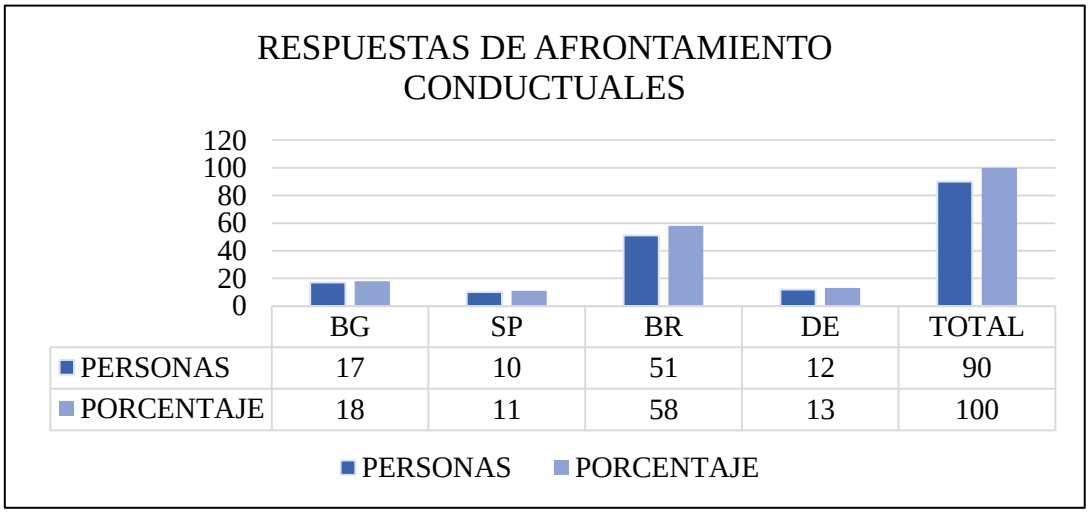


Figura N° 12: Respuestas de afrontamiento conductuales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 18% manejan la respuestas de afrontamiento de búsqueda de guía y apoyo (BG), el 11% ejercen la respuesta de afrontamiento solución de problemas (SP), el 58% aplican la respuesta de afrontamiento búsqueda de recompensas alternativas (BR) y el 13% ejecutan la respuesta de afrontamiento descarga emocional (DE).

4.2 Variable dependiente: Calidad de vida

CALIDAD DE VIDA	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	55	61%
Medio	33	37%
Alto	2	2%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 11: Calidad de vida
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 55 muestran un bajo nivel de calidad de vida, 33 evidencian un nivel medio de calidad de vida, mientras que 2 presentan nivel alto de calidad de vida.

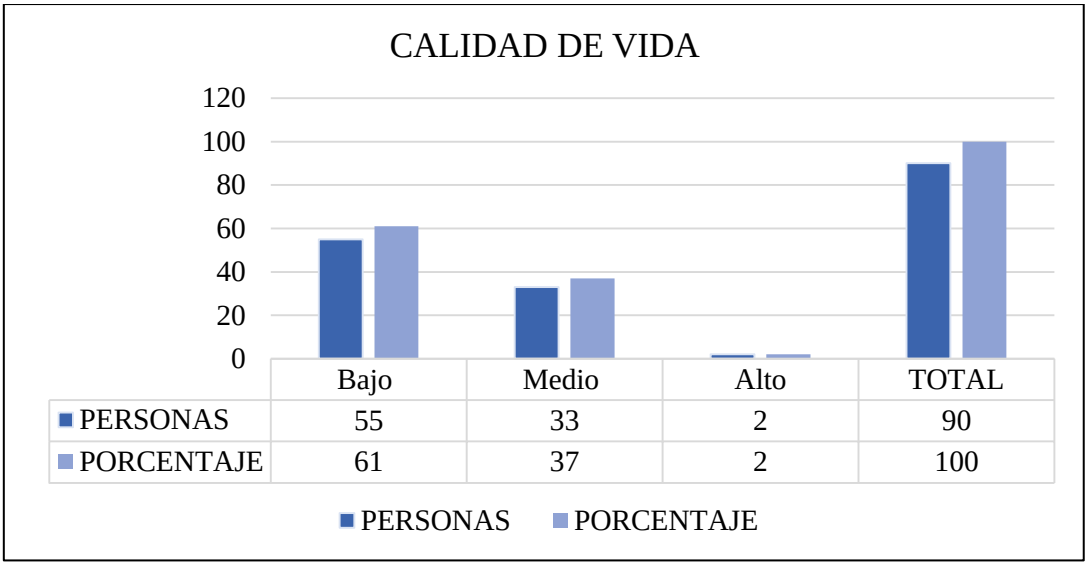


Figura N° 13: Calidad de vida
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 61% refleja un bajo nivel de calidad de vida, el 37% muestra un nivel medio de calidad de vida y el 2% evidencia un nivel alto de calidad de vida.

BIENESTAR EMOCIONAL

BIENESTAR EMOCIONAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	20	22%
Medio	50	56%
Alto	20	22%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 12: Bienestar emocional
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 20 manifiesta un nivel alto de bienestar emocional, 50 presentan un nivel medio de bienestar emocional, mientras que 20 manifiestan un bajo nivel de bienestar emocional.

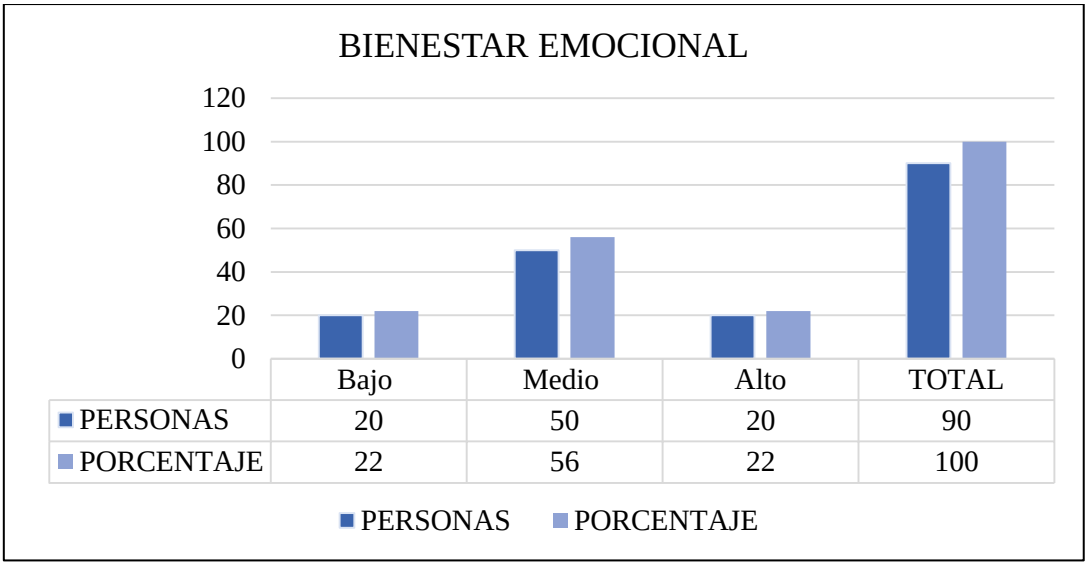


Figura N° 14: Bienestar emocional
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 22% alude un nivel bajo de bienestar emocional, el 56% reflejan un nivel medio de bienestar emocional y el 22% evidencian un alto nivel de bienestar emocional.

RELACIONES INTERPERSONALES

RELACIONES INTERPERSONALES	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	11	12%
Medio	43	48%
Alto	36	40%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 13: Relaciones interpersonales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 11 alude un bajo nivel de relaciones interpersonales, 43 constatan un nivel medio de relaciones interpersonales, mientras que 36 manifiesta un nivel alto de relaciones interpersonales.

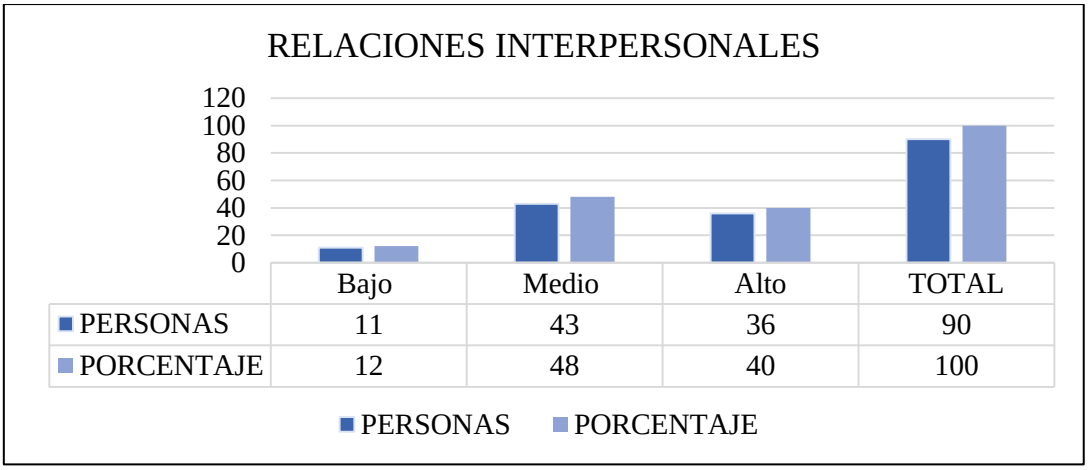


Figura N° 15: Relaciones Interpersonales
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACION:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 12% evidencian un bajo nivel de relaciones interpersonales, el 48% manifiestan un nivel medio de relaciones interpersonales y el 40% expresan un nivel alto de relaciones interpersonales.

BIENESTAR MATERIAL

BIENESTAR MATERIAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	86	96%
Medio	4	4%
Alto	0	0%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 14: Bienestar material
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 86 presentan un bajo nivel de bienestar material, 4 constatan un nivel medio de bienestar material, mientras que 0 reflejan un nivel alto de bienestar material.

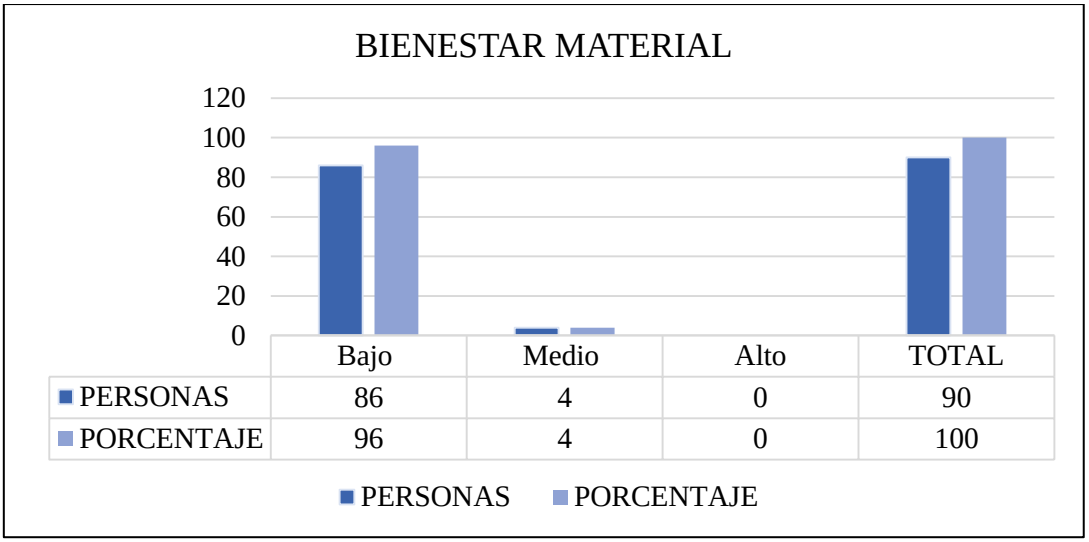


Figura N° 16: Bienestar material
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 96% muestran un bajo nivel de bienestar material, el 4% presentan un nivel medio de bienestar materia y el 0% evidencian un nivel alto de bienestar material.

DESARROLLO PERSONAL

DESARROLLO PERSONAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	14	16%
Medio	46	51%
Alto	30	33%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 15: Desarrollo personal
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 14 reflejan un bajo nivel de desarrollo personal, 46 evidencia un nivel medio de desarrollo personal, mientras que 30 manifiestan nivel alto de desarrollo personal.

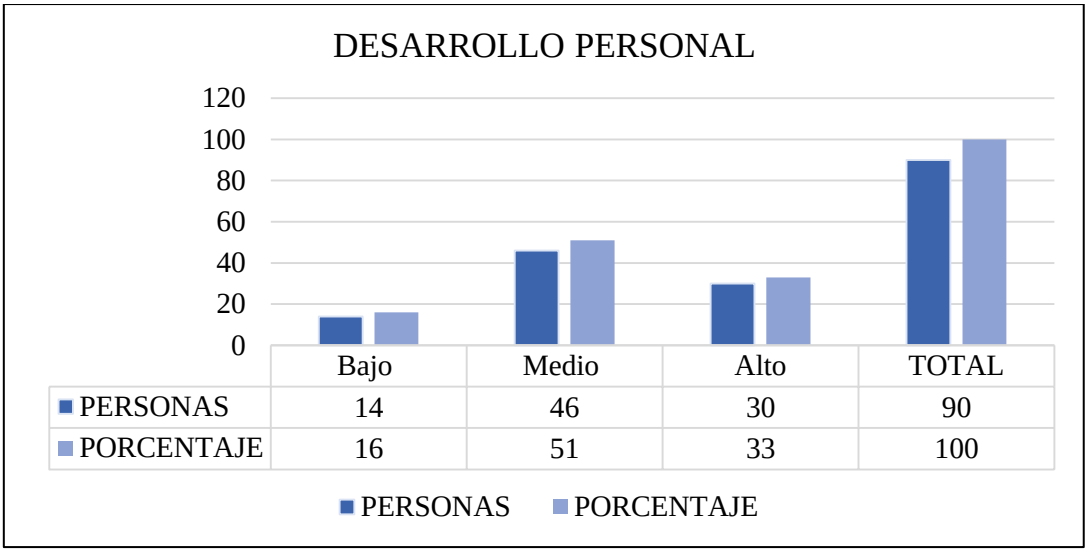


Figura N° 17: Desarrollo personal
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 16% revela un bajo nivel de desarrollo personal, el 51% manifiesta un nivel medio de desarrollo personal y el 33% alude un nivel alto de desarrollo personal.

BIENESTAR FÍSICO

BIENESTAR FÍSICO	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	82	91%
Medio	8	9%
Alto	0	0%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 16: Bienestar físico
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 82 evidencian un bajo nivel de bienestar físico, 8 muestran un nivel medio de bienestar físico, mientras que 0 reflejan un nivel alto de bienestar físico.

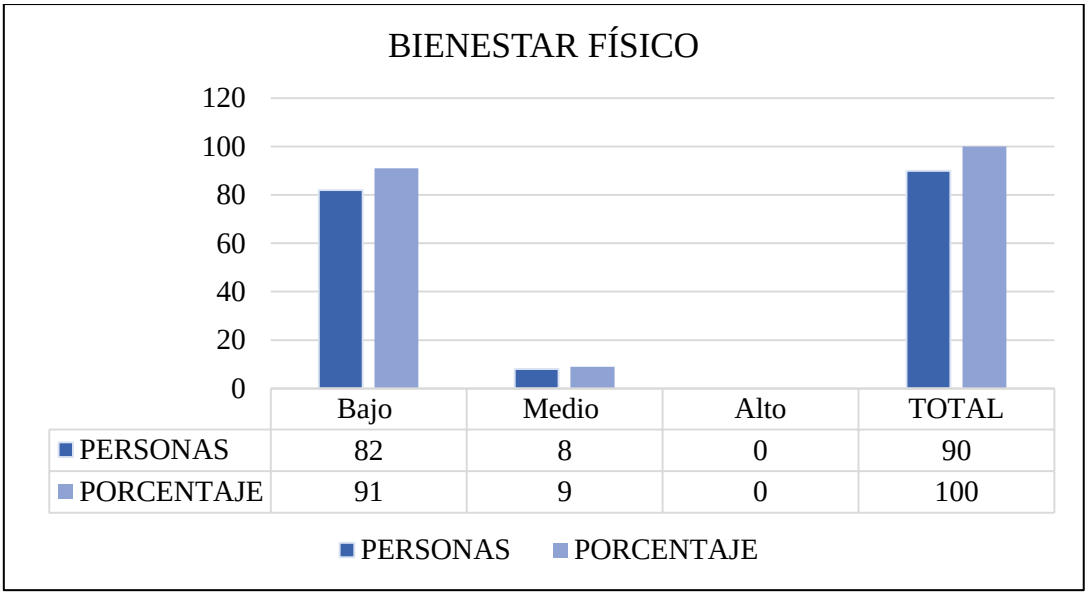


Figura N° 18: Bienestar físico
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 91% manifiesta un bajo nivel de bienestar físico, el 9% expone un nivel medio de bienestar físico y 0% evidencia un nivel alto de bienestar físico.

AUTODETERMINACIÓN

AUTODETERMINACIÓN	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	4	4%
Medio	32	36%
Alto	54	60%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 17: Autodeterminación
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 4 muestran un bajo nivel de autodeterminación, 32 evidencian un nivel medio de autodeterminación, mientras que 54 presentan un nivel alto de autodeterminación.

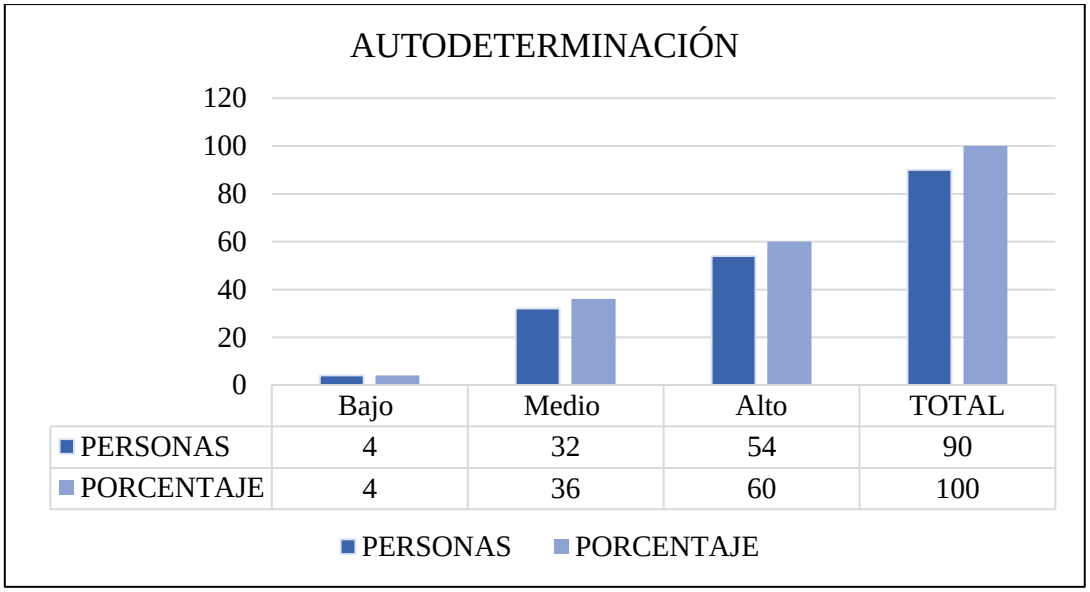


Figura N° 19: Autodeterminación
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 60% refleja un alto nivel de autodeterminación, 36% revela un nivel medio de autodeterminación y el 4% alude un bajo nivel de autodeterminación.

INCLUSIÓN SOCIAL

INCLUSIÓN SOCIAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	37	41%
Medio	42	47%
Alto	11	12%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 18: Inclusión Social
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, 37 muestran un nivel bajo de inclusión social, 42 reflejan un nivel medio de inclusión social, mientras que 11 indican un bajo nivel de inclusión social.

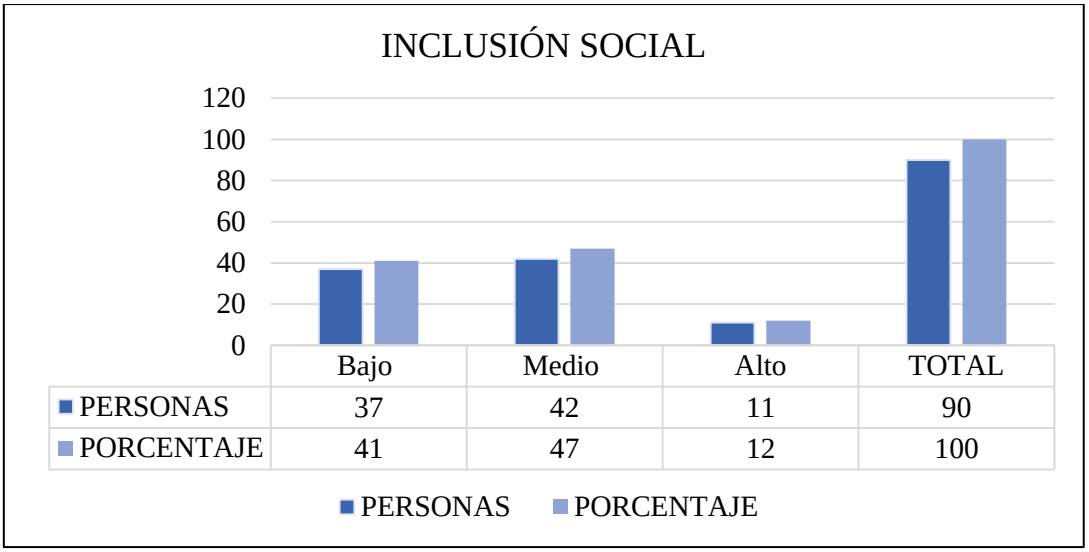


Figura N° 20: Inclusión Social
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación se ha encontrado que el 41% evidencian un nivel alto de inclusión social, el 47% presentan un nivel medio de inclusión social y el 12% indican un bajo nivel de inclusión social.

DERECHOS

DERECHOS	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	77	86%
Medio	11	12%
Alto	2	2%
TOTAL	90	100%

Tabla N° 19: Derechos
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 90 PPL(s) evaluados, que 77 muestra un bajo nivel de derechos, 11 indican un nivel medio de derechos, mientras que 2 evidencian un nivel alto de derechos.

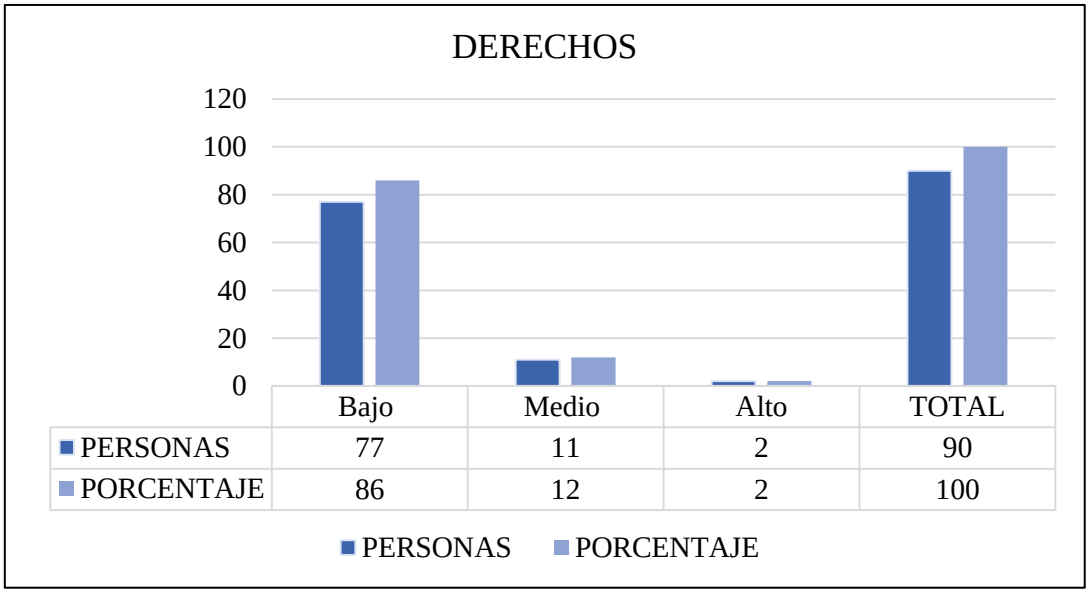


Figura N° 21: Derechos
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación se ha encontrado que el 86% indican bajo nivel de derechos, 12%reflejan un nivel medio de derechos y 2% evidencian nivel alto de derechos.

4.3 Verificación de Hipótesis

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje

RESPUESTAS_DE_AFRONTAMIENTO * CALIDAD_DE_VIDA	90	100,0%	0	0,0%	90	100,0%

Tabla N° 20: Resumen del procesamiento de los casos
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

Tabla de contingencia RESPUESTAS_DE_AFRONTAMIENTO * CALIDAD_DE_VIDA

Recuento

		CALIDAD_DE_VIDA			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
RESPUESTAS_DE_AFRONTAMIENTO	ANÁLISIS_LÓGICO	1	5	0	6
	REEVALUACIÓN_POSITIVA	0	4	1	5
	EVITACIÓN_COGNITIVA	0	4	0	4
	ACEPTACIÓN_RESIGNACIÓN	0	4	0	4
	BÚSQUEDA_GUIA_APOYO	11	3	0	14
	SOLUCIÓN_PROBLEMAS	12	0	0	12
	BUSQUEDA_RECOMPENSAS_ALT	24	13	1	38
	DESCARGA_EMOCIONAL	7	0	0	7
Total		55	33	2	90

Tabla N° 21: Tabla de contingencias
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	46,286[a]	14	,000	,003		
Razón de verosimilitudes	53,437	14	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	44,920			,000		

Asociación lineal por lineal	18,921[b]	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	90					

a. 19 casillas (79,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.
b. El estadístico tipificado es -4,350.

Tabla N° 22: Prueba de chi-cuadrado
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN

En base a la prueba estadística Chi-cuadrado ejecutada en el programa SSPS se deduce que las Respuestas de Afrontamiento si se asocia con la Calidad de Vida, siendo el valor de chi-cuadrado 0.00 < p 0,05 de acuerdo a la siguiente formula, (X^2(14)=46,286; N=90; P<0.050) se acepta la hipótesis alterna.

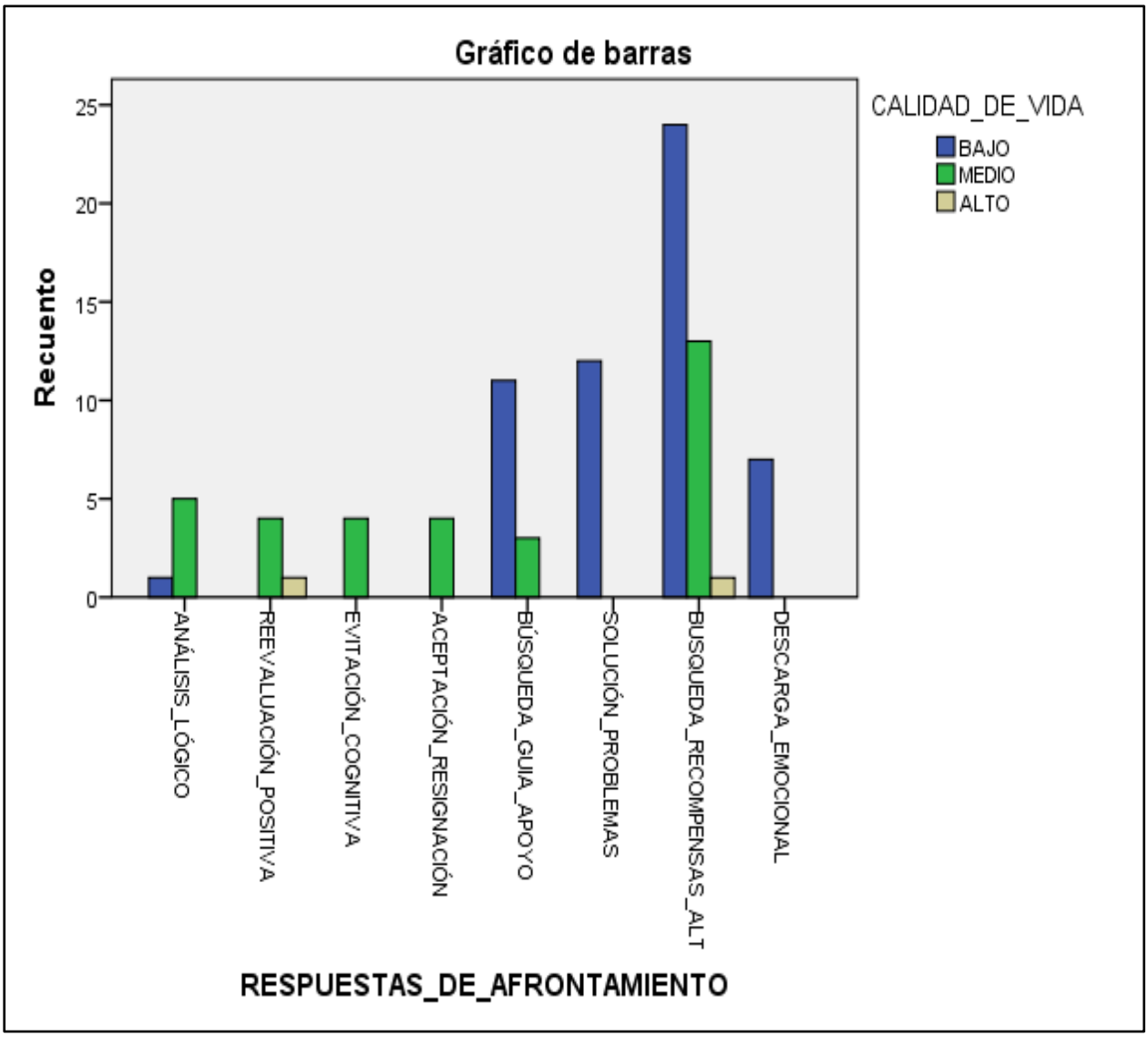


Figura N° 22: Correlación
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que dentro de los resultados generales obtenidos en la muestra evaluada si existe una correlación significativa total entre las dos variables ya que las PPL(s) que utilizan las respuestas de afrontamiento cognitivas evidencian un nivel de calidad de vida medio y por otra parte los PPL(s) que llevan a cabo las respuestas de afrontamiento conductuales presentan una baja calidad de vida.

Correlaciones

		BIENESTAREMOCIONAL	RELACIONESINTERPERSONALES	BIENESTARMATERIAL	DESARROLLOPERSONAL	BIENESTARFISICO	AUTODETERMINACION	INCLUSIONSOCIAL	DERECHOS
ANALISISLÓGICO	Correlación de Pearson	,091	,089	-,023	,116	-,144	,378**	-,069	,064
	Sig. (bilateral)	,395	,405	,827	,277	,175	,000	,517	,548
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
REVALUACIÓNPOSITIVA	Correlación de Pearson	,158	,198	-,232*	,188	-,206	,536**	,113	,049
	Sig. (bilateral)	,138	,061	,028	,076	,051	,000	,288	,646
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
BUSQUEDADEAGUIAYAPOYO	Correlación de Pearson	,127	,238*	-,145	,256*	-,082	,194	,081	-,008
	Sig. (bilateral)	,233	,024	,174	,015	,445	,067	,449	,940
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
SOLUCIÓNDEPROBLEMAS	Correlación de Pearson	,359**	,296**	-,126	,445**	-,194	,349**	,104	,138
	Sig. (bilateral)	,001	,005	,237	,000	,067	,001	,331	,195
	N	90	90	90	90	90	90	90	90

EVIYACIÓNCOGNITIVA	Correlación de Pearson	-,217*	-,300**	-,056	-,238*	-,044	,067	-,256*	-,289**
	Sig. (bilateral)	,040	,004	,599	,024	,682	,532	,015	,006
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
ACEPTACIÓNRESIGNACIÓN	Correlación de Pearson	-,179	-,310**	-,008	-,174	-,023	-,189	-,139	-,281**
	Sig. (bilateral)	,091	,003	,937	,100	,832	,075	,190	,007
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
BUSQUEDARECOMPENSASALTERNATIVAS	Correlación de Pearson	,336**	,320**	-,052	,190	-,133	,360**	,141	,082
	Sig. (bilateral)	,001	,002	,628	,073	,210	,001	,184	,444
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
DESCARGAEMOCIONAL	Correlación de Pearson	-,201	-,186	-,215*	-,026	-,090	,007	-,112	-,120
	Sig. (bilateral)	,057	,079	,042	,811	,398	,949	,291	,262
	N	90	90	90	90	90	90	90	90

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

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

Tabla N° 23: Correlaciones entre dimensiones
Fuente: Respuestas de afrontamiento y calidad de vida
Autor: Robalino L. (2016)

INTERPRETACIÓN

En base a la prueba estadística Correlación de Pearson ejecutada en el programa SSPS se evidencia que existe correlación entre dimensiones del Inventario de Respuestas de Afrontamiento y la Escala GENCAT de Calidad de vida se evidencia que en ciertas áreas descritas con anterioridad si existe índice de correlación con un nivel de significancia $p<0,05$.

Análisis lógico se relaciona directamente con la autodeterminación ya que presenta un índice de correlación positiva de ,378** con un nivel de significancia de 0,00; la reevaluación positiva evidencia una relación inversa con el bienestar material ya que tiene un índice de correlación negativa de -,232* con un nivel de significancia de 0,02 y con la autodeterminación mantiene una relación directa ya que muestra un índice de correlación positiva de ,536** con un nivel de significancia de 0,00; la búsqueda de guía y apoyo se relaciona directamente con las relaciones interpersonales ya que exhibe un índice de correlación positiva de ,238* con un nivel de significancia de 0,02 y con el desarrollo personal ya que también posee un índice de correlación positiva de ,256** con un nivel de significancia de 0,01; solución de problemas se relaciona directamente con el bienestar emocional ya que exterioriza un índice de correlación positiva de ,359** con un nivel de significancia de 0,00, con las relaciones interpersonales ya que presenta un índice de correlación positiva de ,296** con un nivel de significancia de 0,00, con el desarrollo personal ya que tiene un índice de correlación positiva de ,445** con un nivel de significancia de 0,00, y con la autodeterminación ya que muestra un índice de correlación positiva de ,349** con un nivel de significancia de 0,00; la evitación cognitiva se relaciona directamente con las relaciones interpersonales ya que refleja un índice de correlación positiva de ,300** con un nivel de significancia de 0,00 y se relaciona inversamente con el bienestar emocional ya que evidencia un índice de correlación negativa de -,217* con un nivel de significancia de 0,04; con el desarrollo personal exhibe un índice de correlación

negativa de -,238* con un nivel de significancia de 0,02, con la inclusión social ya que revela un índice de correlación negativa de -,256* con un nivel de significancia de 0,01 y con los derechos ya que demuestra un índice de correlación negativa de -,289* con un nivel de significancia de 0,06; la aceptación/resignación mantienen una relación inversa con las relaciones interpersonales ya que constatan un índice de correlación negativa de -,310** con un nivel de significancia de 0,00 y con los derechos ya que refleja índice de correlación negativa de -,281** con un nivel de significancia de 0,00; la búsqueda de recompensas alternativas se relaciona directamente con el bienestar emocional ya que evidencia un índice de correlación positiva de ,336** con un nivel de significancia de 0,00; con las relaciones interpersonales ya que exhibe un índice de correlación positiva de ,320** con un nivel de significancia de 0,00 y con la autodeterminación ya que posee un índice de correlación positiva de ,360** con un nivel de significancia de 0,00; la descarga emocional mantiene una relación inversa con el bienestar material ya que presenta un índice de correlación negativa de -,215* con un nivel de significancia de 0,04 respectivamente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Mediante la presente investigación se concluye que las Respuestas de Afrontamiento si se relacionan con la Calidad de Vida de las Personas Privadas de Libertad, en los resultados se encontró que el mayor número de PPL(s) utilizan las respuestas de afrontamiento conductuales y a la vez los mismos reflejan baja calidad de vida; por otra parte se evidencia que un menor número de PPL(s) utilizan las respuestas de afrontamiento cognitivas y presentan un nivel de calidad de vida medio. De acuerdo a la correlación entre dimensiones también se concluye que en las áreas que forman parte de las dos variables también existe índice de correlación con un nivel de significancia $p<0,05$.
- Con respecto a las Respuestas de afrontamiento se determina que del total de los PPL(s) evaluados el 79% emplean respuestas de afrontamiento conductuales siendo de mayor relevancia la Búsqueda de Recompensas Alternativas, es decir la mayoría de PPL(s) ejecutan esfuerzos conductuales orientados a obtener medios de satisfacción a través de la creación o implicación de acciones sustitutivas como manera de evitar el problemas; por otra parte el 21% utilizan respuestas de afrontamiento cognitivas siendo la de mayor utilización el Análisis Lógico que indica los esfuerzos cognitivos que permiten la

preparación mental para enfrentar al estresor con sus respectivos resultados y consecuencias.

- Con respecto a la Calidad de Vida se deduce que del total de PPL(s) evaluados que formaron parte de la investigación el 61% presenta bajo nivel de calidad de vida, es decir la mayoría de los PPL(s) no se sienten satisfechos en las dimensiones mencionadas como son el bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, bienestar físico y derechos; por otra parte el 37% evidencia un nivel medio y apenas el 2% muestra alto nivel de calidad de vida respectivamente.

5.2 Recomendaciones

- En base a los resultados obtenidos de las necesidades reales del entorno dar a conocer a las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte (CRS) la realidad de la población penitenciaria y proponer la creación de protocolos psicoterapéuticos que permitan a la población en general encontrar el equilibrio entre la diversidad de situaciones estresantes que enfrentan cotidianamente y su relación con su calidad de vida.
- Mediante el enfoque Cognitivo Conductual se propone la estructurar un plan de intervención psicológica que permitan la potencialización de las respuestas de afrontamiento que ejerce la población de estudio ya que de esta manera dichas conductas ejercidas por los sujetos les permitirán disminuir el malestar psicológico, mantener el equilibrio emocional y hacer frente a los sucesos del diario vivir.
- Se recomienda emprender trabajo multidisciplinario y redes de apoyo con las diversas áreas encaminadas a lograr el desarrollo integral y reinserción social de la población en mención mediante el desarrollo de las dimensiones de Calidad de Vida que a la vez les

permita ejercer un adecuado desenvolvimiento e intentos de sobresalir mediante la aplicación a actividades en su beneficio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A. (2014). *Los mecanismos de afrontamiento en hombres y mujeres con depresión en el Hospital Quito N° 1 Policía Nacional.* (Tesis de Pregrado). Universidad Central del Ecuador, Ecuador.

Barceló, T. (2013). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Cornillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 70*(136), 123-160.

Barragán, A. (2012). Psicología positiva y humanismo: Premisas básicas y coincidencias en los conceptos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15*(4), 1512-1531.

Bastidas, C. (2014). *ONU: Ecuador consolida su índice de desarrollo humano y se perfila como país de alto progreso.* Andes: Agencia Publica de Noticias del Ecuador y Sudamérica. Recuperado de http://www.andes.info.ec/es/noticias/onu-ecuador-consolida-indice-desrrollo-humano-perfila-pais-alto-progreso.html

Broeck, A., Witte, H., Neyrinck, B., y Lens, W. (2009). Teoría de la Autodeterminación para promover el crecimiento personal en el ámbito laboral.

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid, España: Pirámide.

Cabrera, D. (2015). Calidad de Vida a Nivel Mundial. *El Universal,* pp. 5 – 6.

Campo, L., y Martínez, Y. (2009). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de una Universidad privada de la Costa Caribe Colombiana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 2*(1), 39-51.

Cardona, J., Giraldo, E., y Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Medicas UIS, 29*(1), 17-27.

Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 1*(1), 1-19.

Casullo, M., y Fernández. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Investigaciones en Psicología, 6*(1), 25-49.

Colvin. M., y Rutland, F. (2008). Is Maslow´s Hierarchy of Need a Valid Model of Motivation. *Louisiana Tech University.* Documento en línea recuperado, *15.*

Cortés, R. (1986). El crecimiento personal (o autorrealización): meta de las psicoterapias humanistas. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology,* (34), 63-84.

Domínguez, L. (2007). Proyecto de vida y valores: Condiciones de la personalidad madura y saludable. *Boletín electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, 3*(1), 44-58.

Fadiman, J., y Frager, R. (2001). *Teorías de la personalidad.* México: Oxford University Press México, S.A.

Gallardo, C., y Núñez, J. (2006). Una lectura cuantitativa del sistema de cárceles del Ecuador (tesis pregrado). Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales Sede Ecuador, Ecuador.

Garcés, Y., Santana, L., y García, L. (2012). El desarrollo de habilidades sociales: una estrategia para potenciar la integración de menores en riesgo de exclusión. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID),* 172-192.

García, J. (2015). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de primer y segundo semestre académico* (tesis pregrado). Universidad de Antioquia, Colombia.

Kirchner, T., y Forns, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos (CRI-A).* Madrid, España: TEA.

Kopplhuber, C., y Insuasti, G. (2004). *El hombre en busca de sentido.* España: Herder.

Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate, 12*, 63-84.

Lacunza, A., y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades, 12*(23), 159-182.

Lorenzo, M., y Bueno, M. (2011). Entrenamiento de habilidades sociales en futbol base: Propuesta de intervención. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 21*(2), 39-52.

Macías, M., Orozco, C., Amaris, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30*(1).

Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y salud*, *17*(3), 245-258.

Mikulic, I. (2007). Calidad de Vida: Aportes del Inventario de Calidad de Vida percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 3*, 1-74.

Moreno, J., y Martínez, A. (2006). Importancia de la autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 6*(2), 39-54.

Navarro, F. (2013). Una mirada desde la psicología humanista-existencial a las circunstancias psicosociales en Colombia. ¿Salud mental?. *Revista Poiésis, 1*(26).

Paredes, A. (2013). La libertad desde una mirada humanista y existencial. *Centro psicoterapéutico logos CPL, 21*(1), 47-55.

Peñuela, M. (2010). Una visión humanista sobre el campo de la salud. *Perinatología y Reproducción Humana, 24*(4), 265-271.

Ramírez, A. (2011). *Psicología el crecimiento interior*. España: Díaz de Santos.

Ryan, R., y Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo social, y el Bienestar. *American Psychologist. 55*(1), 68-78.

Rubio, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

Salas, C., y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición, *Revista CES Salud Publica, 4*(1), 36.

Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 8*(1), 39-53.

Skineer, T. (2003). Illness representation and coping as predictors of emotional well-being in adolescentes with type 1 diabetes. *Journal of Pediatri Psychology, 28*(7), 485-493.

Soriano, M. (2001). La motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. *Proyecto social: Revista de relaciones laborales,* (9), 163-184.

Ticona, S., Paucar, G., y Llerena, G. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería: UNAS Arequipa. 2006. Enfermería global, (19), 0-0.

Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, *30*(1), 61-71.

Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología,* 425-446.

Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R. (2009). Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. *Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Barcelona.*

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

SCIELO: Herrera, P., Martínez, N. y Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *31*(4), 0-0.

SCIELO: Rambal, S., Madariaga, O., y Ibáñez N. (2014). Estudio sobre las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo, psicológico y social en mujeres internas en un centro de reclusión femenino del Caribe Colombiano (2012). *Revista Criminalidad*, *56*(3), 45-57.

SCIELO: Ramírez, et al. (2015). Psychological Symptoms, Coping Strategies and Resilience in Adults Exposed to the Colombian Armed Conflict. *Revista Colombiana de Psicología*, *25*(1), 125-140.

SCIELO: Rodríguez, F., Estrada, C., Rodríguez, L., y Bringas, C. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la Población Penitenciaria de México. *Psychology/Psicologia Reflexão e Critica*, *27*(3), 415-423. doi: 10.1590/1678-7153.201427301

SCIELO: Sierra, H., Guichá, A., y Salamanca, C. (2014). Relación entre estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Medicas UIS*, *27*(2), 15-27.

SCIENCE DIRECT: Loredo, M., Gallegos, R., Xeque, A., Palomé, G., y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, *13*(3), 159-165.

SCIENCE DIRECT: Macías, A., Gutiérrez, C., Carmona, F., y Crespillo, D. (2016). Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Atención Primaria, 48*(5), 301-307.

SCIENCE DIRECT: Martínez, J (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *31*(1), 1-9.

SCIENCE DIRECT: Vera, P., Valtierra, A., y Contreras, D. (2016). Afectividad como mediador de la relación entre optimismo y calidad de vida en hombres que tienen sexo con hombres con VIH. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *16*(3), 256-265.

SCOPUS: Castaño, E., y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(2), 245-257.

SCOPUS: Limonero, J., Tomas, J., Fernández, J., Gómez, M., y Ardilla, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología conductual, 20*(1), 183.

SCOPUS: Olivi, A., Fadda G., y Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población, 21*(84), 227-249.

PROQUEST: Barrios, N., Sánchez, L., y Salamanca, Y. (2013). Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina, 7*(2), 45-53.

PROQUEST: Latorre, P., Gallego, M., Mejía, J., y García, F. (2015). Consumo de tabaco y alcohol y práctica deportiva en universitarios mexicanos y españoles: asociación con la calidad de vida relacionada con la salud y la búsqueda de sensaciones. *Gaceta Medica de Mexico, 151*(2), 197-205.

ANEXOS

FICHA DE SELECCIÓN DE MUESTRA

N°:..... Pabellón:……. Celda:……

<table>
<tr><td colspan="4">¿En la actualidad consume algún tipo de sustancia psicotrópica?</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="6">Señale cual/es</td></tr>
<tr><td>Marihuana
( )</td><td>Heroína
( )</td><td>Cocaína
( )</td><td>Metanfetaminas
( )</td><td colspan="2">Base de cocaína
( )</td></tr>
<tr><td colspan="4">¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de accidente cerebrovascular?</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="4">¿Alguna vez ha sufrido algún traumatismo craneoencefálico que haya requerido de intervención y tratamiento médico?</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="6">¿Indique cuál es su grado de instrucción?</td></tr>
<tr><td>Ninguno ( )</td><td>Primaria
Completa ( )
Incompleta ( )</td><td>Secundaria
Completa ( )
Incompleta ( )</td><td>Superior
Completa ( )
Incompleta ( )</td><td colspan="2">Otra……</td></tr>
<tr><td colspan="4">¿Actualmente forma parte de algún taller, área o grupo terapéutico?</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="6">Escriba cual/es</td></tr>
<tr><td colspan="4">¿Presenta alguna discapacidad?</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="2">Física ( )</td><td colspan="2">Mental ( )</td><td colspan="2">Intelectual ( )</td></tr>
<tr><td colspan="6">¿Cuántas veces ha sido detenido?</td></tr>
<tr><td colspan="2">1 Vez ( )</td><td colspan="2">2 Veces ( )</td><td colspan="2">3 o más veces ( )</td></tr>
<tr><td colspan="6">¿Indique cuál es su estrato socioeconómico?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Bajo ( )</td><td colspan="2">Medio ( )</td><td colspan="2">Alto ( )</td></tr>
</table>

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a) Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI –A)

Instrucciones

Este ejemplar contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de dos partes. En la PARTE 1 deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya tenido que haya vivido en los últimos 12 meses. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares y amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo… Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en 10 preguntas que se le formulan acerca de cómo valora este problema, siguiendo este criterio:

SN:	Si su respuesta es SEGURO QUE NO
GN:	Si su respuesta es GENERALMENTE NO
GS:	Si su respuesta es GENERALMENTE SI
SS:	Si su respuesta es SEGURO QUE SI

En la PARTE 2 deberá responder a 48 preguntas expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

N:	Si su respuesta es NO, NUNCA

U:	Si su respuesta es UNA O DOS VECES
B:	Si su respuesta es BASTANTES VECES
S:	Si su respuesta es SI, CASI SIEMPRE

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que no hay ni contestaciones ni buenas ni malas, sencillamente siga su criterio personal. Si quiere corregir alguna respuesta, tache bien la primera y redondee la segunda respuesta. Antes de empezar no olvide anotar sus datos de identificación en la parte superior de esta página.

PARTE 1: Por favor piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

Puntee del 1 al 10 (1: casi nada, 10: muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado ( )

Puntee del 1 al 10 (1: casi nada, 10: muchísimo) el grado en que controlaba el problema ( )

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

SN	GN	GS	SS
SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SI	SEGURO QUE SI

b) GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre		Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	

Puntuación directa TOTAL _____

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.
ÍTEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

BIENESTAR MATERIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad…).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o casi siempre		Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.
ÍTEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.
ÍTEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.
ÍTEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

INCLUSIÓN SOCIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas…).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

DERECHOS

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta…).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario…).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

Número de identificación:

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Baremo usado

- A Baremo para la muestra general
- B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)
- C Baremo para personas con discapacidad intelectual
- D Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			