UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, EN EL PERÍODO 2015-2018

Autora: Magaly Ortunio C
Tutor: Dr. Harold Guevara Rivas

Valencia, Noviembre de 2018

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, EN EL PERÍODO 2015-2018

Autora: Magaly Ortunio C
Tutor: Dr. Harold Guevara Rivas

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de

DOCTORA EN CIENCIAS MÉDICAS

Valencia, Noviembre de 2018

ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO EN EL PERÍODO 2015 - 2018

Presentada para optar al grado de **Doctora en Ciencias Médicas** por el (la) aspirante:

ORTUNIO C., MAGALY S

C.I. V- 7120426

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Harold Guevara C.I. 7078962, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **17/07/2019**

Dr. (a) Everilda Arteaga (Presidente)
C.I. 8.849.676
17/07/2019

Dr. (a) Harold Guevara
C.I. 7.078.962
Fecha 17/07/2019.

Dr. (a) Gustavo Oviedo
C.I. 7048614
Fecha 17-07-19

Dr. (a) Ani Evies
C.I. 7011461
Fecha 17-07-19

Dr. (a) Rosa Alba Cardozo
C.I. 5494337
Fecha 17/07/2019

TG-CS:01-19

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MEDICAS

ACTA DE MENCIÓN HONORÍFICA

El día miércoles, Diecisiete (17) del mes de julio del año dos mil diecinueve, a la 1:00 p.m. en la sede del Salón de Conferencias de IPAPEDI, se reunieron los Profesores: Dres. Everilda Arteaga (en calidad de Presidenta), Ani Evies, Rosa Alba Cardozo, Gustavo Oviedo y Harold Guevara (Tutor) en calidad de Miembros del Jurado designado por el Consejo General de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para evaluar la Tesis Doctoral **"CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO EN EL PERÍODO 2015 - 2018"**, presentada por la ciudadana **ORTUNIO C., MAGALY S.,** Cédula de Identidad **N° V-7.120.426,** de conformidad con los Artículos 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en relación de la Constitución y Defensa de la Tesis Doctoral, como requisito para optar al Título de **DOCTORA EN CIENCIAS MÉDICAS.** Realizado como fue el acto de defensa de la Tesis Doctoral, de acuerdo con el Artículo 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, el Jurado considera que el estudio reúne méritos por las siguientes razones:

Relevancia y carácter científico de la Tesis: Es un estudio con una temática pertinente al referencial teórico que sustenta el Programa Doctoral.

Aspectos preliminares del estudio: El título está relacionado con el tema abordado. El resumen de la Tesis Doctoral hace referencia a todos los aspectos desarrollados en la misma en cuanto a profundidad, importancia y pertinencia.

Descripción del fenómeno de estudio: La contextualización de la problemática de la investigación está claramente descrita y presenta la caracterización del tema, en función de sus implicaciones contextuales, teóricas, empíricas, culturales, bioéticas, filosóficas e históricos –sociales.

El referencial teórico: Está suficientemente fundamentado; se presentan los teóricos, enfoques, métodos empleados, conclusiones, interpretaciones teóricas y otros elementos de importancia que permitieron esclarecer el fenómeno que se estudia.

Abordaje Metodológico: El paradigma cuantitativo fue la heurística escogida, el nivel fue correlacional, con diseño no experimental. El método concuerda con el propósito del estudio. Las conclusiones están descritas aportando los principales resultados de las interpretaciones realizadas, relacionadas con su temática. La bibliografía utilizada es actualizada y pertinente al tema tratado. Se concluye que esta Tesis Doctoral se caracteriza por ser un estudio original, inédito y relevante. Está metodológicamente bien elaborada, con un tema prioritario y pertinente que contribuye al campo de conocimientos de las Ciencias Médicas.

En consecuencia, el Jurado por unanimidad reconoce la calidad del estudio y considera que esta **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Dra. Everilda Arteaga
Presidenta del Jurado

Dra. Rosa Alba Cardozo
Miembro del Jurado

Dr. Gustavo Oviedo
Miembro del Jurado

Dra. Ani Evies
Miembro del Jurado

Dr. Harold Guevara
Miembro del Jurado

DEDICATORIA

Al recuerdo de mi padre
Pedro José Ortunio,
Quien permanecerá siempre en mi vida

A mi madre,
Por ser el mejor ejemplo de comprensión y humildad

A Juan José, mi hijo y amigo, a mi pequeña Luzmar,
Ambos son mi fuente de inspiración y superación

AGRADECIMIENTOS

Tras llegar al final de la realización de un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades, pero al mismo tiempo, tan motivador y retador, no puedo dejar de lado algo tan importante y difícil, a la vez, como es el agradecimiento, a quienes han colaborado, durante estos 4 años, para que esta Tesis Doctoral llegue a buen puerto, dado que sin ellos hubiese sido imposible afrontar con éxito la elaboración de la misma.

Es por ello, que empleo estas palabras con verdadero entusiasmo, para expresar mis agradecimientos, a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este trabajo, en el que tanto amor y esperanza he puesto.

Ante todo doy gracias a Dios por la vida y por haberme permitido tener esta experiencia, tan gratificante.

La elaboración del presente trabajo ha significado, aparte de mi propia valoración acerca de su resultado final, un extraordinario, prolífico y por momentos, agotador aprendizaje, es por ello, que agradezco de manera especial y sincera al Dr. Harold W Guevara R, la motivación, el apoyo y el esfuerzo aportado, para que la presente Tesis Doctoral llegase a un feliz término. Le agradezco que aceptara ser mi tutor, por su gran paciencia, generosidad, tiempo, esfuerzo y porque sin su persistencia y ayuda desinteresada, esta Tesis Doctoral, difícilmente, habría sido realizada. Por todo ello, le estaré eternamente agradecida.

A mi madre y mi padre, los mejores ejemplos de amor e inagotable reconocimiento por mi existencia, valores morales y formación académica. Gracias por haber sacrificado parte de sus vidas en formarme en una persona de provecho y por haberme enseñado a luchar por conseguir mis objetivos, al igual que valorar la vida, disfrutar de sus sencillos detalles y heredar lo más valioso que se le puede dar a un hijo: educación y amor. Por todo ello y más… un millón de gracias.

A mi esposo, amigo y confidente, por su amor, paciencia, comprensión y entrega desinteresada en los momentos de más estrés durante la realización de todas las

investigaciones llevadas a cabo para culminar esta Tesis Doctoral, siendo uno de los principales pilares en los que logré sostenerme durante los momentos más difíciles.

A mis hijos, Juan José y Luzmar, por ser la alegría de mi vida, mi orgullo y mi gran motivación, con los cuales he de recuperar el tiempo dedicado a este trabajo.

Doy las gracias a la Universidad de Carabobo, mi Alma Mater y querida Universidad, por todo lo que he aprendido en ella, tanto a nivel personal como profesional a lo largo de los años.

De igual modo, doy mi más sentido agradecimiento, a todos los estudiantes protagonistas de esta investigación, verdaderos artífices e inspiración de la misma. Gracias por haberme prestado su valioso tiempo, sentimientos, miedos, emociones, optimismo… para la realización de este trabajo.

A mis compañeros de estudios, y a los profesores del Doctorado, por ser mis aliados de aprendizaje.

Y a mis amigos, parte de mi familia, que han sabido comprenderme y siempre han tenido las necesarias palabras de ánimo.

Gracias a todos.

ÍNDICE

	Pág.
PRELIMINARES	
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice general	ix
Índice de cuadros	xi
Índice de gráficos	xiii
Índice de figuras	xiv
Resumen	xv
Abstract	xvi
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	
1.1. Planteamiento del Problema.....	5
1.2. Formulación del Problema.....	18
1.3. Objetivos:	
1.3.1 Objetivo General.....	19
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
1.4. Justificación e Importancia.....	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	26
2.2. Bases Teóricas:.....	32
2.2.1. Calidad de Vida.....	32
2.2.1.1. Cuestionario de la Calidad de Vida.....	45
2.2.2. Motivación.....	46
2.2.2.1. Búsqueda de las motivaciones de la conducta	50
2.2.2.2. Teorías de la motivación.....	52
2.2.2.3. Cuadrantes de Wilber.....	58
2.2.3. Resiliencia.....	65
2.2.3.1. Concepto.....	68
2.2.3.2. Medida de la Resiliencia…….	77
2.2.3.3. Justificación Empírica…….	78
2.2.4. La Pobreza en Venezuela.....	87
2.2.4.1. Línea de Pobreza (LP).....	89
2.2.4.2.Método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)……..	90
2.2.4.3. Pobreza según el método integrado…….	91
2.2.4.4 Método Graffar Méndez-Castellanos……	92
2.3. BASES LEGALES.....	93
2.3.1 Acuerdos Internacionales…….	94
2.3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)……..	94

2.3.2 Marco Nacional…… 94
2.3.2.1 Constitución Nacional…… 94
2.3.2.2 Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. 96
2.3.2.3 Ley de Universidades con su Reglamento……. 96
2.3.2.4 Ley Orgánica de Educación (LOE)…… 97
2.4. Definición y Operacionalización de las Variables..... 98-99

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO..... 100
3.1. Tipo de investigación…… 100
3.2. Nivel de investigación…….. 101
3.3. Diseño de la investigación…… 102
3.4. Población y Muestra…… 102
3.4.1. Universo…….……. 102
3.4.2. Población…….. 102
3.4.3. Muestra……...…….. 102
3.4.4. Criterios de Inclusión……... 103
3.4.5. Criterios de Exclusión…….. 103
3.5. Métodos, técnica e instrumentos de recolección de la información…….. 103
3.6. Consideraciones éticas…….. 104
3.7. Técnicas de análisis estadístico……. 114

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS 116

4.1 Presentación, Análisis e interpretación de los resultados..…… 116-137

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 138-159

CAPÍTULO VI. TEORIZACIÓN 160
6.1 Proceso de teorización..... 161
6.2 Enfoque Pentadimensional aplicado a la calidad de vida, motivación y resiliencia…….. 162

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES…. 168-174
Referencias Bibliográficas..... 175

ÍNDICE DE CUADROS

N°	CUADRO	Pág
1	Aspectos socio-demográficos según sexo, edad, condición de becado y religión de los estudiantes de tercer año de Medicina.	116
2	Aspectos socio-demográficos según la procedencia y lugar de residencia de los estudiantes de tercer año de Medicina.	118
3	Distribución según el estrato social de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo.	119
4	Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Elección para estudiar medicina.	120
5	Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Razón Principal para estudiar medicina.	121
6	Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Influencia en la elección. Universidad de Carabobo.	122
7	Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Motivos según la Orientación por la carrera.	122
8	Factores Socio-demográficos correspondientes a familiar médico de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo.	123
9	Estratificación socio-económica del estado laboral de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo.	124
10	Estratificación del promedio de notas (secundaria) de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo.	124
11	Matriz de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de motivación extrínseca e intrínseca en los estudiantes varones.	125
12	Matriz de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de motivación extrínseca e intrínseca en los estudiantes hembras.	126
13	Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo.	126
14	Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según la condición de tener pareja. Universidad de Carabobo.	127
15	Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según sexo y grupo de edad. Universidad de Carabobo.	128
16	Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según las dimensiones que la integran. Universidad de Carabobo.	129
17	Calidad de vida en la dimensión de apoyo social de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo y la condición de tener pareja.	130
18	Calidad de vida en la dimensión de satisfacción general de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo.	131
19	Calidad de vida en la dimensión de bienestar físico/psíquico de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo.	132
20	Calidad de vida en la dimensión de distensión laboral/tiempo libre de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo.	132

ÍNDICE DE CUADROS

N°	CUADRO	Pág
21	Calidad de vida global en la dimensión de apoyo social de los estudiantes de tercer año de medicina según la condición de tener pareja y grupo de edad. Universidad de Carabobo.	133
22	Niveles de resiliencia de los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo.	134
23	Asociación entre sexo y nivel resiliencia en los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo.	135
24	Asociación entre estrato social y resiliencia en los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo.	136
25	Correlación entre Calidad de Vida Global y Resiliencia Global de los estudiantes de tercer año de Medicina según la condición de tener pareja. Universidad de Carabobo.	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	GRÁFICOS	Pág
1	Correlación entre resiliencia y edad en los estudiantes de tercer año de Medicina.	135

ÍNDICE DE FIGURAS

N°	FIGURAS	Pág
1	Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow	56
2	Los cuatro cuadrantes de Wilber adaptada para la Motivación en estudiantes de medicina.	58-59
3	Enfoque pentadimensional de Calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo.	165
4	Modelo tetracórico de Calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo.	167

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, EN EL PERÍODO 2015-2018

Autora: Ortunio C, Magaly S
Tutor: Dr. Harold Guevara
Octubre 2018

RESUMEN

Introducción: La resiliencia es un factor importante para la calidad de vida (CDV), en este sentido la motivación y las emociones positivas sirven de protectores ante el estrés que muchas veces representa para los jóvenes la transición al nivel de educación superior y más específicamente en los estudiantes de medicina. **Objetivo:** Teorizar acerca de la calidad de vida, motivación y resiliencia en el contexto socioeducativo de los estudiantes de tercer año de medicina. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, de campo no experimental, transversal. La muestra fue no probabilística conformada por 218 sujetos voluntarios, mediante el método hipotético deductivo, la técnica de la encuesta y los instrumentos SODEMEM-Cardozo, la escala de Graffar y el Connors-Davidson Resilience Scale**,** versión español **Resultados:** Hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, el grupo de edad, no estar becado, la religión, estudiar medicina como primera opción, sólo estudiar, la motivación intrínseca, CDV global en los estudiantes con pareja en la dimensión apoyo social, CDV de los varones, asociación entre el sexo y nivel de resiliencia, entre CDV global y resiliencia global; siendo muy débil entre la edad y resiliencia. **Conclusión:** Los estudiantes deben asumirse como seres positivos capaces de adentrarse a construir desde su individualidad consciente el cambio de la realidad, partiendo de que el mismo no depende del otro sino de cada uno y a su vez en conjunto.

Palabras clave: Calidad de vida, motivación, resiliencia, estudiantes de medicina.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

QUALITY OF LIFE, MOTIVATION AND RESILIENCE IN MEDICINE STUDENTS OF THE UNIVERSITY OF CARABOBO, PERIOD 2015-2018

Author: Ortunio C, Magaly S
Tutor: Dr. Harold Guevara
October 2018

ABSTRACT

Introduction: Resilience is an important factor for quality of life (QOL), in this sense motivation and positive emotions serve as protectors against the stress that often represents for young people the transition to the level of higher education and more specifically in the medical students. **Objective:** Theorize about quality of life, motivation and resilience in the socio-educational context of third-year medical students. **Materials and Methods:** It was made a quantitative, correlational, non-experimental and cross-sectional research. The sample was non-probabilistic made up of 218 voluntary subjects, using the hypothetical deductive method, the survey technique and the instruments SODEMEM-Cardozo, Graffar scale and the Connors-Davidson Resilience Scale, spanish version. **Results:** There were statistically significant differences regarding sex, age group, not being a scholarship, religion, studying medicine as a first option, just studying, intrinsic motivation, global QOL in students with couple in the social support dimension, QOL of males, the association between sex and resilience level, global QOL and global resilience; being very weak between age and resilience. **Conclusion:** Students should assume that they are positive beings capable of entering into the conscious change of reality from their conscious individuality, based on the fact that it does not depend on the other but on everyone and in turn on the whole.

Key words: Quality of life, motivation, resilience, medicine students.

INTRODUCCIÓN

Nuestra más grande libertad es la
libertad de escoger nuestra actitud.
Viktor Frankl (1905-1997)

Desde la formulación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), en su Carta Magna o Constitucional, de la clásica definición de salud como ¨el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades", los esfuerzos de muchos investigadores se han dirigido a la búsqueda de herramientas para evaluar estos tres aspectos interrelacionados de la vida del ser humano, los cuales desde un principio fueron criticados como inconcretos.

Sobre la base de lo antes expuesto, la Real Academia Española (RAE) (2) define a la Calidad como las "propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie", y la Vida como el "modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive".

Así, el concepto de Calidad de Vida (CDV) surge como un intento de cuantificar el estado de salud, permaneciendo ambos como conceptos aún mal definidos, dada la complejidad de la realidad que pretenden abarcar, medir y reflejar.

En los últimos años han surgido múltiples iniciativas para conseguir un concepto claro del término Calidad de Vida, alcanzándose un acuerdo sólo en su naturaleza multidimensional (bio-psico-social), que abarca aspectos de la vida relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, pero también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos sus órdenes (3).

En este mismo sentido Nussbaum y Sen (4) afirman que, la calidad de vida involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad, y al considerarla es necesario no solo identificar la cantidad de dinero que tienen las personas, sino también conocer sus expectativas de vida a todos los niveles.

Debido a la necesidad de unificar criterios y posiciones sobre la calidad de vida, la OMS en 1994 citado en Baldi y García (5), propuso una definición de consenso: “Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Señalando Lolas (6) que en esta definición se hace evidente el carácter subjetivo, multidimensional y complejo del constructo calidad de vida.

De igual forma Cely (7) señaló, que la calidad de vida tiene que ver con las condiciones que favorezcan modos de vida que privilegien el ser-más sobre el tener-

más, puesto que está íntimamente relacionada con el sentido que se tenga de la misma y con un sentimiento de realización existencial.

Por esta razón, vale la pena recordar que según Ornelas (8), los activos más importantes de una nación son: el intelecto, las personas, sus ideas, aspiraciones, capacidades así como los instrumentos materiales y abstractos que permitan generar conocimientos y resolver problemas.

De tal manera que para un Estado garantizar la calidad de vida de las personas a su cargo debe lograr producir en ellas esa sensación de bienestar o felicidad tan relativa ya que la misma depende del carácter relativo y cambiante de la vida así como de la capacidad de poder ser feliz con lo auténtico y del mismo modo ser auténticamente feliz, ya que algunos confunden calidad de vida con nivel de vida, con esto último se quiere significar sin dejar lugar a duda la complejidad de la acepción del término.

Esta tesis doctoral, está enmarcada en la línea de investigación Calidad de Vida adscrita a la Unidad de Investigación Calidad de Vida de la Universidad de Carabobo, y buscó investigar, con un enfoque empírico-analítico propio del paradigma positivista, la calidad de vida en los estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, en el período 2015-2018, e igualmente su motivación y resiliencia, elementos estos íntimamente relacionados.

Con el objeto de facilitar la presentación del trabajo de investigación, el mismo se estructuró en capítulos.

Capítulo I, se refiere al planteamiento del problema, objetivo general y objetivos específicos; justificación e importancia de la investigación.

Capítulo II, se desarrolla la teoría necesaria para la comprensión del estudio, con antecedentes, bases teóricas y legales, definición y operacionalización de variables.

Capítulo III, contiene el marco metodológico donde se señala el tipo, nivel y diseño de la investigación, población y muestra, y se describen los métodos y procedimientos utilizados para la recolección de datos, análisis estadísticos.

Capítulo IV, se presentan los resultados en tablas y gráficos con sus respectivos análisis según el tipo de variable.

Capítulo V, referido a la discusión de los resultados

Capítulo VI, se trata la teorización del problema en estudio

Capítulo VII, se formulan las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada.

Finalmente se concluye con las referencias bibliográficas y anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Aquel que tiene un porqué para vivir
se puede enfrentar a todos los "cómos"
Friedrich Nietzsche (1844-1900)

1.1 Planteamiento del Problema

En el marco de la sociedad del conocimiento, en la que los individuos y las organizaciones están en capacidad de usar éste como factor de desarrollo y elemento dinamizador de cambio social, se hace necesario que la bioética salga en defensa de la vida, de su calidad y de su sentido, a modo de una nueva ética inter e intradisciplinaria, que asegure la convivencia armónica y conduzca al todo social a descubrir de manera autoconsciente los valores que dignifiquen al ser humano con su entorno social y natural.

Por ello, la bioética debe ser el producto libre de un constructo social con base en el conocimiento científico, que negocie consensos que dignifiquen la vida humana y permitan mejorar la calidad de vida de todos, en armonía con la naturaleza (7). En la naturaleza, el hombre además de relacionarse con la flora y la fauna, se relaciona también con seres del mismo género, aseveraba Ramos (9) siendo esto tan importante como tener donde vivir y de donde tomar alimentos, por lo que del mismo modo resulta indispensable lograr un ambiente propicio para desarrollarse como persona.

En este mismo orden de ideas, para De Zan (10) la ética, se ocupa del actuar de los humanos y de los problemas en sus relaciones. El *ethos*, por su parte alude al conjunto de actitudes y convicciones, de una persona o de un grupo. De allí, la importancia de la ética en el ser humano, ya que el cuidado, requiere cuidar de sí mismo, de otros y del medio ambiente donde habita.

El arte de "cuidar" como lo define el Diccionario de la Lengua Española (2) implica diligencia y atención, mirar por la salud y procurar una vida óptima. Los autores afirman que el cuidado es la razón del ser y del quehacer humano dentro de la sociedad. Mientras que Watson (11) señala que cuidar debe basarse en un conjunto de valores universales humanísticos que incluyen la amabilidad, la empatía, la preocupación y el amor por lo demás.

Por su parte, el estilo de vida, es la capacidad que tienen las personas de incrementar el control sobre su salud para mantenerla o mejorarla, mediante estrategias que le permitan tener un equilibrio entre personas y su ambiente, que a su vez favorezca un futuro más sano. En sociología, este es la manera en que viven las personas; e incluye la forma de relacionarse, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir, actitudes, valores o visión del mundo de un individuo. En términos epidemiológicos, Perea (12) señala que el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que algunas veces son saludables y otras nocivas para la salud.

Del mismo modo los autores antes mencionados afirman que esta conceptualización de estilos de vida sirve como fundamento para las políticas de promoción y educación, dado que son patrones aprendidos a lo largo de la vida durante el proceso de socialización y orientación y que puede ser modificado por factores externos.

Desde la formulación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), en su Carta Magna o Constitucional, de la clásica definición de salud como ¨el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades", los esfuerzos de muchos investigadores se han dirigido a la búsqueda de herramientas para evaluar estos tres aspectos interrelacionados de la vida del ser humano, los que desde un principio fueron criticados como inconcretos.

Todo esto aun cuando los esfuerzos encaminados a definir y medir la calidad de vida fueron impulsados por el discurso pronunciado por Lindón B. Johnson (13), presidente de los Estados Unidos de América, en el Madison Square Garden de Nueva York, en 1964, donde dijo textualmente: "...goals cannot be measured by the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people leads…".

Dichos argumentos se encontraban inspirados en la doctrina de John Kenneth Galbraith (13), recogida en su libro La Sociedad Opulenta, en el que defendía que los

objetivos políticos no deben ser medidos en términos económicos, sino de calidad de vida de los ciudadanos.

Partiendo de esto, resulta necesario resaltar que el término calidad de vida, no aparece como palabra clave en la base de datos de MEDLINE sino hasta 1977, y es veinte años más tarde cuando se pone en marcha la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (14).

Sobre la base de lo antes expuesto, la Real Academia Española (2) define a la Calidad como las "propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie", y la Vida como el "modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive".

Así, el concepto de Calidad de Vida (CDV) surge como un intento de cuantificar el estado de salud, permaneciendo ambos como conceptos aún mal definidos, dada la complejidad de la realidad que pretenden abarcar, medir y reflejar.

En los últimos años han surgido múltiples iniciativas para conseguir un concepto claro del término Calidad de Vida, alcanzándose un acuerdo sólo en su naturaleza multidimensional (bio-psico-social), que abarca aspectos de la vida

relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, pero también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos sus órdenes (3).

En este sentido Nussbaum y Sen (4) afirman que, la (CDV) involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad, y al considerarla es necesario no solo identificar la cantidad de dinero que tienen las personas, sino también conocer sus expectativas de vida, salud, servicios médicos accesibles, disponibilidad y calidad de su educación, trabajo, derechos que tienen, privilegios legales y políticos que disfrutan, el cómo están estructuradas las relaciones familiares y de género, y cómo la sociedad les permite sentir emociones como el amor y la gratitud.

Debido a la necesidad de unificar criterios y posiciones sobre la calidad de vida, la OMS en 1994 citado en Baldi y García (5), propuso una definición de consenso: “Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Señalando Lolas (6) que en esta definición se hace evidente el carácter subjetivo, multidimensional y complejo del constructo calidad de vida.

De igual forma Cely (7) señaló que la calidad de vida tiene que ver con las condiciones que favorezcan modos de vida que privilegien el ser-más sobre el tener-

más, puesto que está íntimamente relacionada con el sentido que se tenga de la misma y con un sentimiento de realización existencial.

Por esta razón, vale la pena recordar que según Ornelas (8), los activos más importantes de una nación son: el intelecto, las personas, sus ideas, aspiraciones, capacidades así como los instrumentos materiales y abstractos que permitan generar conocimientos y resolver problemas.

De tal manera que para un Estado garantizar la calidad de vida de las personas a su cargo debe lograr producir en ellas esa sensación de bienestar o felicidad tan relativa; y es que ser feliz no es fácil, debido a que son muchas las cosas que escapan del área de control de cada individuo, y se debe recordar que solo aquellos que están muertos son los que no tienen problemas, sin dejar de tener presente que la misma a su vez depende del carácter relativo y cambiante de la vida así como de la capacidad de poder ser feliz con lo auténtico y del mismo modo ser auténticamente feliz.

Con esto último se quiere significar que algunos confunden calidad de vida con nivel de vida, quedando claro que no debe quedar lugar a duda en la complejidad de la acepción calidad de vida.

Por esta razón describe Casas (15), que profundizar en la calidad de vida del adolescente es muy difícil, porque el concepto (CDV) es hoy más amplio y abarcador.

En este mismo sentido, a fines de la década de los setentas surgió un creciente interés por conocer acerca de aquellas personas que a pesar de vivir en condiciones severamente adversas lograban superarlas y además, transformarlas en una ventaja o estímulo para su desarrollo biopsicosocial (16).

El concepto de resiliencia, alude a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir transformado por ellas. Wolin y Wolin en 1993 utilizaba la teoría del Mándala de la resiliencia para denominar el conjunto de características o cualidades protectoras que todos los sobrevivientes exitosos tienen para afrontar la adversidad, el mismo toma a su vez la mayoría de los factores descritos por Werner (17-19).

Para la educación el término implica, lo mismo que en física, una dinámica positiva, una capacidad de volver hacia adelante. No obstante la resiliencia humana no se limita a resistir, ella permite la reconstrucción y en términos educativos está concebida como un resorte moral, y una cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir, capaz de superarse a pesar de la adversidad.

El estudio del “riesgo” en la vida de los profesores y de los alumnos y la detección de una infinidad de “factores de riesgo” han contribuido a crear una sensación de desaliento respecto de los niños y jóvenes. Incluso se ha llegado a pensar que los riesgos generalizados en la vida de los niños, (sin duda una realidad)

condenan inexorablemente a una creciente cantidad de jóvenes a desarrollar consecuencias negativas: deserción escolar, bajo aprovechamiento, adicciones. El concepto de resiliencia incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, y además de una forma socialmente aceptable (20).

Para Cyrulnik (16), la resiliencia es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual la persona afronta un contexto, afectivo, social y cultural. También la define como el arte de navegar en los torrentes.

La resiliencia como combinación de factores que permiten a la persona afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, se caracteriza por un conjunto de procesos sociales intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano, hecho tan vigente, actualmente en Venezuela (21).

La resiliencia o capacidad de recuperarse de la adversidad y salir fortalecido ha sido presentada y discutida haciendo énfasis en las fortalezas que las promueven y en los factores de la persona y el entorno que permiten su desarrollo; en base a esto Garassini (22) afirma que la gratitud es la fortaleza más desarrollada en los venezolanos, por su parte Emmons (23) ratificó que ésta misma fortaleza constituye una de las principales fuentes para el desarrollo del bienestar puesto que permite a las

personas estar conscientes de que todo lo que poseen y parte de lo que son es gracias al esfuerzo de otros.

Algunos investigadores como Wu y cols. (24), en su estudio de neurobiología de la resiliencia y sus implicaciones para promoverla destacan como factores psicosociales de la resiliencia aquellas basadas en fortalezas como el humor, la religiosidad, el altruismo y la generosidad; de igual forma plantean los hallazgos recientes en relación a la genética, epigenética y los factores neuroquímicos que intervienen en el manejo del trauma y el estrés asociados al desarrollo de los circuitos de la resiliencia, y consideran que permanecen en discusión los patrones y circuitos neurales involucrados en la mediación de la misma; proponiendo que el crecimiento del conocimiento de los factores de la resiliencia conduciría al desarrollo de fármacos e intervenciones para aumentar la resiliencia y mitigar sus consecuencias adversas.

En relación a los factores psicosociales Eley, Cloninger, Walters, Laurence, Synnott, y Wilkinson (25) en un estudio realizado en Australia concluyeron que la resiliencia se asoció con un patrón de rasgo de personalidad maduro, responsable, optimista, perseverante, y cooperativo considerados todos fortalezas de la personalidad que apoyan la inclusión de la resiliencia como un componente de funcionamiento óptimo y de bienestar en los médicos que fueron estudiados.

Asimismo, la angustia psicológica de los estudiantes de medicina ha sido ampliamente reconocida. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en el positivo bienestar de estos estudiantes; partiendo de esta premisa Shi, Wang, Bian, Wang (26) publicaron un estudio en el que examinaron la relación entre los factores demográficos, el estrés y la satisfacción con la vida explorando el papel mediador de la resiliencia en esta relación, afirmando que el estrés y la resiliencia jugaron un papel importante en la satisfacción con la vida entre los estudiantes de medicina en China.

El estudio del potencial resiliente y la calidad de vida percibida en estudiantes universitarios realizado por Mikulic y cols. (27), en Argentina y cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el potencial resiliente y la calidad de vida en estudiantes de educación superior concluyó que los participantes con mayor satisfacción en su calidad de vida presentan mayor cantidad de factores de protección personales y sociales; y menores factores de riesgo tanto a nivel personal, como familiar y social.

En este mismo orden de ideas, dentro de los factores de resiliencia, López, Martínez, Serey, Velasco y Zúñiga (28) establecieron la existencia de diferencias estadísticamente significativas según variables personales (edad), y académicas (carrera, trayectoria) en estudiantes de carreras pedagógicas de una universidad estatal de la Región de Valparaíso en Argentina.

Aun cuando mucho antes Peralta, Ramírez y Castaño (29) en una muestra de estudiantes universitarios en la Universidad de Sucre en Colombia, distribuidos según el tipo de rendimiento, entre los 16 y 38 años de edad, reportaron diferencias estadísticamente significativas en los factores resilientes.

Mientras que Saavedra y Villalta (30) concluyeron que los niveles de resiliencia no están asociados directamente a los tramos de edad ya que obtuvieron resultados similares en las diferentes etapas de vida.

Por su parte Álvarez y Cáceres (31), realizaron un estudio en relación a la resiliencia, la edad y otras variables sociodemográficas donde no se encontró correlaciones significativas entre la resiliencia y la edad, el estrato socioeconómico y el número de hijos. Habiendo resultado las mujeres más resilientes que los hombres, así como los solteros y quienes vivían junto a sus familias. La correlación entre la resiliencia y rendimiento académico fue débil y no se hallaron diferencias según el género y el estado civil en la resiliencia de los examinados.

En Venezuela el modelo de la Calidad de Vida y Resiliencia debería ser aplicado al estudio de la transición que representa para los jóvenes el ingreso al nivel de educación superior a fin de identificar las distintas variables que tienen incidencia positiva en la Calidad de Vida y en la configuración de posibles fuentes de resiliencia.

En torno a este aspecto, algunos autores plantean que al enfatizarse a nivel universitario solo los modelos cognitivos tecnológicos en la educación superior, los estudiantes carecen de una educación emocional, donde las emociones positivas base de la resiliencia sirvan de efectos protectores para la salud ante el estrés; lo cual puede provocar en el sujeto inhibiciones, bloqueos, temores, inseguridad, inestabilidad, y frustraciones ante la adversidad, que incluso pueden inducir desajustes sociales y falta de control en situaciones contrarias como la frustración o el fracaso (32,33).

En relación a esta afirmación una debilidad de la educación es el poco énfasis que realiza para potenciar los aspectos positivos del ser humano, tal como lo postula la psicología positiva, siendo más bien la tendencia focalizar los negativos; lo que resta importancia al hecho de que sea el propio estudiante responsable de trabajar por su bienestar y no esperar de manera pasiva que sea brindado por otros.

En concordancia con lo antes expuesto, la plasticidad cerebral de los adolescentes constituye un elemento el cual permite que la educación y las propias experiencias influyan, moldeen y regulen su conducta de forma tal que pueda seguir su curso natural sin los límites que la interacción con diferentes entornos, demandas o cambios pueda producir (34).

Por consiguiente y en relación a la temática de estudio Awasthy, Agnihotri, Singh, Thakur y Chandra (35), realizaron un estudio sobre los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estudiantes adolescentes al norte de India mediante el instrumento WHOQOL-BREF. Concluyeron que la adolescencia precoz y la matrícula en las escuelas privadas son factores determinantes en la CVRS de los estudiantes adolescentes.

Con una inquietud semejante, Mazur y Małkowska-Szkutnik (36), realizaron un estudio para evaluar el impacto de las condiciones de vida en la primera infancia sobre la salud y CDV a los 13 años de edad, en el que se concluyó que el estrato social es importante durante el primer año de vida del niño pues tiene un fuerte impacto en la salud psicosocial durante la adolescencia.

Mientras Casas (15) asevera, que aunque ciertamente una óptima CDV en la adolescencia no asegura un destino brillante, probablemente sí puede hacer que el adulto del mañana sea una mejor persona. Siendo por ello que debe propiciarse en los adolescentes el respeto a la vida, por todos los seres que habitan el planeta y el reconocimiento de la inmensidad de las relaciones que existen entre él y el medio ambiente.

Por su parte Campuzano, Arceo y Reyes (37) realizaron un estudio titulado Resiliencia en los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma

del Estado de México (UAEM) cuyo objetivo fue evaluar los factores resilientes en los alumnos de nuevo ingreso. La información obtenida reflejó que no había diferencias significativas en la evaluación de los factores de la resiliencia relacionada con la edad, sexo, estado civil o nivel socioeconómico. Siendo cierto que los pilares introspección, interacción, iniciativa y moralidad obtuvieron mejores resultados que los relativos a independencia, humor, creatividad y pensamiento crítico.

En tanto que Estefó (38), realizó un estudio cuyo objetivo fue investigar la existencia de factores protectores en adultos jóvenes de 25 a 30 años de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario, encontrando que no hubo diferencias significativas entre ambos géneros, sino que tanto mujeres como hombres manifestaron recurrir a los ocho factores protectores, (introspección, interacción, iniciativa, independencia, humor, creatividad y moralidad propuestos por Wolin y Wolin en 1993 y se adicionó el factor planteado por Werner en 1982 llamado pensamiento crítico), lo cual los hizo seres resilientes.

Visto el problema y en base a las premisas antes expuestas, con el presente estudio se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, en el período 2015-2018?; pretendiéndose teorizar al respecto.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Teorizar acerca de la calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, en el período 2015-2018.

.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer los aspectos socio-demográficos de la muestra (sexo, edad, procedencia, estrato socioeconómico, religión, familiares médicos).
2. Categorizar la motivación para la elección de la carrera de medicina.
3. Establecer la calidad de vida y resiliencia de los estudiantes evaluados.
4. Evaluar la relación de la calidad de vida con la motivación y resiliencia de los estudiantes.

1.4. Justificación e Importancia

1.4.1 Académica.

La resiliencia en los estudiantes a nivel superior es una preocupación de las universidades en el país, por lo que es importante dentro del ámbito educativo realizar estudios que establezcan la resiliencia.

1.4.2 Científica.

Actualmente en el país, existen pocos estudios sobre la resiliencia en estudiantes a nivel superior, ya que resulta importante explicar la conducta de

abandono de los estudios por los estudiantes como reflejo de los aspectos psicológicos de cada individuo.

1.4.3 Social.

El fracaso del estudiante afecta no sólo al alumno, sino a la sociedad en general debido a que al no poder culminar sus estudios, muchos estudiantes no ingresan al ámbito laboral, formando parte de las estadísticas de los jóvenes que no estudian ni trabajan lo cual es un problema que afecta a la sociedad.

1.4.4 Económica.

La deserción escolar produce un alto impacto económico, no sólo para el estudiante y su familia, sino también para las instituciones educativas, por lo que es importante conocer cuáles son los factores intrínsecos del estudiante que le permitan culminar sus estudios y evitar estas pérdidas económicas.

Por esta razón, plantear este tema de la resiliencia en el ámbito universitario cobra una gran vigencia dadas las condiciones por las que atraviesa el país en aspectos tales como: el pronóstico en cuanto a terminar la carrera por parte del estudiante y una vez concluida la misma, la permanencia de estos profesionales en el país so pena de la inversión que el estado venezolano realiza en la formación de estos recursos, con la consecuente fuga de cerebros y detrimento de la salud pública.

No obstante, el abordaje de la calidad de vida es relevante en cualquier ámbito de la salud y en particular en las instituciones de educación superior, debido al impacto que múltiples factores generan sobre ella y dada la valiosa razón de ser de las universidades como entes capaces de la generación del conocimiento en la sociedad.

Resulta importante resaltar que al considerar la teoría general de sistemas se asume al mundo como una unidad integrada cuyas propiedades no pueden reducirse a las de sus partes, y además si cada sistema está organizado formando estructuras poliniveladas, comprendiendo cada nivel un número de subsistemas que forman una unidad respecto a sus partes y una parte respecto a una unidad mayor, con base en la interrelación e interdependencia en todos sus fenómenos, cabe considerar a cada estudiante como un sistema (39).

De allí que constituye un elemento de vital importancia el estudio de la CDV de cada estudiante acompañado también de la motivación para estudiar medicina y la capacidad de resiliencia que este sujeto posea, ya que el mismo resulta ser un individuo que posee características muy particulares y debe tener una motivación elevada por lo que será su profesión a futuro, así como una resiliencia con particularidades que le permitan no solo poder superar las barreras que se le presenten a lo largo de su formación académica sino durante el ejercicio diario de ella, ya que deberá a diario enfrentarse con la barrera visible e indivisible entre la vida, la muerte y el proceso salud-enfermedad.

Es por esta razón en especial que al ser la resiliencia un elemento importante capaz de intervenir en la CDV, su abordaje debe ser relevante en toda institución de Educación Superior; ya que la resiliencia en cualquier proceso de formación juega un papel estratégico que contribuye al desarrollo de competencias académicas y personales, que le permiten al estudiante superar situaciones adversas y salir adelante a lo largo de la vida, con lo cual se fortalece y asegura la formación de personas equilibradas.

1.5 Limitaciones

Este trabajo no está exento de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de realizar la interpretación de los resultados obtenidos. Entre las mismas cabe destacar:

El tamaño de la muestra; los análisis estadísticos efectuados y el diseño metodológico empleado que, aunque de interés, no permiten establecer relaciones de causa efecto entre los constructos examinados así como los problemas típicos de los instrumentos de autoinforme sujetos a la percepción subjetiva y, por tanto, a sesgos.

También resalta el elevado número de variables recogidas con el consiguiente tiempo y esfuerzo que debían dedicar los estudiantes para contestar a todos los ítems de los cuestionarios empleados, finalmente se debe acotar que los resultados no son

generalizables a la población universitaria, sin embargo apuntan tendencias significativas que sería conveniente examinar con un abordaje metodológico y de muestra mayor.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

"No es la especie más fuerte la que
sobrevive, ni la más inteligente,
sino la que mejor responde al cambio".
Charles Darwin (1809-1882)

Diariamente los seres humanos se desenvuelven en diferentes escenarios, cumpliendo variados roles y afrontando constantes retos de toda índole, el período que se vive como estudiante durante el ciclo vital individual no constituye una excepción a estos hechos y el mismo exige el uso adecuado de todas las competencias con las cuales se cuenta. Sin embargo, no se pueden descartar las ocasiones en que el estudiante refleja que no posee las herramientas necesarias para tener un resultado triunfante o se encuentran debilitadas, teniendo en cuenta que las condiciones para la consecución de las metas no siempre son favorables y existen diferentes obstáculos que superan al individuo, ya sea en lo personal, lo interpersonal, aunado al sistema y contexto actual propio en el que se desarrolla y debe subsistir el ciudadano venezolano**.**

Es por esto, que la capacidad que tienen las personas para desarrollarse psicológicamente con normalidad, a pesar de vivir en contextos de riesgo, se refiere tanto a los individuos en particular como a los grupos que son capaces de minimizar y

sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos.

La resiliencia se ha convertido en tópico de investigación debido a que está asociada a la salud mental y a los mecanismos de adaptación al entorno por parte del individuo. Asimismo, está relacionada con la confianza, el optimismo ante la adversidad porque permite al individuo reconocer sus propias posibilidades, confiar en la ayuda que pueda obtener de los demás y el manejo de las circunstancias ante las cuales debe saber resistir y acometer, preservando la calidad de vida (40).

La educación superior ha presentado un proceso de expansión global, fuertemente asociado al desarrollo económico y político, este crecimiento está fundado en la necesidad de un incremento en la fuerza de trabajo cualificada, razón por la cual la educación superior se ha convertido en un punto clave para que, en esta etapa de aprendizaje, el capital humano egrese con las competencias que el mercado laboral demande.

En el contexto educativo, la resiliencia juega un papel importante, ya que en éste, el individuo mide sus propias fuerzas frente a diferentes retos y demandas, no sólo de tipo académico sino psicosocial, sorteando situaciones exigentes que lo llevan a instancias dilemáticas en las cuales debe confrontarse a sí mismo para poder entender mejor su potencial y capacidades para fortalecerse, aprender y responder con

eficacia, conservando su salud mental y su confianza en su potencial y habilidades (31,41).

Así, la resiliencia en educación abre un nuevo campo creativo en donde se entregan las herramientas necesarias para que el estudiante mantenga la curiosidad, use la lógica, sea responsable de sí mismo, se adapte con tolerancia a la frustración y maneje cierto control para afrontar la adversidad, recupere el equilibrio, la armonía personal y de esta manera logre salir fortalecido. De modo que la institución formadora forma parte de este proceso en donde se debe promover la resiliencia como una fuente de poder para el estudiante en formación (28).

Por todo lo antes expuesto y tomando en consideración esta problemática en el presente trabajo se hace referencia en parte, a la serie de investigaciones que se han realizado en estudiantes de educación superior de diversos países del mundo, Latinoamérica y Venezuela, relacionados con la calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes universitarios.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Arslan y Akkas (42), en un estudio realizado en Turquía, colocaron a prueba un modelo para evaluar la satisfacción de la vida universitaria y el impacto global de la calidad de la vida universitaria (social, académica y la satisfacción del servicio),

satisfacción con la vida, e identificación; también evaluaron el impacto del programa de la universidad, la vida social, instalaciones, servicios de la universidad y la calidad de vida de los estudiantes; en una muestra en relación con estudios similares de Turquía y otros países. Los resultados mostraron que la satisfacción social tiene un impacto positivo más fuerte en la escala de calidad de vida de la universidad, además se encontró que la satisfacción vital y la identificación universitaria tuvieron un impacto positivo en la satisfacción del estudiante universitario con la vida universitaria.

Wing (43), en su estudio en Hong Kong utilizaron los datos de una encuesta de adolescentes (N = 1.428) con el fin de probar la asociación del género con la felicidad y la satisfacción con la vida a través del estilo de relación y el auto-concepto, obteniendo que la autoestima y propósito en la vida se asocian con una mayor felicidad y satisfacción con la vida, el tener amigos más cercanos se relacionó con felicidad más alta, pero no necesariamente satisfacción con la vida. Por otro lado, los niños con alto rendimiento académico resultaron más felices, pero no más satisfechos; lo opuesto resultó cierto para las niñas.

Estos resultados aportaron datos que sugieren la necesidad de una posterior investigación a fin de establecer el efecto diferencial del género en el bienestar subjetivo de los adolescentes. Por otra parte en cuanto a la contribución al debate teórico sobre los conceptos de bienestar subjetivo, argumentaron que la felicidad y la

satisfacción con la vida son empíricamente y conceptualmente distintos, concluyendo que la satisfacción con la vida se podría caracterizar por un más profundo disfrute y logro en la vida que la felicidad.

Poco antes, Rakovac, Pedisic, Pranic, Greblo, Hodak (44), en Croacia llevaron a cabo un estudio en una muestra aleatoria de 1.750 estudiantes universitarios para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y determinar su asociación con las características sociodemográficas y estilo de vida. Se utilizó el 12-item Short-Form Health Survey (SF-12v2) y preguntas separadas sobre el sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), el consumo de tabaco, consumo de alcohol y frecuencia de ejercicio, entre otros. Se encontró que la CVRS era significativamente menor entre las mujeres y los fumadores, pero positivamente relacionada con la frecuencia de ejercicio.

En cuanto a la motivación de los estudiantes de medicina, Kusurkar (45), efectúo un trabajo en el que se recogió opiniones e investigó acerca de la motivación de los estudiantes de medicina, en particular el valor de la calidad de la motivación, los factores que influyen, los resultados y explorar cómo estos factores pueden ser aplicados para una educación médica más adecuada y apoyar la motivación. Concluyendo así que los estudiantes de medicina han sido de baja consideración en la educación médica como lo indica el vacío en la literatura sobre este tema. Los planes de estudios médicos han sufrido importantes reformas, pero en las mismas no se ha

pretendido mejorar la motivación de los estudiantes. Una aproximación al estudio de la motivación en los estudiantes de medicina pudiera estar planteada, dando relevancia tanto a la calidad como a la cantidad de la motivación. La motivación intrínseca (aprender por el bien de aprendizaje) en comparación con la motivación extrínseca (aprendizaje de recompensa), conduce a un mejor aprendizaje y rendimiento; concluyendo que es importante prestar atención a la motivación de los estudiantes de medicina, porque la motivación intrínseca conduce a un mejor aprendizaje y rendimiento y porque el último puede mejorarse proporcionando autonomía, retroalimentación y apoyo emocional a los estudiantes.

Ese mismo año Henning, Krägeloh, Hawken, Zhao y Doherty (46) , llevaron a cabo la investigación, calidad de vida de los estudiantes de medicina que estudian en Nueva Zelanda: una comparación con los estudiantes no médicos y un grupo de referencia de la población general, encontrando que todos los estudiantes universitarios expresaron preocupación relacionada con la calidad de vida, y su salud podría estar en riesgo. Los hallazgos de este estudio no proporcionaron evidencia que apoye la idea de que los estudiantes de medicina experimenten niveles más bajos de calidad de vida en comparación con otros estudiantes universitarios mientras que en comparación con la población en general, todos los grupos de estudiantes parecían experimentar niveles más bajos de calidad de vida. Lo que pudiera tener implicaciones en el apoyo social necesario a otorgar a los estudiantes universitarios.

En tanto que el estudio “La motivación de los estudiantes de medicina: La selección por la motivación o la motivación por la selección”, siendo el objetivo utilizar la perspectiva de la Teoría de la Autodeterminación (SDT) como una lente para examinar cómo la motivación de estudiantes de medicina difiere en relación con diferentes procedimientos de selección llegando a la conclusión de que un procedimiento de selección exhaustivo, en comparación con los procedimientos de admisión menos exigentes, no parece producir una población de estudiantes que se destaca en términos de motivación autónoma. Los resultados indicaron que la selección podría aumentar temporalmente la motivación de los estudiantes. El mecanismo a través del cual se produce esto parece ser a través de sentimientos de autonomía, competencia y relación inspirados en la selección (47).

En cuanto a algunos de los estudios sobre la motivación en los estudiantes de medicina llevados a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo por Cardozo, Loaiza, Guevara, Ortunio, y Sánchez (48); se encontró que la aproximación del médico al enfermo no constituyó una cualidad profesional sino una actitud humana procesada a través de vivencias, educación y modelaje familiar, entre otras. Por lo cual se hace necesario lograr una explicación más integrada acerca de algunos aspectos de la motivación y variables intervinientes en la elección de la carrera, implicando varias teorías.

A nivel Latinoamericano y específicamente en Colombia, un país que guarda muchas similitudes no sólo en el contexto histórico, sino ante la realidad venezolana actual, vale la pena recordar los resultados obtenidos en cuanto a resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga, obtenidos por Álvarez y Cáceres (31); en 180 estudiantes universitarios a través del instrumento CRE-U para evaluar la resiliencia. Donde se hallaron factores resilientes en el grupo tales como habilidades para solucionar problemas, humor y conductas vitales positivas. No hubo correlaciones significativas entre la resiliencia y la edad, estrato socioeconómico ni el número de hijos y las mujeres resultaron más resilientes que los hombres, así como los solteros y quienes vivían junto a sus familias. La correlación entre resiliencia y rendimiento académico fue débil. No se hallaron diferencias según el género ni el estado civil en la resiliencia de los examinados.

Finalmente y también en Latinoamérica, Lorenzo (49) en Chile ejecutó un estudio denominado “Factores de resiliencia presentes en estudiantes de la Universidad del Bío Bío, sede Chillán”. El objetivo general del estudio fue comparar los factores de resiliencia presentes en los estudiantes de la Universidad, encontrándose presente los factores de resiliencia en los estudiantes en distintos niveles, hubo claras diferencias tanto en su tipo como en su puntuación entre los distintos ámbitos analizados (sexo, tipo de rendimiento académico y carrera de procedencia); lo que podría atribuirse tanto a las características personales propias de

los estudiantes como lo que se relaciona con los perfiles específicos de ingreso y egreso de las carreras de pregrado. Las mujeres presentaron un mayor puntaje en la mayoría de los factores de resiliencia en comparación con los hombres, concluyendo que podría ser debido a las influencias familiares y sociales que desde la infancia se ejercen en el trato y en los vínculos que son establecidos de manera diferencial en ambos sexos; los estudiantes de alto rendimiento fueron los que presentaron mayores puntuaciones en comparación con los estudiantes de rendimiento bajo.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida CDV, empieza a aparecer en la literatura coincidiendo con el resurgimiento económico del siglo pasado. En el vocabulario americano surge el término Calidad de Vida, tras la Segunda Guerra Mundial, asociado al mensaje de que la buena vida es algo más que la mera abundancia material o lo que es lo mismo, que el buen vivir no es sólo el bienestar económico y material, sino también el bienestar psicológico entendido como la consecución de satisfacción y/o felicidad personal (50).

La CDV es un componente fundamental y de trascendencia en el estado de salud. El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente se pueda disponer de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento.

Hornsquist (51) define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la CDV: Físico, Psicológico, Social, Actividades, Material, Estructural. Esta estructuración de la CDV, es probablemente la más completa de las realizadas hasta la fecha.

La mayoría de los estudios sobre CDV recogen indicadores del estado y actividad físicos, estado psíquico, relaciones sociales y actividades de la vida cotidiana. Existiendo un consenso en el sentido de que las dimensiones postuladas por Hornquist (51), caracterizan de modo bastante completo el significado conceptual de calidad de vida.

Otros autores añadirían una séptima dimensión denominada profunda, que estimaría los aspectos más individuales y subjetivos de la vida de una persona (52). Con esta dimensión se pretende reconocer el carácter individual de la CDV, se trata de la calidad de vida de una persona concreta con su propia filosofía y sus propios intereses y ambiciones; teniendo el reconocimiento de este carácter individual y subjetivo, una importancia trascendental a la hora de evaluar la CDV.

Definir la CDV en el momento actual es, por tanto, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en él existentes. La CDV, está además, condicionada por factores externos a la persona y algunos de ellos no son modificables o difíciles de modificar.

En el caso del sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación negativa con la calidad de vida tanto de personas sanas como enfermas (53,54).

Para medir la CDV se utilizan cuestionarios que previamente han demostrado su capacidad para medirla. Estos cuestionarios suelen combinar indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida. Ejemplos de indicadores subjetivos de calidad de vida: Sentido de bienestar, Satisfacción global con la vida, Afectos, Vida sexual, Papel - participación social (matrimonio, amigos, hijos, religión), Apetito, Participación en actividades diarias, Cumplimiento en el trabajo. Ejemplos de indicadores objetivos: Desempleo, Tipo de ocupación: tiempo completo o parcial, Días de hospitalización, Horas de sueño nocturno, Número de actividades realizadas en el día, Nivel de dolor y Frecuencia de relaciones sexuales.

En cuanto a la relevancia de la calidad de vida; en los últimos años se está produciendo, un incremento en la utilización de los indicadores de CDV en todas las áreas médicas. Este auge en la utilización de métodos, de valoración de la calidad de vida se debe a la creciente importancia social que se le atribuye en los países desarrollados al concepto de CDV. Así como a poder disponer de cuestionarios indicadores de CDV más breves, más fáciles de comprender y de aplicar así como de elevada validez y fiabilidad.

Partiendo de los aspectos filosóficos y bioéticos, la CDV es una realidad que involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad o grupo homogéneo de personas, por tanto, la CDV es necesario no sólo identificar la cantidad de dinero (medido en términos de Producto Interno Bruto, PIB, por ejemplo) que tienen o del que carecen las personas, sino también qué tan capaces son de conducir sus vidas (55).

Se requiere saber de su expectativa de vida, de su salud, de los servicios médicos a los que pueden acceder, de la disponibilidad, naturaleza y calidad de su educación, de su trabajo y la repercusión de éste último para él, su familia y la sociedad. Es necesario además saber de qué privilegios legales y políticos disfrutan los ciudadanos, saber cómo están estructuradas las relaciones familiares y entre los géneros, saber la forma en que la sociedad permite a las personas imaginar, maravillarse, sentir emociones como el amor y la gratitud.

Por tanto, para meditar sobre la CDV de un grupo humano, se requiere una descripción rica de lo que las personas pueden ser y hacer (4).

Borgoño plantea que Van Rensselaer Potter (56,57), creador del término Bioética, asociar las ciencias positivo-analítico-experimentales con las histórico-hermenéuticas -que fueron disociadas por la Modernidad-, constituye una salida al

fracaso ético de la tecnociencia para tender un puente exitoso hacia el futuro de la humanidad y del planeta Tierra (57).

En torno a esto, y en el marco de la sociedad del conocimiento, en la que los individuos y las organizaciones están en capacidad de usar éste como factor de desarrollo y elemento dinamizador de cambio social, se hace necesario que la Bioética salga en defensa de la vida, de su calidad y de su sentido, a modo de una nueva ética inter e intradisciplinaria, que asegure la convivencia armónica y conduzca al todo social a descubrir de manera autoconsciente los valores que dignifiquen al ser humano con su entorno social y natural. La Bioética debe ser el producto libre de un constructo social con base en el conocimiento científico y en la experiencia sapiencial, que negocie consensos que dignifiquen la vida humana y permitan mejorar la CDV de todos en armonía con la naturaleza.

En este contexto es necesario estar moralmente alertas para edificar una sociedad del conocimiento que mantenga el sentido de lo humano por encima de aquellas cosas o prótesis que el hombre crea y en las que cree, incluyendo la tecnología, para que esta sea un medio y no un fin en sí misma, para que el hombre no sea víctima de su propio invento, para desarrollar la tecno-ciencia con conciencia y para que cada uno de los seres humanos y no humanos que poblamos este planeta podamos gozar de un futuro mejor, incluyendo las futuras generaciones en el marco de un desarrollo sustentable.

La Bioética o ética de la vida, al igual que el conocimiento científico y tecnológico, se va construyendo socialmente de acuerdo a las circunstancias económicas, políticas y sociales y lleva la impronta de cada época, de cada cultura y de cada civilización, con base en la interactividad (relación sujeto-objeto y diálogo de saberes) y la intersubjetividad (interacción con otros sujetos con los que se vive en comunidad). Es desde la intersubjetividad y de la interactividad desde donde emerge el carácter constructivo del conocimiento bioético, el cual se da mediante la asimilación y la acomodación.

La fortaleza epistemológica de la Bioética exige un abordaje interdisciplinario, para fecundar el conocimiento tecnocientífico con el sapiencial, para que las ciencias se hagan con conciencia, y para fecundar lo sapiencial con lo tecnocientífico de forma que los procesos culturales se enriquezcan con los datos de las ciencias empírico-analíticas. De aquí debe surgir una nueva manera de entenderse y entender al hombre y de asegurar su futuro con una buena CDV, estableciendo justas relaciones intraespecies, interespecies y con la naturaleza, en el entendido de que el ser humano es la conciencia que la naturaleza tiene de sí misma (58).

La CDV está profundamente condicionada por el medio cultural, y depende estrictamente del conjunto de valores de los individuos y de los grupos sociales. Para Gracia, esta se estructura en dos niveles, uno público y uno privado. Cada individuo define individual y socialmente su propio sistema de valores, su concepto de vida y

de calidad y, por tanto, de felicidad. Desde ahí establece el propio proyecto de vida. Esto es lo que hoy se llama "ética de máximos", que en Bioética se expresa en los principios de autonomía y beneficencia. Al mismo tiempo, los miembros de una sociedad deben concertar un conjunto de valores que sean respetados por todos, aun coactivamente. En el nivel de la ética pública, la definición general de CDV que realiza la sociedad se expresa en forma de leyes. Este nivel se denomina "ética de mínimos" de una sociedad. En Bioética se habla a este nivel de principios de no maleficencia y de justicia (59).

De hecho, aunque cabe reconocer que la no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia existen en todas las sociedades, la importancia asignada a cada una puede variar. La jerarquía y el orden relativo de los principios no residen en los principios mismos: derivan de la impronta cultural, de las experiencias formativas del grupo, de efectos transitorios de cohorte y de preferencias filosóficas de los teóricos. Así por ejemplo, es evidente que los principios de no maleficencia y de justicia son fundamentales para la recta convivencia, son por ello obligatorios, exigibles, vinculantes. En cambio la beneficencia y la autonomía (en su sentido de darse a sí mismo normas), son deseables pero no exigibles (60).

Volviendo al contexto sociocultural, Briceño Guerrero (61) entiende por cultura todo lo que el ser humano ha creado y su actividad creadora, cultura culturante y cultura culturada, incluyendo en el concepto de cultura la técnica, la

religión y los mitos, la moralidad y el derecho, el arte y la ciencia. Al respecto Morin (62) resalta que cultura es lo propio de la sociedad humana, está organizada y es organizadora por el vehículo cognitivo que es el lenguaje, a partir del capital cognitivo colectivo de los conocimientos adquiridos, de las habilidades aprendidas, de las experiencias vividas, de la memoria histórica, de las creencias míticas de una sociedad. Así se manifiestan las "representaciones colectivas", la "conciencia colectiva", la "imaginación colectiva". Y a partir de su capital cognitivo, la cultura instituye las reglas/normas que organizan la sociedad, gobiernan los comportamientos individuales, generan procesos sociales y regeneran globalmente la complejidad social adquirida por esa misma cultura. De tal manera que la cultura y la sociedad están en una relación generadora mutua de continuas interacciones.

Cada pueblo o individuo concibe ideales o valores, siendo estos el conjunto de cosas que se consideran dignas de ser buscadas, conquistadas o preservadas, son lo que da sentido al quehacer humano, orientando y sosteniendo los proyectos de nuestra existencia, en tanto que somos, como dijo Heidegger (63), un proyecto de vida, una posibilidad de ser. Valores son la verdad, la comodidad, la justicia, el poder, la salud, la belleza, el orden, la seguridad, el placer, el honor, la gloria, entre otros.

En este sentido Ramos (64) señala que los valores pueden tener su origen en las necesidades vitales de los individuos, pero siempre contienen una gran influencia de la sociedad con la que están en relación. No es que los valores sean distintos en

cada lugar, sino que son las formas culturales y las manifestaciones de esa sociedad las que los hacen diferentes. La justicia, la paz, la solidaridad, la comprensión, no se manifiestan igual en todos los momentos y circunstancias. Una de las características de los valores es su dinamicidad, característica que les hace cambiantes en su jerarquización, de acuerdo a la historia o a la circunstancia. En realidad no es el valor el que cambia, es el ser humano que valora el que modifica su valoración. Cada cultura responde al tipo de ser humano que la integra y ésta debe dar respuesta a sus necesidades más elementales, así como a las de orden superior que pudieran ser los problemas existenciales. Los valores actúan como grandes marcos preferenciales de orientación del sujeto en el mundo y su relación con los demás, deben conducir al deber ser de la persona, a lograr su ideal, su trascendencia hacia metas superiores y a alcanzar una mejor CDV.

De allí que la cultura sea el contexto en el cual y por el cual un individuo configura su CDV, teniendo en cuenta su equipaje axiológico, que le da sentido a su quehacer, orientando y sosteniendo su proyecto de vida.

De tal forma que en la CDV de los seres humanos están implícitos componentes muy personales y otros gregarios, cuya armonización es nuestra responsabilidad como sujetos morales situados en y hermanados con el mundo, con el que interactuamos racional y afectivamente como integrantes de una comunión hombre-naturaleza, en el ejercicio progresivo de la autonomía libre-relacionada, en

reciprocidad de deberes y derechos. Se ha señalado que la CDV tiene que ver con las condiciones que favorezcan modos de vida que privilegien el ser-más sobre el tener-más, puesto que está íntimamente relacionada con el sentido que se tenga de la misma y con un sentimiento de realización existencial (58).

Vista la CDV desde una perspectiva individual, la misma realza el carácter subjetivo, puesto que se construye histórica y culturalmente con valores sujetos al desarrollo de cada época y sociedad, y su forma particular de mirar el mundo: Subjetividad.

Existen tópicos que se consideran sustantivos para evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de aspectos básicos como lo planteó Maslow (65) en su pirámide de necesidades, que será citada más adelante y está estrechamente relacionada con la CDV, ya que este modelo por jerarquías de necesidades indica que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los humanos desarrollan necesidades y deseos más altos (incrementándose la motivación y con ello la CDV). Se postula la existencia de necesidades de orden alto que se satisfacen de manera externa (autorrealización, estima y social) y de orden bajo (fisiológicas y de seguridad) que son satisfechas internamente.

Se trata de una categoría multidimensional, que combate el concepto del ser humano lineal y uniforme y obliga a desplegar la creatividad para aprehender la diversidad humana, su percepción depende en gran parte de la concepción de mundo que tiene el sujeto en particular, la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera (66).

Se concibe al ser humano inmerso en la sociedad, enmarcada en un lugar y una cultura; elementos que regulan e incluso limitan la cosmovisión del sujeto (66).

El ambiente es un fenómeno de alta complejidad, y la relación de este con la salud y la CDV de las personas han adquirido una trascendencia cada vez mayor (5). Actualmente, los conceptos de Ecología y ambiente con relación a la salud y a la CDV se han hecho significativamente más complejos, incorporando relaciones tales como ingresos reducidos, educación limitada, empleo incierto, desocupación estructural, vivienda inadecuada, hacinamiento, falta de instalaciones sanitarias básicas, promiscuidad, exposición a diferentes organismos patógenos, contaminantes y sustancias tóxicas, entre otros. El riesgo de accidentes y violencia genera condiciones que fomentan el desequilibrio psíquico y la injusticia social. La opresión y falta de responsabilidad de los sectores gubernamentales y del Estado para proteger el bien común, agudiza la crisis ecológica y los problemas de salud de la población, comprometiendo su CDV.

Desde una visión integradora, la CDV ambiental puede ser concebida como el resultado de las relaciones que establecen los individuos y las comunidades con los elementos bióticos y abióticos del medio (55).

Vale la pena destacar que el concepto de CDV no puede percibirse individualmente, sino que debe abordarse económica, social, cultural y ambientalmente, ya que toda evaluación subjetiva estará inmersa en un contexto socio-histórico determinado (5); de allí la importancia y el porqué será evaluada en conjunto con la motivación y la resiliencia en una realidad como la que actualmente se vive en Venezuela.

Se debe asumir entonces el ambiente como un sistema complejo, en el que los procesos que determinan su funcionamiento son el resultado de la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no puede ser descrito por la simple adición de estudios independientes sobre cada uno de sus componentes (67).

En este sentido en la obra sobre el principio de responsabilidad se señala que el hombre puede pensar que sus intervenciones técnicas sobre la naturaleza son superficiales y sin peligro de sufrimiento para la misma, porque ella misma ejerce los mecanismos para restablecerse (auto-preservación), y que por ello, cada nueva generación encontrará la naturaleza como la vio la generación anterior (68). Se sabe

que la tecnología puede ejercer efectos irreversibles sobre el ambiente, por lo tanto existe la obligación moral del bien ser, que consiste en actuar pensando en los otros.

América Latina debe estar muy atenta respecto a la prevención, control y evaluación de los riesgos químicos y biológicos sobre su población humana y los ecosistemas, inherentes al desarrollo industrial biotecnológico. La transferencia de tecnologías nocivas (procesos productivos contaminantes), desde países desarrollados a otros en vías de desarrollo, puede tener su expresión de daño en el perfil de salud de los trabajadores, sus familiares y habitantes de la región en que se instaure la tecnología nociva, así como en el equilibrio del sistema ecológico, puesto que en muchas ocasiones los procesos transferidos a países en vías de desarrollo incluyen sustancias tóxicas no biodegradables, comprometiendo desde el punto de vista ético los principios de no maleficencia y de justicia (55).

En relación con esto, la tecnociencia, guiada por la mano invisible del mercado podría terminar sustituyendo a Dios, prescindiendo del homo sapiens para dar relevancia al homo economicus (69). Es decir, el ser humano podría estar en la encrucijada de autodestruirse con la tecnociencia, si esta sigue siendo un fin en sí misma, en lugar de utilizarla como medio para su autorrealización, sin medir las consecuencias sobre su CDV (70).

El brasileño Boff (71) postula lo que llama el “buen vivir”, que consiste en una visión integradora del ser humano, inmerso en la gran comunidad terrenal, que incluye además al aire, el agua, los suelos, las montañas, los árboles y los animales; y plantea que es estar en profunda comunión con la Madre Tierra, las energías del Universo y Dios, ejerciendo la simplicidad voluntaria. Siendo la mejor manera de alcanzarla reducir intencionalmente las actividades vitales a sus elementos básicos. En torno a esto, la simplicidad voluntaria supone descargar la vida de todo lo que está de más, vivir más ligeramente, dejando de lado todas aquellas distracciones que alejan de la verdadera CDV de lo que se conoce como plenitud (72).

Son múltiples los instrumentos diseñados con el fin realizar una medición de CVRS; no obstante a continuación se mencionan algunos de los que pueden ser utilizados en adultos jóvenes y sanos: Cuestionario de salud SF-36**,** Whoqol-100 y Whoqol-Bref, y el Cuestionario de la Calidad de Vida (Ruiz y Baca, 1993) el cual será utilizado en el presente estudio (73, 74,75).

2.2.1.1 Cuestionario de la Calidad de Vida (Ruiz y Baca, 1993).

El Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca (75) se desarrolló con el objetivo de disponer de un cuestionario genérico, breve y fácil para valorar la calidad de vida percibida de la población española.

El cuestionario es autoadministrado y consta de 39 ítems, cada uno de ellos con una escala de cinco respuestas tipo Likert que cubren cuatro áreas: apoyo social (9 ítems para personas sin pareja y 13 para personas con pareja), satisfacción general (13 ítems), bienestar físico/psicológico (7 ítems) y ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre (6 ítems). La puntuación de cada una de estas áreas se obtiene de sumar las puntuaciones directas (75) .Ver Anexo 4.

2.2.2 Motivación

Definir la motivación no es tarea fácil; es así como cada libro o autor da una definición diferente pero hay algo que es común en ello y son las propiedades activadoras, que se advierten en la conducta. No se puede afirmar que no hay motivación sino se observa respuesta, porque tal vez las respuestas no se ven o no pueden ser medidas. Otras características de la motivación son la persistencia y la dirección. Es por esto que no se deja fácilmente lo que motiva y cuando se está motivado, se sabe la dirección a seguir para conseguir lo propuesto.

Desde el aspecto histórico, Polanco (76) citó que para Abarca, la motivación es un fenómeno integrado por varios componentes, que aparecen y desaparecen de acuerdo a las diferentes circunstancias determinadas por los fenómenos sociales, culturales y económicos, cuyo tratamiento depende de cada uno de los sujetos. Mientras, Solana (77) afirmó que la motivación es, en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera; por tanto es una

combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.

De acuerdo a esto, aun cuando ambos conceptos son válidos, la visión con la cual fueron definidos resulta diferente; Abarca destaca que los aspectos que rodean al individuo definen la motivación mientras Solana afirma que los aspectos internos son los determinantes en la conducta motivacional. Cabe destacar que aunque las actitudes y percepciones del profesor ejercen una influencia considerable en la misma, no serán motivo de análisis en esta investigación (77,78).

Stoner, Freeman, Edward, Gilbert, Daniel (79), la definieron como un impulso y esfuerzo para satisfacer un deseo o meta, por supuesto, anterior a los resultados. Para lo que se deben poseer las habilidades necesarias para llegar a alcanzar las metas, estando condicionadas por la necesidad individual siendo estos los factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido.

La motivación como tema, se ha desarrollado considerablemente cuando se observa el volumen de publicaciones en el área. Mankeliunas (80), distinguió dos grandes momentos en relación a la obra de Darwin en 1859, identificadas como etapa precientífica, donde la motivación se reducía a una actividad voluntaria y la científica

donde se implican los instintos, tendencias, impulsos que proporcionan la energía necesaria.

La motivación como concepto en la actualidad considera la coordinación del sujeto para activar y conducir diferentes prácticas hacia sus metas. Por otra parte, diversos autores describen las necesidades, siendo que Madsen citado por Palmiro (81) las agrupó en dos categorías: los primarios que vienen del ser, por tanto, desde el nacimiento; son motivaciones centrales relacionadas con la subsistencia del individuo y la especie, siendo comunes en todas las especies y las secundarias relacionadas con el crecimiento general del sujeto, después de un proceso de aprendizaje, y parecen ser más transmitidas por los humanos.

En consecuencia, aunque la Psicología de la motivación puede ser entendida esencialmente en su dimensión humana (y ésta es una de las corrientes actuales más valiosas), se estima que los estudios e investigaciones con sujetos de especies inferiores siguen aportando fundamentos notables para el conocimiento, al menos, de los motivos primarios (81).

Espinosa (82) citó que la Teoría de Vygotski explica la motivación en función de dos tipos de lenguaje: 1) el implicado en el yo, como enunciados afectivos y motivacionales para mejorar el autocontrol, y 2) los vinculados a la tarea, es decir, enunciados empleados para aumentar el control sobre ella.

Así, Wertsch (83) citó que el enfoque de Vygotski ha sido el de concebir al sujeto como un ser eminentemente social, en la línea del pensamiento marxista, y al conocimiento mismo como un producto social; y describió que cualquier función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces, en primer lugar aparece en el plano social y después en el plano psicológico. En principio surge entre las personas como una categoría interpsicológica, para luego trascender al plano intrapsicológico, proceso denominado internalización.

Vygotski, de acuerdo a lo citado por Gilbert (84), reafirmó una vez más la importancia de ver el desarrollo psíquico como un proceso que va de lo social a lo individual en el comportamiento humano, y que las funciones psíquicas superiores tuvieron su origen en la historia de la cultura.

Mientras que Perraudea (85), aseveró que la perspectiva de Piaget, no explica la motivación como un proceso separado, sino que la contempla de forma inherente al aprendizaje, y como un desarrollo progresivo cuya finalidad es alcanzar un cierto equilibrio en la edad adulta. Por tanto, el desarrollo es un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior; más en concordancia con la Teoría de Maslow.

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la motivación, en psicología, establecen un

nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro o el afecto. Los teóricos suponen que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios más complejos, como el querer ser médico, ingeniero, director de una empresa, artista. Sería imposible, desarrollar una tesis con todas las teorías sobre motivación, ya que existen tantas como obras escritas al respecto, y quizá al final, alguna deje de ser estudiada. Sin embargo, es importante señalar que estudiar todas las teorías en esta investigación, no forma parte de los objetivos planteados.

2.2.2.1 Búsqueda de las motivaciones de la conducta

Las diversas teorías de la motivación indican que un aprendizaje o conducta determinada pueden explicarse desde ciclos motivadores diferentes. Según la Teoría Homeostática, el comportamiento del individuo se concibe por la búsqueda del equilibrio: cuando la persona siente una situación de desequilibrio para liberarse de ello, regula a través de mecanismos compensadores para alcanzar el equilibrio.

Otra Teoría sería la de los Incentivos, donde las conductas del sujeto están reguladas por determinantes externos (incentivos). Ésta teoría se explica por un fin hedonista: obtener el placer y evitar el dolor. La Teoría Psicoanalítica, por su parte explica la conducta humana desde motivaciones que resumen las dos teorías

anteriores: la pulsión instintiva que moviliza al individuo para que su conducta la oriente al logro del placer y evitación del dolor, y así recuperar el equilibrio.

Por último, la Teoría de las Expectativas también establece una serie de motivaciones en la conducta humana. Alertan al individuo anticipando esfuerzos o atenuando el ámbito de lo esperable, lo cual explicaría que el sujeto oriente su conducta en función de ellas.

Desde el punto de vista integral, conocer la realidad interior de un individuo es difícil porque es solapada; así sus contenidos auténticos seguirán estando lejos de nuestra observación porque en muchas ocasiones ni siquiera la propia persona sabe lo que desea, experimenta o lo motiva; estas aseveraciones planteadas por Poveda y cols. (86), se basan en lo difícil que es saber lo que reposa en las profundidades de la mente de cada individuo, desde el punto de vista del cuadrante superior izquierdo de Ken Wilber (87).

Otra característica importante que se relaciona con la motivación, es el considerar que la necesidad del individuo es un factor esencial para propiciar la motivación. No obstante, en este sentido Barberá (88) afirmó que la mayoría de las actividades humanas son tan complejas, y sus motivaciones tan diversas y al mismo tiempo tan numerosos los factores que en ellas intervienen, que resulta muy difícil agrupar en un único paradigma explicativo toda esta complejidad.

2.2.2.2 Teorías de la Motivación

En cuanto a las Teorías de la Motivación, vale la pena destacar que no constituye objeto de la presente investigación desarrollar todas las teorías sobre motivación, ya que en todo caso habría que asumir el riesgo de dejar alguna sin estudiar aun cuando se llevó a cabo la revisión en torno a la fundamentación teórica de las que a continuación se mencionan: teoría homeostática, teoría de los incentivos, teoría cognitiva, teorías humanistas (24, 77, 89-106).

Resulta necesario destacar que Maslow (65), aparece en más de una de las Teorías de la Motivación; inclusive menciona cuatro Teorías de la Motivación: la teoría conductual: de acuerdo con Maslow, los conductistas usan términos como recompensa e incentivo para explicar la motivación extrínseca; los humanistas, están centrados en la idea de que la gente se siente motivada por la necesidad de desarrollar su potencial y se hablaría de motivación intrínseca; cognoscitiva, la conducta está determinada por el pensamiento, además estas teorías consideran que la gente es activa y curiosa; y las que pertenecen a las aproximaciones del aprendizaje social de la motivación proponen que la motivación es producto de la expectativa de la persona y del valor que le proporcione a la meta, y es conocido como teorías de expectativas de “x” valor (106).

Maslow (48) en su libro sobre la motivación y personalidad, señala que “

no se pueden identificar todas las necesidades fisiológicas como homeostáticas, porque excluiría a otros placeres del sensorio como el oír, degustar, sentir las caricias que siendo probablemente fisiológicas, podrían convertirse en metas de la conducta motivada. Agrega que entender lo que motiva a la conducta humana es complicado: la fuerza motriz que motiva a las personas deriva de una jerarquía de necesidades y la motivación es algo que afecta a todos los aspectos de nuestra vida incluida la elección de la carrera a estudiar" (106).

.

Maslow (48) "pensó que la mejor manera de estudiar la motivación en el hombre era observando su conducta, y la ponderó según las necesidades de orden inferior, motivación por privación, y las de orden superior, motivación para el crecimiento, y autorrealización. Este autor ubicó, en el primero y segundo nivel las necesidades fisiológicas, considerando que dichas necesidades se encontraban satisfechas en el mundo contemporáneo; no obstante la realidad actual de Venezuela plantea la amenaza a la satisfacción plena de las necesidades primarias, visto pues que la situación país por la que se atraviesa atenta y perturba la alimentación y seguridad de cada uno de los ciudadanos del país, no escapando a ello el recinto universitario" (106).

Siendo así, los universitarios perciben cierta seguridad que les permite mantenerse y subir a las siguientes jerarquías: la necesidad de amor y pertenencia,

que expresan por el deseo de mantener relaciones afectuosas, buscando sentirse integrantes de un grupo al que consideran selecto.

Visto esto, la necesidad de estima surge cuando ya se encuentran cubiertas las anteriores, aún cuando para algunos, esta puede anteceder a la de amor. El sujeto dirige su conducta hacia el deseo de sentirse valioso, mostrando una motivación al logro, la autoconfianza, y hacia la libertad, el aprecio por parte de la sociedad de sus capacidades.

Maslow (48) "afirmó que "las necesidades son inconscientes", no existiendo las jerarquías para el individuo, y que nunca pueden surgir necesidades superiores en personas que sufren privación crónica en el primer nivel (fisiológicas); importante aspecto éste en relación con los hechos que acontecen en el país. Sin embargo, es de hacer notar, que no se requiere satisfacer totalmente los niveles inferiores para que surjan necesidades de orden superior. Bastaría con que se cubra alguna parte de ellas" (106).

Por último, "el autor en la cúspide de la pirámide ubica la autorrealización o motivación del "ser", que según este autor, se lograría después de cumplir los 60 años. Aquí ya la persona no se siente motivada por sus carencias, solo desea crecer y alcanzar su plenitud (48, 65,106)"

.

Esta autorrealización iría precedida por la creatividad; afirma que una persona creativa, es una persona sana, conectada con su humanidad (48, 65,106). Cuando habla de la creatividad se refiere a que las sociedades que no formen hombres lo bastante seguros de sí mismos como para poder improvisar en situaciones que jamás hayan existido, desaparecerán (elemento que resulta de particular importancia y conexión con la resiliencia), dado que el mundo actual se mueve constantemente. Distingue la creatividad primaria: inspiración, y secundaria: trabajo, apoyado en otras virtudes como la tenacidad, paciencia y laboriosidad.

Las personas creativas, según Maslow (48), estarían más en contacto con su humanidad, por lo tanto serán personas con una destreza natural para vincularse con los demás, característica especial que debe poseer entonces un profesional de la medicina.

Maslow (48, 65), desarrolló en su teoría de la motivación por jerarquía que en el primer nivel se encuentran las necesidades fisiológicas como el hambre y la sed. Un individuo privado de alimentación o de seguridad, amor o estima, será incapaz de pensar en el logro de otras funciones ya que su conducta estaría dominada hacia pensamientos de comida, pasando a segundo plano las necesidades de orden superior. Pero probablemente es esa misma deprivación la que lo llevaría a motivarse por estudiar una carrera con la cual piensa que podría satisfacer dicha insuficiencia, y es

aquí donde el pasado se hace presente al momento de la elección de una carrera a estudiar.

Sin embargo, aun cuando Maslow (48), ha hecho referencia al reconocimiento social como una de las etapas de la motivación, no tomó en cuenta los distintos intereses individuales. Es decir, se puede pensar que distinguiendo a un individuo por sus méritos o alguna característica especial, éste procurará actuar de otra forma; en tanto que, ello no se debe al incentivo en sí, sino a los intereses propios que tenga el sujeto para ese momento, y es por eso que ante el mismo hecho, dos personas pueden actuar de forma diferente; y más aún, es posible que la misma persona pueda actuar diferente, dependiendo de las variables (106).

La figura que a continuación se presenta muestra el esquema de la jerarquía de las motivaciones, planteado en los párrafos anteriores.

Figura 1. Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow (48, 65, 106,107)

Fuente: Maslow (citado en Robbins, 1999)

No obstante, esta teoría tiene también sus detractores los cuales plantean algunos elementos como que, se asume que todas las personas son iguales, desconociendo que puede existir una necesidad para alguien que para otra persona no lo sea. Además, señalan que el orden de las necesidades se obtiene con poca flexibilidad al cambio.

Maslow, ha sido uno de los psicólogos escritores más influyentes en el ámbito de la motivación (48,106). “Su conclusión final, es que el mayor de los niveles: la auto-realización es trascendente en su naturaleza y no finaliza, anticipándose con esto a la Psicología Integral de Wilber (108), exponiendo que con individuos seguros de sí mismos, estos no tendrían problemas en la toma de decisiones”

.

Wilber (108), afirmó en su enfoque integral que cada evento físico tiene cuatro dimensiones o cuadrantes. Siendo por esto que cuando se toma la decisión de estudiar una carrera como medicina, tanto lo interno de cada individuo, como lo externo que le rodea, desempeñan un papel fundamental en la elección. Wilber (108) esquematizó los cuadrantes, y describió que los del lado izquierdo se refieren al "yo" y "nosotros", cuadrantes que investigan la consciencia interior y el interior de lo colectivo, mientras que los del lado derecho se refieren al "ello" o "eso", es decir en tercera persona, se expresan de manera objetiva y por eso son considerados como científicos.

De tal forma que en el primer cuadrante se representa el mundo subjetivo individual: yo, en el segundo el mundo objetivo individual: "ello", mundo de las cosas, en el tercero el mundo subjetivo colectivo: cultura, intersubjetividad y en el cuarto el mundo objetivo colectivo, aspectos sociales, interobjetividad. Las dimensiones del lado izquierdo de los cuadrantes, que denominó "Mano Izquierda", se refieren al interior, a esa profundidad interna que es la conciencia misma; las dimensiones del lado derecho o "Mano Derecha" se refieren a lo exterior, objetivo, cuantificable (108).

2.2.2.3. Cuadrantes de Wilber

En función del tema sobre la motivación en estudiantes de medicina, Cardozo, Poveda, Romano, Ortunio, Guevara (109), mostraron la representación de lo que

serían los cuatro cuadrantes de Wilber, que se muestra en la Figura 2, considerando que sería de vital importancia asumir la temática desde esta perspectiva, en futuras investigaciones.

Figura 2. Los cuatro cuadrantes de Wilber adaptada para la Motivación en estudiantes de medicina.

I. Yo/Mente **La vivencia de cada estudiante**	**II. Eso/Cerebro-Cuerpo** **Lo cuantificable, medible.**
Su interpretación de ser médico Apreciación de la Subjetividad Sus Emociones, deseos, Actitud interna, herencia, creencias Sus imágenes/recuerdos, experiencias en el campo de la salud-enfermedad Sus visualizaciones Miedo, deseos Intencional	Factores fisiológicos Necesidades Centros excitatorios del hipotálamo Hedonismo Edad, género Conductual
III. Nosotros/Cultura **Visión general y ancestral en la cual conviven y se relacionan**	**IV. Ello/Entorno** **Visión del ambiente, circunstancias y contexto que le rodea.**
Entorno familiar Religión y valores Significado de ser médico Familiar(es) del campo de la salud Juicios. Tabúes acerca de la carrera Lugar de estudios previos Recompensas. Cultural	Pruebas de Ingreso Grado de Dificultad en las Asignaturas Destrezas intelectuales Universidades disponibles Legislación educativa Medios para trasladarse Cobertura de necesidades básicas Procedencia, Estrato social Socialización, docentes universitarios Factores del entorno físico-ecológico (p.e. Clima, Radioestimulación) Social

Fuente: Wilber (Adaptado por Cardozo 2012) (106)

Las elecciones que hace un sujeto durante el período de formación y que influyen en su desarrollo son determinantes del curso futuro de su vida. Tales disyuntivas favorecen el desarrollo de distintas competencias, intereses y preferencias, y ejercen una influencia profunda sobre la vida de los seres humanos como las opciones de una carrera o profesión.

Alonso, Montero, Huertas (110) afirmaron que la motivación es uno de los elementos internos de gran significación, cuando se pretende comprender la conducta de selección de una carrera universitaria, y que a la hora de tomar la decisión, existe un conjunto variado de metas de carácter social e interpersonal.

Por su parte Díaz y Hernández (48,111), aseguraron que la motivación es un fenómeno complejo condicionado por aspectos como la posibilidad real que tiene el alumno de conseguir sus metas y la perspectiva asumida al estudiar, su capacidad para actuar y afrontar con éxito sus tareas y problemas que se le presenten, los conocimientos previos de los contenidos por aprender y el contexto de la situación misma de la enseñanza, incluyendo comportamientos y valores de los profesores y compañeros que pudieran modelar su interés por el aprendizaje.

Las numerosas hipótesis y teorías que han tratado de explicar los motivos humanos, responden a menudo a posiciones epistemológicas diversas, cuando no

enfrentadas. La psicología de la motivación no está hoy unificada en cuanto a su objeto, métodos y objetivos, pero tampoco lo ha estado nunca (48, 112).

"Ahora bien, las personas son diferentes entre sí en lo referente a la motivación. Las necesidades que motivan el comportamiento humano producen patrones de comportamiento que varían de un individuo a otro, inclusive en el mismo individuo en el transcurso del tiempo o en situaciones diferentes, y están relacionadas a sus habilidades para alcanzar los objetivos" (106).

"Cuando un estudiante decide estudiar medicina, por ejemplo, debe enfrentarse al estado de eventos anteriores y posteriores a su decisión, que se coloca en ese intervalo de tiempo, y debe tratar de unir las dos situaciones temporales en un juicio simplificado. Pero el que toma la decisión, solo tiene un momento: el presente. Y cuando este sujeto está interesado por el futuro, proyecta su presente mediante expectativas basadas en la experiencia o en las previsiones razonables imaginadas" (106).

Santiuste y Beltrán (113) describieron, que la motivación es multisensorial; tiene procesos cognitivos, afectivos y conductuales y se basa fundamentalmente en tres pilares: creencias, razones y reacciones. Igualmente afirmaron que la motivación es un eslabón dentro de una cadena, por lo tanto no es suficiente con que se motive a los alumnos para que hagan algo. Ausubel (48, 102), con su Teoría del Aprendizaje

Significativo, en cierta manera estaría de acuerdo con ello ya que establece que hay dos condiciones para que alguien aprenda significativamente: Que el material sea potencialmente motivante (atribuible al docente) y que el sujeto quiera aprender. Este vínculo es fundamental, más no el único en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Para Ausubel (48, 102), la estructura cognoscitiva consiste en un conjunto organizado de ideas que preexisten al nuevo aprendizaje que se quiere instaurar. Los nuevos aprendizajes se establecen por inclusión como componente en una clasificación más amplia. Esta forma de aprendizaje se refiere a una estrategia en la cual, a partir de aprendizajes anteriores ya establecidos, de carácter más genérico, se pueden incluir nuevos conocimientos que sean subordinables a los anteriores. Los conocimientos previos más generales permiten anclar los nuevos y más particulares.

Brophy (114) afirmó que idealmente, los alumnos no tendrían ansiedad, miedo al fracaso y otras distracciones, inclusive las de ganar la competencia o una recompensa externa, y valorarían tanto el aprendizaje en general como esa actividad en concreto; estarían relajados y dispuestos a aprender, más que “preocupados” u orientados a la evaluación de su actuación con referencia a cánones externos de excelencia.

Con respecto a las metas, Polanco (76) citó que para Alonso, los alumnos persiguen metas que pueden clasificarse en varias categorías, que no son completamente excluyentes. Estas serían:

A. Metas relacionadas con la tarea: la motivación por alcanzar una meta hace que el individuo sea más persistente, aprenda más eficazmente y tienda a llegar a conclusiones antes que otros estudiantes. Ausubel (48, 102) planteó que el motivo para adquirir un conocimiento en particular, es intrínseco a la tarea. Con lo que, de esta manera, la posibilidad de aplicar conocimientos, desarrollar habilidades y elaborar nuevos esquemas de conocimiento, puede provocar un incremento en el nivel de motivación.

B. Metas relacionadas con el "ego": En la vida de relación de los estudiantes con otros, se tienen percepciones del mundo que se forman, desde la historia personal de cada uno, como el sentirse superior al otro o, bien, demostrar sus capacidades y destrezas. Permite lograr una reconciliación con el “ego” y la satisfacción personal de éxito. Se refiere al aprovechamiento, como fuente de estatus ganado, el lugar que conquista en proporción con su nivel de competencia. Esta meta es la que se presenta, con más fuerza, en la mayoría de las culturas, especialmente, en la occidental. Esta motivación produce mayor persistencia, más éxito en la solución de problemas y mayor aprovechamiento académico a corto y largo plazo (48,76).

C. Metas relacionadas con la valoración social: la necesidad de aceptación y reconocimiento de las virtudes, así como la aprobación de padres, maestros y compañeros se desarrolla cuando el individuo se enfrenta a la sociedad. El elemento de motivación que se persigue a nivel de grupo es el de evitar el rechazo y se orienta hacia el liderazgo (48,76).

D. Metas relacionadas con la consecución de recompensas externas: este factor está vinculado con el acceso a una posición social, un estatus económico, u otras posibilidades de recompensas externas, como becas, premios, certificados, entre otros. Sería la motivación extrínseca (48,76).

Por otro lado, Dweck y Elliot (115), definieron la motivación de logro como el tipo de motivación intrínseca, dirigida por estímulos internos, que aboca al sujeto a la obtención de logros máximos. Además, distinguieron dos grandes orientaciones a meta: una orientada hacia el incremento de la propia competencia: aprender y la otra hacia la ejecución o quedar bien ante los otros, o su vertiente de evitación: miedo al fracaso, ambas analizadas por Alonso, Montero y Huertas (110) en su cuestionario MAPE-3.

Estos autores, reflexionaron sobre el modo en el que un determinado concepto sobre la inteligencia incidía en el modo de actuar de los alumnos. Consideraron que el tipo de meta que se persigue depende de la concepción que se tenga de la inteligencia

como algo estable o modificable. Por tanto, una creencia sería responsable de la preferencia por un tipo de meta, preferencia que, a su vez, daría lugar a los diferentes procesos observados.

"Resumiendo, se puede decir que el estudio de la motivación puede hacerse por planos de análisis, que Petri y Govern (92) dividen en cuatro categorías, a saber: el análisis fisiológico: se ocupa de la exploración del control que el cerebro ejerce sobre los estados motivacionales. Ejemplo de ello, autores como Hull, Olds y Miller; el análisis individual, que investiga los cambios motivacionales que ocurren en el individuo e influyen en su conducta personal de acuerdo a condiciones externas o internas. A esto se refieren McClellan, Clark, Roby y Atkinson; el análisis social, como la influencia en la conducta por factores situacionales y ambientales del individuo en soledad o en grupo. En este grupo se ubica a Bandura, Asch, Heider, Kelley, Bond y Smith; y el filosófico: estados negativos o positivos de autorrealización que posee el sujeto y que lo motivan, como cuyos representantes entre otros se pueden citar a Freud, Maslow, Rogers" (106).

Otros autores clasifican estas teorías como:

Teorías de contenido o satisfacción. Estas teorías son las que estudian y consideran los aspectos, tales como sus necesidades, sus aspiraciones y el nivel de satisfacción de éstas, que pueden motivar a las personas. Autores: Maslow, Mc Gregor, Herzberg, Alderfer, McClelland (92).

Teorías de proceso. Son las que estudian o tienen en cuenta el proceso de pensamiento por el cual la persona se motiva. Autores: De Vroom, Adams, Skinner.

No obstante, se insiste que no es objeto del presente trabajo, estudiar todas las teorías sobre motivación (92).

2.2.3 Resiliencia

En la mayoría de los estudios, que se han realizado predomina una tendencia a colocar el énfasis en los estados patológicos. Debido a esto la mayoría de las investigaciones se han centrado en describir las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental.

En base a esto, la Psicología Positiva como iniciativa se define como el estudio científico de las emociones positivas, los rasgos individuales y las instituciones positivas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos. Entendiendo por emociones positivas (felicidad, placer, satisfacción, bienestar) junto con el estudio de los rasgos de personalidad positivos (carácter, talentos, intereses, valores) y el de las instituciones positivas (familias, colegios, negocios, comunidades, sociedades) capaces de posibilitar experiencias subjetivas positivas que contribuyan al bienestar (115-117).

La Psicología Positiva se refiere al estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva centrada en el potencial humano, sus motivaciones y capacidades otorgando sentido a la vida y significado positivo a las circunstancias adversas o difíciles permitiendo aliviar el malestar de las personas y promover la resiliencia de las mismas siendo un importante recurso para el crecimiento personal (118-120).

La misma centra su atención en la construcción de los aspectos positivos del ser humano y en la reparación y transformación de aquellos aspectos negativos y/o disfuncionales. Lo cual previene o reduce la tendencia a desarrollar enfermedades y/o trastornos mentales y promueve el bienestar psicológico entendido este como un indicador de salud mental (121).

A grandes rasgos, la Resiliencia se refiere a la habilidad individual de crecer a pesar de la adversidad. La siempre presente naturaleza estresante de los sucesos y eventos a los que se ven expuestas las personas y sus efectos en la salud puede, probablemente, continuar avivando el creciente interés en la Resiliencia (121).

Smith, Tooley, Christopher y Kay (122) señalaron que existen barreras importantes en el avance del conocimiento de la Resiliencia. Primero, ya que la palabra resiliencia ha estado asociada a un número creciente de significados vagos e imprecisos. Segundo, esta confusión conceptual ha hecho dificultoso entender de

manera clara los efectos de la Resiliencia para la salud. Y tercero, no está del todo claro cómo la Resiliencia está relacionada con medidas de la salud, más allá de otras características positivas importantes suficientemente estudiadas en la literatura sobre el tema (como el optimismo o la autoeficacia) (123).

La Resiliencia también se refiere a la adaptación positiva al enfrentarse al estrés y a los sucesos traumáticos. Sin embargo, la habilidad de mantener un buen funcionamiento después de la exposición al estrés es más común de lo que preliminarmente se pensaba, y por lo tanto el estudio de la Resiliencia es importante para alcanzar un conocimiento comprensivo de las respuestas humanas al estrés y el trauma (124, 125).

Diversos autores afirman: la evidencia empírica sugiere que la Resiliencia se basa en un conjunto de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales (126-133). Por lo tanto, el continuo descubrimiento de los cimientos biopsicológicos de la Resiliencia puede ayudar en la prevención e intervención centradas en ayudar a las personas a recuperarse de los sucesos estresantes y los trastornos relacionados con el estrés.

2.2.3.1 Concepto de Resiliencia

Aunque la palabra resiliencia ha tomado muchos significados, procede de la palabra inglesa “resilience” que es “recuperarse o saltar hacia atrás”. La raíz de la palabra resiliencia es la palabra latina “resilio” que combinada con el significado de “cia” y de “salire” significa “saltar o brincar” (134).

Las primeras definiciones del diccionario de la Resiliencia incluyen aquellas relacionadas con la física. Así, los físicos y los ingenieros aplican este concepto a todo aquello que tiene “la habilidad de recuperar o recobrar la forma, posición, etc.”. Después este significado se extendió a las ciencias sociales.

Recientemente, la Real Academia Española (RAE) (2), en su página muestra un avance de la vigésima tercera edición del Diccionario de la Lengua Española en el que ya se incluye la palabra resiliencia. Ofrece dos significados: uno ligado a la Psicología, definiéndola como “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”; y otro referente a la mecánica, definiéndola como “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”.

El “significado psicológico” ofrecido por la RAE no sólo es importante por el hecho de que la palabra resiliencia esté ya incluida dentro del léxico español, sino porque dicho significado se desliga de las primeras conceptualizaciones de la Resiliencia con situaciones traumáticas asumiendo la versión rasgo de dicho

concepto, es decir, como una característica de la personalidad más estable, y no sólo como un estado o proceso (2).

Por lo que respecta al "significado psicológico" de la palabra resiliencia, diferentes autores han tratado de definirlo, por lo que existen diversas definiciones de dicho término. Becoña (135) analizó en profundidad dicho constructo y aunque es un concepto ampliamente utilizado por los psicólogos, aún no hay un completo acuerdo sobre su definición. No obstante, él mismo señala, que la definición más aceptada es la llevada a cabo por Garmezy (136) quien la definió como "la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al comenzar un evento estresante".

Por otra parte, Masten (137) proporcionó una definición equivalente al considerarla como "un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo".

Block y Block la consideraron como "la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal del control del ego, en una u otra dirección, como una función de las características de la demanda del ambiente" (138). Asimismo se espera, que la persona con "ego-Resiliencia" funcione mejor en circunstancias nuevas, cambiantes y/o irresolubles, que tendría la habilidad para adaptarse exitosamente a las contingencias ambientales cambiantes.

Ante la conceptualización de la Resiliencia antes expuesta, la misma es considerada como una característica o rasgo de la personalidad del individuo, que le ayudaría a adaptarse de forma exitosa a las circunstancias ambientales, estrechamente relacionada con la concepción de inteligencia emocional dada por Goleman (139), al afirmar que la misma constituye un factor clave para una adaptación exitosa en las diferentes contingencias de la vida y un conjunto de metahabilidades que pueden ser practicadas, aprendidas y aplicadas. De esta manera, con todas las presiones a las que estamos sometidos en la vida actual, la inteligencia emocional ayuda a pasar por ellas, sentirse mejor y aprender de todas las experiencias vividas.

No obstante, y a un nivel más dinámico, Becoña (135) señaló que existe un mayor consenso en considerar a la Resiliencia como un proceso o fenómeno, y no como un rasgo o característica de la personalidad del individuo. En contraposición, Block y Block (138) no asocia esta capacidad dinámica del individuo a adaptarse tras un suceso altamente traumático (como sí lo hacen la mayoría de las definiciones), dejando abierta la posibilidad de aplicar el concepto de Resiliencia a situaciones estresantes no tan “extraordinarias”.

Fletcher y Sarkar (140) señalaron que, a pesar de que la Resiliencia ha sido conceptualizada de muy diversas maneras, la mayoría de las definiciones están basadas alrededor de dos aspectos centrales: la adversidad y la adaptación positiva.

Por lo cual, para que la Resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes. Aún cuando, las inconsistencias en la delimitación específica de estos conceptos han conducido a la confusión sobre sus significados.

Por una parte, la adversidad habitualmente incluye las circunstancias vitales negativas que se conoce que están estadísticamente asociadas con dificultades de adaptación (127, 141) y que la mayoría de las mismas no constituyen grandes desastres sino más bien rupturas discretas que están inmersas en la vida cotidiana.

Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu (142) señalaron que los mecanismos de la Resiliencia pueden diferir en relación con la severidad contextual, yendo desde una Resiliencia contra las dificultades cotidianas habituales, como el estrés estudiantil (es decir, adversidad media) hasta una Resiliencia contra el estrés severo ocasional, tal como lo es la pérdida de un ser querido (es decir, adversidad elevada).

De manera tal que esta aseveración encaja con los objetivos de la presente investigación, evaluándose el constructo de Resiliencia en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito estudiantil sin dejar de lado las circunstancias de estrés severo actual vividas en el contexto social venezolano en el que todos estamos de una u otra forma involucrados.

En esta misma dirección Luthar, Cicchetti y Becker (123) enfatizaron que es importante que los investigadores definan claramente lo que ellos consideran como adversidad y proporcionen una justificación razonada de la misma.

Por otro parte, la adaptación positiva ha sido definida como la competencia social conductualmente manifestada o el éxito en las tareas del desarrollo (124), y la misma debe ser conceptualmente apropiada a la adversidad examinada en términos del dominio evaluado y con criterios rigurosos (140).

Cuando se investiga y analiza la adaptación positiva no se debe olvidar el contexto sociocultural en el que el individuo opera. De esta manera, y debido a que la Resiliencia se manifiesta en varios contextos, los investigadores deben sensibilizarse ante los factores socioculturales que contextualizan cómo es definida o se pone de manifiesto la resiliencia en diferentes poblaciones todo esto sobre la base del debate existente en torno a la conceptualización de la misma como un rasgo o como un proceso (140,143, 144).

Cuando la Resiliencia ha sido concebida como un rasgo, se ha sugerido que representa una constelación de características que permiten a los individuos adaptarse a las circunstancias que se encuentran, esto sugiere que la Resiliencia es una cualidad o rasgo de la personalidad que se tiene o no se tiene (123,145,146). Mientras que cuando se ha conceptualizado como un proceso dinámico que cambia a lo largo del

tiempo, que incluye la adaptación positiva dentro de un contexto de adversidad significativa lo cual reconoce que los efectos de los factores protectores y promotores puede variar contextualmente (desde una situación a otra) y temporalmente (a través de una situación y de la vida de una persona) (123, 140).

Apartando las conjeturas de su conceptualización, algunos autores se han encargado de clasificar las características de la Resiliencia, siendo una de las más importantes la realizada por Polk (147) quien encontró cuatro patrones para la Resiliencia: 1) El patrón disposicional que consiste en los atributos del físico y psicológicos relacionados con el ego. 2) El patrón relacional incluye las características de los roles y relaciones que influyen en la Resiliencia. 3) El patrón situacional referido a la aproximación característica a las situaciones o estresores y se manifiesta como las habilidades de valoración cognitiva, y de solución de problemas, así como los atributos que indican una capacidad para la acción frente a una situación. 4) Por último se encuentra el patrón filosófico el cual se manifiesta por las creencias personales.

Mientras que Garmezi (136) había considerado cuatro años antes tres factores principales (la personalidad del individuo, su familia y la disponibilidad de apoyo social) en una situación estresante.

Otros investigadores, han propuesto numerosas Teorías de la Resiliencia durante las tres pasadas décadas. La mayoría de las cuales tienen aspectos comunes: Para Fletcher y Sarkar (140), existe la noción de que la Resiliencia es un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo y que la interacción de un amplio rango de factores determina si un individuo es o no resiliente.

De tal forma que aunque la Resiliencia es considerada como el resultado más deseable en la mayoría de las teorías, algunos investigadores incluyen otros indicadores de resultado (positivos) en las mismas como el afrontamiento óptimo, la satisfacción laboral y la productividad. Aunque la mayoría de las teorías de la Resiliencia son específicas a poblaciones particulares, existen teorías genéricas que pueden ser aplicadas en diferentes grupos de personas y situaciones potencialmente estresantes. Un ejemplo de estas teorías es la meta-teoría de la Resiliencia de Richardson (148).

Sin embargo, el creciente interés en los últimos años por el constructo de Resiliencia ha llevado a que se relacione con otros conceptos que se han considerado como equivalentes, elementos centrales o sustitutos del mismo, siendo estos el de competencia, considerándose como un constructo que lleva a realizar resultados resilientes; vulnerabilidad, constituyendo el polo opuesto de la Resiliencia (135).

Por un lado, se han señalado como factores que promueven la Resiliencia el locus de control interno y el estilo atribucional positivo. Por otro parte, la Resiliencia se diferencia de la recuperación en que es más estable en el tiempo. De esta manera, la recuperación está caracterizada por un periodo temporal seguido de una restauración gradual hacia niveles saludables de funcionamiento, mientras la Resiliencia se refiere a la habilidad de los individuos para mantener los niveles normales de funcionamiento (140).

Finalmente también se ha relacionado con los factores de riesgo y protección, pudiendo ser considerada como parte de los últimos. Siendo, la dureza (ó "hardiness") el concepto más ampliamente asociado con la Resiliencia (135).

Habitualmente la resiliencia ha sido asociada con el afrontamiento del estrés al considerarla como un proceso de afrontamiento a los estresores, la adversidad, el cambio o la oportunidad (143, 148, 150,151) .

Aunque ambos términos han sido empleados como conceptos intercambiables, existe un conjunto de evidencias que sugieren que son constructos distintos conceptualmente. Siendo por esto que Fletcher y Sarkar (140) afirmaron que la Resiliencia influye en cómo un suceso es valorado mientras que el afrontamiento se refiere a las estrategias utilizadas una vez realizada la valoración de la situación estresante.

Por otra parte existe otra distinción fundamental entre la Resiliencia y el afrontamiento la cual está relacionada con las consecuencias asociadas al proceso de estrés. La Resiliencia predice una respuesta positiva a la situación estresante (la experiencia de emociones positivas) en tanto que el afrontamiento puede ser positivo (solucionando el problema) o negativo (negando la situación).

Recientemente, el constructo de Resiliencia se ha relacionado de forma muy potente con la Psicología Positiva, esto ya que los promotores de este movimiento defienden una visión de la experiencia humana que incluye un conocimiento de las fortalezas humanas, talentos y virtudes; también se recomienda un cambio desde los enfoques orientados en las debilidades a aquellos centrados en las fortalezas que permiten a los individuos sobrevivir y crecer incluso a la hora de afrontar la adversidad. Tomando en cuenta lo antes expuesto, aunque el constructo de Resiliencia encaje a la perfección con los fundamentos de la corriente de la Psicología Positiva (y compartan elementos comunes), el mismo se trata de un constructo independiente y que puede ser empleado en cualquier corriente psicológica de forma general, evitando su exclusividad a una sola corriente (135,148 ,149).

2.2.3.2 Medida de la Resiliencia

La Resiliencia no sólo varía sustancialmente en su definición (como ya se ha comprobado) sino también, en su medida. Esto sobretodo y como consecuencia de

que no existe un constructo teórico común subyacente para la investigación tan heterogénea que se ha llevado a cabo hasta el momento. Lo cual implica que la evaluación y comparación de los hallazgos sea extremadamente complicada y que los instrumentos de medida sean por tanto diferentes; constituyendo un obstáculo para el desarrollo de un adecuado modelo biopsicosocial de Resiliencias, por la falta de medidas adecuadamente validadas de este constructo (142, 145).

Existen una serie de instrumentos de medida para evaluar el constructo de Resiliencia. Algunas escalas miden la Resiliencia directamente, mientras que otras la miden indirectamente a través de distintos factores que la componen. Por otro lado, unas escalas son multidimensionales mientras que otras poseen una estructura unidimensional de la Resiliencia (152). Entre los instrumentos de medida se encuentran: "Adolescent Resilience Scale" (ARS) elaborado por Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, (153); "Baruth Protective Factors Inventory" (BPFI) diseñado por Baruth y Carroll, (154); "Brief-Resilient Coping Scale" (BRCS) construido por Sinclair y Wallston, (155); "Connor-Davidson Resilience Scale" (CD-RISC) confeccionado por Connor y Davidson, (156,157); "Ego-Resiliency Scale" (ER89), La ER89 desarrollada por Block y Kremen (158); "Resilience Scale" (RS); "Resilience Scale for Adults" (RSA) creado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (159-162)

2.2.3.3 Justificación empírica

El estudio de la Resiliencia en Psicología y Psiquiatría procede de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de psicopatología, especialmente de los niños en riesgo de desarrollarla debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores. Siendo los eventos vitales más estudiados el divorcio de los padres y los estresores traumáticos entre ellos el abuso o abandono y la guerra.

De tal forma que las primeras teorías de la Resiliencia enfatizaron la identificación de las características de la infancia asociadas con consecuencias positivas a la hora de afrontar la adversidad (163,164). Por lo que no se podía afirmar, como se hacía hasta ese momento, que una infancia infeliz determina la vida del niño, siendo un adulto insatisfecho con su vida (165). Esta dirección de investigación fue posteriormente extendida para incluir los factores externos protectores que pueden promover la Resiliencia, tales como los grupos afectivos y las relaciones de apoyo con adultos (123).

Las teorías actuales consideran a la Resiliencia como un constructo multidimensional, dependiendo del autor, el estudio de la Resiliencia se ha centrado en tres componentes: el estudio de los riesgos, el estudio de los factores protectores y el estudio de las características de la persona resiliente (166).

En tal sentido, se han recogido algunos de los riesgos que pueden llevar a los individuos (sobre todo a los niños) a la pérdida del equilibrio, de la adaptación, del bienestar subjetivo y del desarrollo personal: como la pobreza, deprivación, familia rota, maltrato infantil o situaciones de desastre y desamparo (167). Resulta válido destacar que estos factores no suelen producirse de forma aislada, sino combinada y actuar acumulativamente, sin ser positiva la predicción de la conducta.

No obstante, existen algunos niños e individuos que en tales contextos se adaptan, no sólo en el sentido pasivo de la supervivencia, sino en el positivo del desarrollo personal y social, por lo que deben existir determinados factores de protección y desarrollo que favorezcan dicha adaptación. En torno a este hecho coexisten dos grandes tipos de factores protectores ante los riesgos: las características interpersonales de la familia y el apoyo social. Las relaciones interpersonales dentro de la familia, incluso en contextos de pobreza y deprivación, tienen un alto valor protector y desarrollo del sentimiento de valía personal. De esta manera, las relaciones afectivas calurosas y autónomas, con los padres, o en general con los miembros de la familia, generan un sentimiento de protección personal incluso en contextos críticos. El apoyo social tiene igualmente un valor externo de accesibilidad a los pocos e insuficientes medios disponibles. El colegio, los profesores, u otras instituciones, políticas, religiosas, deportivas o grupales, proporcionan un sentimiento de identidad social y colectiva y de manejo de recursos complementarios (168).

Finalmente en cuanto al componente de las características de las personas resilientes, tales como la competencia personal, el uso de recursos personales y de resolución de problemas, Rutter (163) afirmó que la persona resiliente se caracteriza por un sentimiento de autoconfianza, de creencia en la propia capacidad personal y habilidad de resolver problemas. Mientras Moreno (166) considera que tales variables personales se asimilan a las propuestas por Erickson acerca de las cualidades básicas que hay que adquirir a lo largo del ciclo vital. Es por esto que en esta línea, la investigación ha tratado de esclarecer cómo favorecer el desarrollo de tales capacidades.

A pesar de todo lo anterior, sólo recientemente los investigadores clínicos han aceptado comprometerse en indagar para entender la adaptación positiva a pesar de la adversidad. Por ejemplo, Charney (169), desarrolló un modelo de los sistemas psicobiológicos implicados en la adaptación resiliente que sigue al estrés agudo. Basado en modelos previos de bases neurales de recompensa, motivación, miedo condicionado y comportamiento social, proponiendo un modelo integrado de Resiliencia y vulnerabilidad que incorporaba varias regiones cerebrales y numerosos mediadores neuroquímicos, neuropéptidos y hormonales de la respuesta al estrés agudo. Este tipo de modelo teórico puede ayudar a equilibrar el abrumador enfoque en la psicopatología relacionada con el estrés que ha caracterizado durante mucho tiempo este campo de investigación.

Tsuang (170) sugirió, que la investigación en los factores que promueven la Resiliencia podía tener implicaciones clínicas muy importantes, particularmente para las intervenciones preventivas. Apuntando que en el futuro los estudios genético-moleculares podían ayudar a develar los mecanismos que subyacen a la Resiliencia, y que podían revelar los tratamientos psicológicos y farmacológicos más convenientes; lo que ha sido propuesto también por investigadores como Wu y cols.(24), en su estudio de neurobiología de la resiliencia y sus implicaciones para promoverla; al plantear que además de los factores psicosociales de la resiliencia, los hallazgos de la genética, epigenética y los factores neuroquímicos considera que permanecen en discusión los patrones y circuitos neurales involucrados en la mediación de la misma; planteando que el crecimiento del conocimiento de los factores de la resiliencia conduciría al desarrollo de fármacos e intervenciones para aumentar la resiliencia y mitigar sus consecuencias adversas.

La Resiliencia puede ser considerada más que como una simple recuperación a la ofensa como el crecimiento o la adaptación positiva siguiente a los períodos de disrupción homeostática (125,148). Aunque la adaptación positiva en respuesta a la adversidad extrema fue originariamente pensada para referirse a los “individuos extraordinarios”, la investigación más reciente sugiere que la Resiliencia es relativamente común entre los niños y los adolescentes expuestos a las carencias, el trauma, y la adversidad (137).

En relación a éste último aspecto, resulta necesario destacar que la mayoría de la investigación en Resiliencia ha sido conducida hacia poblaciones más jóvenes y poco es sabido de cómo opera la Resiliencia en la edad adulta.

Teniendo en cuenta lo antes planteado sobre la poca atención que ha recibido la población adulta, hay que considerar la posible reconceptualización del concepto de Resiliencia; ya que a menudo ha sido asociado con la posibilidad de que un individuo exhiba alguna forma de psicopatología como una consecuencia de un suceso traumático experimentado en su vida estando así tradicionalmente asociado a la enfermedad, con lo cual si no se quiere que la Resiliencia esté absolutamente asociada con la psicopatología, en esta población la reconceptualización debe involucrar el papel de la resiliencia en el afrontamiento. Miller (171) señaló que la conducta o comportamiento resiliente es más que si un individuo tiene o no síntomas patológicos o trastornos de alguna clase después de experimentar un gran suceso traumático en su vida.

Siguiendo esta aproximación al constructo de Resiliencia, alejándolo de la psicopatología, en la presente investigación también se busca evaluarlo en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito estudiantil, sin buscar su asociación con acontecimientos altamente traumáticos muy a pesar de la situación actual que confronta el hecho mismo de la realidad venezolana.

Respecto a las investigaciones que han relacionado específicamente a la Resiliencia con el bienestar (considerado este desde un enfoque psicológico), la mayoría se han llevado a cabo desde el marco de la Teoría de la Ampliación y Construcción de las Emociones Positivas (171,172). Desde esta teoría se asume que, como las emociones positivas son útiles para contrarrestar los efectos de las emociones negativas (mediante la ampliación de los repertorios de "pensamiento-acción"), las emociones positivas (como la felicidad o bienestar) pueden resultar útiles para construir recursos personales ante circunstancias adversas, tales como la Resiliencia.

En concordancia con esto, Fredrickson (172,173) mostró en una investigación en la que las diferencias individuales en Resiliencia predicen la habilidad de sacar provecho en las emociones positivas cuando se hace frente a experiencias emocionales negativas. Por ejemplo, las personas resilientes emplean frecuentemente el humor como estrategia de afrontamiento (16,174), el cual ha demostrado que ayuda a las personas a afrontar efectivamente las situaciones estresantes concluyendo que las personas resilientes recurren más frecuentemente a las emociones positivas (como la felicidad) para afrontar el estrés (131).

Desde esa teoría se ha comprobado que las emociones positivas conducen a más altos niveles de Resiliencia en el futuro y que la Resiliencia también alcanza sus efectos parcialmente mediante las emociones positivas (175-177). De tal forma, que

las personas con altos niveles de Resiliencia tienen más emociones positivas que las personas menos resilientes, cuando hacen frente a un estresor, incluso cuando experimentan emociones negativas al mismo nivel.

Asimismo, se ha demostrado que la diferencia en más, de las emociones positivas en las personas resilientes explica su mejor habilidad para recuperarse de la adversidad y el estrés, prevenir la depresión y continuar creciendo. Por otra parte, aun en la misma vida cotidiana las emociones positivas predicen el aumento de la Resiliencia (151,177-179).

A la postre de lo antes expuesto, la Resiliencia se ha constituido en un constructo y en una característica de la personalidad muy importante en los países latinoamericanos. Esto ha despertado un especial interés que pudiera ser debido a las situaciones económicas, sociales y políticas de riesgo para el desarrollo en Latinoamérica y el contexto actual venezolano, convirtiéndose por tal razón, la Resiliencia en un tema relevante tanto teórico como práctico. Países como Argentina, en la Universidad Nacional de Lanas, han creado el Centro Internacional de Información y Estudios de la Resiliencia; por otra parte y muy particularmente en el ámbito familiar resulta de mucha vigencia en la realidad venezolana, el desarrollo del concepto de Resiliencia familiar, tan vital para que toda familia tenga la capacidad de resistir a las adversidades, siguiendo esta misma orientación (180,181).

En cuanto a la resiliencia, vale la pena destacar que la misma ha sido investigada no sólo en pacientes, sino también en el propio personal sanitario. Estas investigaciones se han visto apoyadas por el hecho de que los profesionales sanitarios son testigos directos del sufrimiento humano y hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante muy vigente y de manifiesto en las circunstancias por las que atraviesa el país; en este sentido los factores que fomentan este entorno laboral adverso, además del hecho de tratar con personas enfermas que están sufriendo, incluye la escasez de personal sanitario con experiencia, una plantilla envejecida, la contratación habitual de personal eventual, el acoso y la violencia por parte de los propios pacientes, la falta de autonomía profesional, cambios organizativos impuestos, cuestiones relacionadas con la salud y seguridad laborales y la reestructuración constante (182).

Todos estos factores contribuyen a la formación de un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante (183,184).

Así, ante estas circunstancias surgen dos opciones, algunos profesionales abandonan el sistema sanitario a causa de los factores asociados con la adversidad en el trabajo; mientras por el contrario, a pesar de estas dificultades muchos otros profesionales sanitarios eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia sanitaria, sentirse satisfechos con su trabajo, y sobrevivir e incluso desarrollarse a pesar de un clima adverso en el entorno laboral (184-186). Sin

embargo, de aquellos que permanecen, muchos manifiestan consecuencias aún más graves relacionadas con el estrés tales como el síndrome de Burnout (184,187).

Sin embargo y afortunadamente la mayoría de los profesionales sanitarios no abandonan la profesión. Teniendo en cuenta la constante exposición al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso, con lo que la Resiliencia se pudiera considerar una característica esencial e inherente a los profesionales sanitarios para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria (188).

Concretamente, y en torno a este tema muchos autores afirman que la Resiliencia es una característica que posee el personal sanitario y que es inherente a estos profesionales, para que estos puedan afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles dadas a partir del continuo contacto con personas enfermas y en condiciones laborales no idóneas; en tanto que otros recomiendan a los profesores y demás formadores del personal sanitario prepararlos mejor para mantener una resiliencia profesional y personal adecuadas (189).

2.2.4 La Pobreza en Venezuela.

La Venezuela de principios del siglo XX se caracterizó por una incipiente estructura social, política y económica, reflejo de una sociedad cuyos rasgos dibujaban la miseria generalizada gestada desde las postrimerías de los pasados

siglos, materializada en el abandono de la instrucción pública, en la ausencia de políticas de salud, abatida por las continuas guerras, la precariedad en las fuentes de trabajo, y limitada en su mayoría solo a las labores del campo (ganadería, agricultura entre algunos quehaceres del trabajo humano).

Esta perspectiva fue planteada por Baptista al expresar que: “la Venezuela misérrima era también una Venezuela rural. Una sociedad rural es una sociedad insalubre, analfabeta, inepta para la democracia y para los grandes fines del conocimiento económico y del progreso material” (190).

El característico abandono gubernamental del capital humano y social, puesto de manifiesto a lo largo de la mayoría de las agendas de gobierno en Venezuela a través del desinterés por la educación formal y por la seguridad alimentaria de la población, así como la incapacidad para dinamizar las diferentes actividades del aparato productivo interno han sido las bases materiales sobre las cuales se consolidó la pobreza en todas sus manifestaciones en la sociedad venezolana.

Y es que una economía sustentada en la monoproducción, difícilmente podría impulsar las condiciones para que la pobreza diera paso a una sociedad en la cual la calidad de vida de sus habitantes sea la más adecuada para su existencia. La coexistencia de la pobreza, junto a un conjunto de causales inherentes todas ellas al aparato estatal, han conllevado el atraso en materia de políticas económicas que

impacten en la sociedad, yendo en contra de la calidad de vida de todos los venezolanos.

Así pues tenían razón Quintero, García y Rosales (191) al decir “en aquellos países donde las instituciones son ineficientes no se generan resultados favorables pese a los esfuerzos individuales, la dotación de recursos naturales, la posición geográfica, el capital humano y el capital social. De manera tal, que los países son pobres porque los actores no poseen estímulos suficientes para obtener las oportunidades de ganancias”**.**

Siendo por esto que el abandono del capital humano y social venezolano ha traído consigo y mantenido la pobreza a lo largo del tiempo.

En tal sentido y al estar estrechamente relacionados los estratos sociales con la pobreza, ha surgido la necesidad de diseñar diversos métodos para la medición de los mismos en Venezuela, encontrándose entre los principales: la línea de pobreza (LP), las necesidades básicas insatisfechas (NBI), el método combinado o método de medición integrada de la pobreza (MMIP), el índice de pobreza humana para países en desarrollo (IPH-1), y el método Graffar Méndez-Castellanos (192-195).

A continuación se presenta un breve resumen acerca de la revisión llevada a cabo de los métodos antes citados incluyendo el Graffar Méndez-Castellanos el cual

fue el aplicado en el desarrollo del estudio; posterior a esto; en el aspecto correspondiente a métodos, técnica e instrumentos de recolección de la información en el marco metodológico serán expuestas las razones de la escogencia de éste último.

2.2.4.1 Línea de Pobreza (LP):

También conocido como el Método Indirecto o del Ingreso. A través de un enfoque cuantitativo, con este método, se busca identificar a los hogares cuyo ingreso *per cápita* es menor al que se requiere para cubrir las necesidades más básicas alimentarias y no alimentarias; siendo publicado el valor de la canasta alimentaria por el Instituto Nacional de Estadística (INE) hasta mayo del 2014. Siendo los hogares pobres en situación extrema, aquellos que no alcanzan a cubrir la canasta alimentaria (192,193).

En Venezuela, la fuente de datos para la aplicación de este método es la Encuesta de Hogares, lo que permite, por su periodicidad, tener cifras de pobreza semestrales. A nivel internacional el Banco Mundial utiliza una línea de pobreza fijada en 1,90 dólar (PPA en dólares de 2011) diario por persona (194). En este caso la línea se basa en el consumo. Es un método adecuado para estimar la pobreza coyuntural, es decir a corto plazo.

En cuanto al Método de las Líneas de Pobreza, el mismo ha sido un método que toma en cuenta el costo referencial de la Canasta Alimentaria (CA) publicado por el Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores (CENDAS-FVM) de acuerdo al mes inmediato anterior a la fecha de la recolección de la muestra; estratificando a la población en: NO POBRES cuando el ingreso resulta superior al doble de la CA, POBRES NO EXTREMOS con un ingreso menor al doble de la CA pero mayor a una CA y POBRES EXTREMOS con un ingreso menor a una CA (192).

2.2.4.2 Método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):

Éste define un conjunto de necesidades consideradas básicas para el bienestar de los hogares y considera pobres aquellos que no logran reunirlas.

De acuerdo a la ficha técnica del INE, en Venezuela las necesidades básicas que se consideran para determinar la condición de pobreza de un hogar son las siguientes: 1. Inasistencia escolar: Hogares con niños de edad escolar (7 a 12 años) que no asisten a la escuela. 2. Hacinamiento: Hogares que presentan más de tres personas por cuarto para dormir. 3. Vivienda inadecuada: Hogares que habitan en ranchos, casas de vecindad, trailer o remolque, embarcaciones, carpas, cueva... etc. 4. Carencia de servicios básicos: Hogares que presentan inaccesibilidad al agua potable o a los servicios de eliminación de excretas.5. Alta dependencia económica: Hogares con jefes cuya escolaridad es menor a tres años o tres grados de educación formal y

donde, el número de personas por cada ocupado es mayor a tres. Se consideraron los ocupados de 15 años y más (195).

De este modo, los hogares que no presentan ninguna de las necesidades señaladas anteriormente son clasificados como no pobres, los que presentan una son clasificados como pobres, y los que presentan más de una son clasificados como pobres extremos.

2.2.4.3 Pobreza según el método integrado:

Aplica de forma conjunta el método NBI y Líneas de Pobreza. Dando las siguientes categorías de hogares: • Hogares no pobres. Son hogares que se clasifican como no pobres por NBI y Líneas de Pobreza. • Hogares pobres estructurales: Son hogares no pobres por Líneas de Pobreza pero son pobres por NBI. • Hogares pobres coyunturales: Son hogares no pobres por NBI, pero sí lo son por el método de Líneas de Pobreza. • Hogares en pobreza crónica: Son hogares clasificados como pobres en ambos métodos (196).

2.2.4.4 Método Graffar Méndez-Castellanos:

Desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez-Castellanos para Venezuela. Consiste en una estratificación de la población a

partir de las siguientes cinco variables: profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso, y condiciones de alojamiento o de la vivienda (197).

A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos: Estrato I, población con las mejores condiciones de vida; Estrato II, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I; Estrato III, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales. Estrato IV es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores (197). Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales. Finalmente, el Estrato V es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas. Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades.

Considera 4 variables:

1. Procedencia del ingreso
2. Profesión del Jefe de Hogar
3. Nivel de instrucción de la madre
4. Condiciones de alojamiento

Emplea un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala:

- Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos)
- Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos)
- Estrato III: clase media media (10 a 12 puntos)
- Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos)
- Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos)

2.3 Bases Legales

Para lograr el objetivo general de la presente investigación, se realizó una revisión del marco legal en materia de calidad de vida y salud, en este sentido existen acuerdos internacionales y nacionales, todos relacionados con el problema y objetivo en estudio, ya que ambos términos se encuentran íntimamente relacionados y contemplados dentro del marco jurídico legal.

2.3.1 Acuerdos Internacionales

2.3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Los Derechos Humanos, son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Todos los seres humanos nacen con derechos

y libertades fundamentales iguales e inalienables; el enfoque de los derechos humanos, en materia de seguridad social, nivel de vida y educación se ha estipulado explícitamente en los artículos 22, 25 y 26 de la citada Declaración (198).

2.3.2 Marco Nacional

La CDV es tratada en forma directa o indirecta en la legislación venezolana en las siguientes normativas:

2.3.2.1 Constitución Nacional (199):

En el Título III de los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes, Capítulo I a nivel de las Disposiciones Generales contempla en el artículo 19 el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos; mientras que en los artículos 20 y 21 señala que toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de las demás y del orden público y social; del mismo modo en el artículo 21 reza que todas las personas son iguales ante la ley; por otra parte a nivel del Capítulo V relativo a los derechos sociales y de las familias, se contempla la protección del Estado a las familias y a sus miembros en el artículo 75; en su artículo 76 la protección integral a la maternidad; la protección de niños, niñas y adolescentes en el artículo 78; de los ancianos en el artículo 80 y de los discapacitados en el 81;

asimismo el artículo 82 señala que toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica y con los servicios básicos esenciales.

En el artículo 83 se resalta que la salud es un derecho social fundamental que debe ser garantizado por el Estado, como parte del derecho a la vida. Se afirma que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios; término éste altamente asociado con la calidad de vida. Por su parte el artículo 86 sostiene que toda persona tiene derecho a la seguridad social, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.

2.3.2.2 Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (200):

Contempla la seguridad social como un derecho humano y social fundamental e irrenunciable, garantizado por el Estado en su artículo 4. Señala como principios y características del Sistema de Seguridad Social que el mismo será universal, integral, eficiente, de financiamiento solidario, unitario y participativo, de contribuciones directas e indirectas. Planteando en su artículo 52 la creación de un Régimen

Prestacional de Salud y en su artículo 94 el Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, señala que se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus determinantes sociales; la rehabilitación; la educación y prevención de accidentes y enfermedades y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones así como la promoción del trabajo seguro y saludable.

2.3.2.3 Ley de Universidades con su Reglamento (201):

En su Artículo 122 se resalta que las Universidades deben dar protección a sus alumnos y procurarán por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la Universidad organizará sistemas de previsión social para el alumnado, y propenderá a la creación de centros vacacionales y recreativos para los estudiantes, y de acuerdo con sus recursos, prestará ayuda a los alumnos que la requieran.

2.3.2.4 Ley Orgánica de Educación (LOE) (202):

Promulgada por la Asamblea Nacional el 15 de agosto de 2009 y en plena vigencia, en su artículo 33 establece que la educación universitaria tiene como principios rectores fundamentales el carácter público, la calidad y la innovación, el

ejercicio del pensamiento crítico y reflexivo, la inclusión, la pertinencia, la formación integral, la formación a lo largo de toda la vida, la autonomía, la articulación y cooperación internacional, la democracia, la libertad, la solidaridad, la universalidad, la eficiencia, la justicia social, el respeto a los derechos humanos y la bioética, así como la participación e igualdad de condiciones y oportunidades. Estando durante el cumplimiento de sus funciones, abierta a todas las corrientes del pensamiento y al desarrollo de valores académicos y sociales reflejados en sus contribuciones a la sociedad, estando todos estos principios relacionados con la CDV.

2.4 Definición y Operacionalización de Variables

Definición Nominal	Definición Operacional	Indicadores
Edad	**Edad cronológica del individuo**	**Años**
Sexo	**Masculino:** Características anatómicas de los órganos sexuales propios para este sexo (presencia de testículos y pene). **Femenino** Características anatómicas de los órganos sexuales propios para este sexo (presencia de labios mayores y vulva.)	**Masculino** **Femenino**
Motivación (SODEMEM- Cardozo)	**Elección para estudiar medicina**	Primera elección _____ No fue tu primera elección pero fuiste seleccionado____ Estudiabas otra carrera en la que fuiste seleccionado____ Reinicia sus estudios porque había abandonado temporalmente__ Otro _____ ¿Cuál?_____
	Razón principal	8 items
	Influencia	6 items
	Motivos según orientación	6 items

2.4. Definición y Operacionalización de Variables

Definición Nominal	Definición Operacional	Indicadores
Factores Sociodemográficos (SODEMEM-Cardozo y Graffar)	**Becado** **Procedencia** **Estrato Socioeconómico** **Religión** **Familiares médicos** **Estatus Laboral** **Rendimiento académico previo**	Sí___ No___ Municipio_____ I__ II__ III__ IV__V__ Religión _____ Sí__ Parentesco_____No__ Estudia _ Estudia y Trabaja _ Trabaja solo en vacaciones__ Promedio de notas: Matemáticas, Biología, Lengua y literatura, Sociales
Connors-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).	**Persistencia-tenacidad-autoeficacia** **Control bajo presión** **Adaptabilidad y redes de apoyo** **Control y propósito** **Espiritualidad**	0: En absoluto 1: Rara vez 2: A veces 3: A menudo 4: Casi siempre
Cuestionario de Calidad de vida (CCV) de Ruiz y Baca	**Apoyo social** **Satisfacción General, Bienestar físico/psicológico y sobrecarga.**	Nada: 1 Poco: 2 Algo: 3 Bastante: 4 Mucho: 5 **Enunciados de Calificación Inversa:** Ítems: 5-8;11-15 y 25

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

"Todo parece imposible
hasta que se hace".
Nelson Mandela (1918-2013)

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue una investigación enmarcada en el paradigma cuantitativo, a través de lo cual se pretendió hacer una inferencia causal que explicara por qué las cosas suceden o no de una forma determinada (203).

Algunos autores afirman que la matriz epistémica es el trasfondo existencial y vivencial, por tanto es la fuente que origina y rige el modo de conocer mientras el método permite buscar la naturaleza de la realidad mediante técnicas y estrategias apropiadas (204).

Siendo la matriz epistémica de esta investigación, el positivismo lógico, cuyo fundamento es la búsqueda de la objetividad y su fin último explicar la realidad del objeto de estudio y de lo que de él se percibe como cosa real mediante los métodos de la ciencia moderna a través de los pasos del método científico, que sea verificable y generalizable al grupo en estudio (205, 206).

La investigación científica, apoyada en la matriz epistémica positivista, establece que sus hallazgos derivan de la aplicación del método científico, estando avalados por la

autonomía de éstos, en la forma como se consiguieron basada en el empirismo (observación objetiva), y caracterizada por la neutralidad de los métodos de investigación.

Este enfoque desde el punto de vista metodológico está enmarcado dentro del paradigma empírico- analítico; por lo cual el sujeto investigador se separa del objeto de estudio para evitar la subjetividad y se expresa en un lenguaje cuantitativo (205).

El propósito fue describir la realidad existente, sin deformarla, con resultados cuantitativos expresados en variables, indagados a través de la observación directa no participante, por medio de preguntas, con una serie de instrumentos que respondió directamente el sujeto investigado (205).

3.2. Nivel de investigación

En cuanto al nivel, se enmarca dentro del nivel correlacional; basado en la definición de Danhke, citado por Hernández, Fernández y Baptista (203,207), por tanto el propósito fue evaluar la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables; centrándose en medir con precisión las variables individuales (algunas de las cuales se pueden medir con independencia en una sola investigación), además evalúan el grado de vinculación entre dos o más variables. Se planteó por tanto evaluar la relación de la calidad de vida con la motivación por estudiar medicina, la resiliencia y los factores socio-demográficos.

3.3. Diseño de la Investigación

El estudio siguió un diseño no experimental, puesto que no se manipularon las variables en estudio. Los efectos ya se habían producido sin pretender modificar nada (208).

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Universo

Estuvo formado por todos los alumnos de la carrera de medicina de la Universidad de Carabobo sede Carabobo en el año 2017.

3.4.2. Población

En el entendido que la población se refiere al conjunto de todos los casos, objetos o eventos en los que se desee estudiar el fenómeno. Para efectos de esta investigación, la población estuvo constituida por todos los alumnos del tercer año de la carrera de Medicina, de la Escuela de Medicina (sede Carabobo), de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, cursantes durante el año 2017, siendo para esa fecha de 481 estudiantes (203, 209).

3.4.3. Muestra

La muestra es un número determinado de sujetos, que depende en alguna medida del tamaño de la población y fundamentalmente de sus características. Para la obtención de la misma se siguió un muestreo de tipo no probabilístico, circunstancial con voluntarios y la conformaron en el presente estudio los 218 alumnos del tercer año de medicina (45,32% de la población) de la sede Carabobo que aceptaron participar, durante el año 2017 (203,209).

El proceso de selección de la muestra fue de tipo no probabilística y de participación voluntaria, con una precisión de 5% y un nivel de confianza 95%; y quedó conformada por el número de estudiantes, obtenidos a partir de la aplicación de la siguiente fórmula; en virtud de que el tamaño de la población era conocido (210):

$$n = \frac{N}{1 + (N \times P^2)}$$

Donde: n = muestra, N = población, P = precisión (5%)

3.4.4. Criterios de inclusión: Estudiantes de ambos sexos pertenecientes al 3er año de medicina de la Universidad de Carabobo sede Valencia, presentes para el momento en que se aplicó el instrumento, de manera anónima, previo Consentimiento Informado y aprobación del Jefe del Departamento de Salud Pública de la UC, de dicha sede.

3.4.5. Criterios de exclusión: Ser estudiante de otros años de medicina y que no diesen su consentimiento informado al momento de la aplicación de los instrumentos.

3.5. Métodos, técnica e instrumentos de recolección de la información

Previo a la aplicación de los instrumentos se realizó una reunión informativa con los estudiantes, acerca del proceso de la investigación, para que voluntariamente decidieran si participaban en el estudio.

3.6. Consideraciones Éticas

Se incluyeron los estudiantes de ambos sexos pertenecientes al tercer año de la carrera de medicina, previo consentimiento informado y la aprobación de las autoridades del Departamento de Salud Pública de la UC. (Anexo 1).

Los Participantes, que aceptaron intervenir durante el período de enero a diciembre de 2017, en los diferentes ambientes del Departamento de Salud Pública de la UC; una vez recibido el entrenamiento acerca del llenado del instrumento al comienzo de su actividad regular del día. Sin haber utilizado técnicas invasivas. El cuestionario fue realizado de manera anónima para proteger la identidad y respuestas solicitadas, y la base de datos sólo fue utilizada por la investigadora.

En cuanto al basamento bioético de ésta investigación, la misma se realizó cumpliendo lo establecido en los postulados de bioética de la Declaración de Helsinki y Código de Ética Médica.

1) En lo relacionado a los procedimientos de registro y conservación de la información profesional institucional:

a. La Ley del Ejercicio de la Medicina del 2011 (211) de la República Bolivariana de Venezuela, citada en su Título III, Capítulo I, artículo 90: Se entiende por ejercicio de la Medicina Institucional la relacionada con las funciones de atención a la salud, a la docencia

y a la investigación cumplidas por los médicos o médicas al servicio de las instituciones oficiales o privadas, con objeto de atender los problemas de salud de la comunidad.

b. La Ley Orgánica de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, vigente desde 1998, señala en el artículo 69 los derechos de los pacientes, entre los cuales deben recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a su salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa y en caso de extrema urgencia, además tiene derecho a un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona (212).

c. En la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.795 en la que se publica el Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación en el que se dan lineamientos a las comisiones de bioética para dirigir correctamente las investigaciones y el quehacer científico en pro de las normas internacionales en concordancia con el estamento legal existente (213).

2) En cuanto a la investigación en sí misma, se siguen las normas del protocolo de la Declaración de Helsinki para investigaciones biomédicas y el “Código de Ética para la Vida” (214,215).

En el “Código de Ética para la Vida” (215), se sientan las bases bioéticas sobre las cuales debe apoyarse cualquier investigación científica en Venezuela, publicado por el Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias (MPPCTII), y en él se definen los principios filosóficos de responsabilidad, beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y precaución los cuales fueron cubiertos en la presente investigación.

El principio del consentimiento informado es importante en las investigaciones con humanos. Su finalidad es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta solo cuando esta es compatible con sus valores, intereses y preferencias.

Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación y en la investigación, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de la decisión libre, no forzada sobre si participa o no (216).

Éste principio se justifica por el respeto a las personas y sus decisiones autónomas. En el contexto científico, se puede definir el Consentimiento Informado en su acepción más completa, como un acuerdo, producto de un consenso entre actores que de manera voluntaria deciden participar en el logro de metas científicas, basándose en la comprensión clara de toda la información pertinente siendo el objetivo salvaguardar los derechos del (los) sujeto(s) de investigación o de los afectados por la misma.

Por tal razón, toda investigación científica que se realice con seres humanos que pueda afectar sus intereses, debe contar con el Consentimiento Informado (CI) de los involucrados.

Para Núñez y Chongo (217), el "Consentimiento Informado" se define como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante y el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley).

En medicina, el consentimiento informado es un procedimiento médico formal y debe reunir al menos tres de los seis principios que son:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información. Siendo requisito fundamental que el alumno otorgase su consentimiento firmado para participar en el estudio (Anexo 1). Convirtiéndose así el "consentimiento informado" en una herramienta proactiva del investigador, que le permite prevenir, controlar y cuidar la integridad del proceso, y de quien da el consentimiento, pero también de la suya propia y la de su grupo co-investigador, siendo más allá de un simple protocolo, la expresión de una conducta responsable, preventiva y ética por parte del investigador (218).

Para establecer el aspecto sociodemográfico correspondiente a la estratificación social, es necesario recordar que existe el Método de las Líneas de Pobreza, y el mismo al ser un método que toma en cuenta el costo referencial de la Canasta Alimentaria (CA), que contempla los alimentos básicos que cubren los requerimientos calóricos para una familia de 5 personas durante un mes y que es publicado por el Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores (CENDAS-FVM) de acuerdo al mes inmediato anterior a la fecha de la recolección de la muestra; estratificando a la población en: no pobres, pobres no extremos y pobres extremos (192, 194).

Y visto pues el contexto hiperinflacionario que atraviesa el país desde hace aproximadamente 4 años, con una pobreza por ingreso del 87% (219), donde la mayoría de los hogares venezolanos están por debajo de una línea de pobreza inalcanzable, ya que al no estar indizados los salarios, los aumentos de sueldo resultan insuficientes y muy rezagados, además del hecho de que los mismos sólo impactan a los trabajadores del sector formal, se observa como resultado que la escalada inflacionaria logra empobrecer a todos, razón por la que este método de medición ya no segmenta a la población y no resulta confiable como parámetro de estratificación social.

Por estas razones, a los fines de conocer y establecer el estrato social se aplicó como referencia una versión modificada por Méndez, de la escala de Graffar (Anexo 2) para clasificar a la población en estratos sociales, la cual considera 4 variables: procedencia del ingreso, profesión del jefe de hogar, nivel de instrucción de la madre y condiciones de alojamiento, manejando un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos), Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos), Estrato III: clase media (10 a 12 puntos), Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) y Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos) (197).

Toda vez que siendo la muestra estudiada un grupo de estudiantes que poseen un mismo nivel de instrucción y proceden de familias con condiciones de vivienda y de procedencia variable; mediante éste método se podría obtener a través del conocimiento del

grado de instrucción del jefe del hogar qué tanto puede ser la condición de estratificación un elemento coyuntural o estructural.

El segundo instrumento, denominado SODEMEM (Anexo 3) incluyó las variables socio-demográficas (SODE) como la edad, género, la condición de estar becado, Municipio donde se vive, religión, familiares médicos y su parentesco con el estudiante y lugar de procedencia, posteriormente se indagó acerca del perfil académico en estudios de secundaria (promedio de notas de lengua y literatura, ciencias naturales, ciencias sociales y matemáticas) además de efectuar preguntas relacionadas a la elección de la carrera (106), que fueron formuladas según escala tipo Likert.

En concordancia con éste último aspecto, las primeras preguntas indagaron el porqué de la elección de la carrera, incluyendo motivos de logro; las siguientes preguntas examinaron acerca de la influencia que pudieron ejercer en la elección de la carrera, agentes externos como familiares, amigos, medios de comunicación, actividades o contenidos de secundaria, o los docentes. Por último, se pregunta acerca de la orientación por la carrera como la vocación, interés clínico y por la ciencia, interés por la salud pública, estatus social o el estatus económico (motivaciones de índole intrínseca y extrínseca).

Este instrumento fue diseñado según revisiones de otros autores, entre ellos Gámez y Marrero (220), que fue distribuido a los alumnos de la Universidad de La Laguna (Tenerife, España) y se trató de un cuestionario de 45 ítems con alternativas de respuesta

tipo Likert del 1 hasta el 5 indagando las metas y motivos de los estudiantes al elegir la carrera de medicina.

Posteriormente Cardozo (106) lo modificó, de acuerdo a las revisiones hechas en otros estudios y en función a los objetivos planteados en su propia investigación. El mismo fue validado a través del juicio de expertos en el área externos al estudio (validez de contenido), en el que tres especialistas evaluaron la pertinencia, coherencia y redacción de los ítems que componen el instrumento, con el fin de lograr una mayor aproximación a los objetivos planteados por esta; luego se aplicó en una muestra de 30 alumnos, utilizando el alfa de Cronbach con un resultado de 0,84 de confiabilidad.

En cuanto a la Calidad de Vida: El cuestionario de Calidad de vida (CCV) de Ruiz y Baca (75) (Anexo 4) es un cuestionario genérico utilizado para valorar la calidad de vida percibida y está conformado por 39 ítems cada uno con una escala tipo Likert de cuatro puntuaciones, desde 1 que indica que no se presenta la situación y mucho confirmando lo contrario, con gradientes intermedios que se obtienen “poco”, “algo” y “bastante” para denotar presencia o ausencia relativa de la situación en cuestión.

El cuestionario comprende las siguientes cuatro (4) dimensiones: Apoyo social, satisfacción general, bienestar físico/psicológico y distensión laboral/tiempo libre.

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando las puntuaciones directas obtenidas en los ítems, previa inversión de las puntuaciones de los ítems 5-8, 11-15 y 25.

El cuestionario (CCV) tiene excelentes propiedades psicométricas, obteniendo un coeficiente de Cronbach de 0,94, y muy sensible a los cambios y es uno de los pocos instrumentos desarrollados por investigadores españoles en población española, lo que lo hace accesible y comprensible a la muestra con la que se trabajó.

Consta de 35 ítems más otros cuatro a contestar sólo por los sujetos con pareja. Dichos ítems proponen al que responde el cuestionario una serie de afirmaciones respecto a su vida diaria que éste debe calificar de 1 a 5 puntos, equivalentes 1 a *Nada,* 2 a *Poco,* 3 a *Algo,* 4 a *Bastante* y 5 a *Mucho.* Proporciona así una serie de variables que a la hora de corregirse son agrupadas para definir estas cuatro diferentes escalas:

I. Apoyo Social (AS): escala definida por nueve ítems para personas sin pareja (20-28) y cuatro más para las personas con pareja (36-39). Los contenidos específicos de estos ítems hacen referencia al tipo de relaciones que se establecen con la familia y los amigos así como al nivel de soporte social recibido. La puntuación total de esta escala oscilará entre 9 y 45 puntos para las personas sin pareja y entre 13 y 65 puntos para los sujetos con ella.

II. Satisfacción General (SG): escala definida por trece ítems (1, 2, 4, 11, 17-19, 30-35) cuyos contenidos tienen que ver con el grado global de satisfacción percibida desde aspectos relacionados con el interés ante la vida, el trabajo, las actividades desempeñadas, el dinero y la propia forma de ser. Su puntuación final se encontrará entre 13 y 65 puntos.

III Bienestar Físico/Psíquico (BIEN): escala definida por siete ítems (9-15) que centran sus contenidos en la satisfacción con el propio estado de salud y con el nivel autopercibido de salud, energía, sueño, inquietud y angustia. La puntuación que se obtiene de esta escala va a oscilar entre 7 y 35 puntos.

IV. Distensión laboral//tiempo libre (DIST): escala definida por seis ítems (3, 5-8 y 29) que hacen referencia en sus contenidos al grado de actividades placenteras y al tiempo del que el sujeto dispone para el ocio y descanso así como a la relación existente entre estos aspectos y el trabajo o actividad desempeñada habitualmente por el individuo. Su puntuación oscilará entre 6 y 30 puntos.

Con la suma de las puntuaciones obtenidas en estas cuatro escalas se obtiene un quinto valor que representa la puntuación total alcanzada en el cuestionario o Calidad de Vida Global. Su puntuación se encontrará entre 35 y 175 puntos para las personas sin pareja y entre 39 y 195 puntos para aquellas que sí la tengan.

Tanto para este valor como para el de las cuatro escalas mencionadas, más alta puntuación supone mejor situación del sujeto ante los aspectos de su vida que se valoran.

Connors-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) en su versión en español realizada por Bobbes y col. Es una escala que consta de 25 ítems que se responden en una escala de Likert desde que va desde 0 hasta 4, donde 0 significa nada de acuerdo y 4 totalmente de

acuerdo. El rango de la escala va de 0 a 100, no tiene establecido un punto de corte, y a mayor puntuación mayor resiliencia.

El constructo se compone de cinco factores o dimensiones: persistencia-tenacidad-autoeficacia (8 ítems); control bajo presión (7 ítems); adaptabilidad y redes de apoyo (5 ítems); control y propósito (3 ítems) y espiritualidad (2 ítems), cuyo coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach es 0,812.

Para obtener las puntuaciones de cada dimensión se suman las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que pertenecen a cada dimensión, y posteriormente para obtener la puntuación global del test se suman las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, considerándose que las puntuaciones entre 1 y 70 indican nivel bajo de resiliencia, medio entre 71 y 87 y mayor a 88 nivel alto de resiliencia (145).

3.7. Técnicas de análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico PAST 3.20, a través del análisis descriptivo y correlacional. Se corroboró el ajuste de las variables cuantitativas a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se compararon las medianas entre los grupos con las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney (2 grupos) o de Kruskal-Wallis (más de dos grupos) según correspondía. Se buscó correlación con los coeficientes de correlación de Pearson (R) y Spearman (Rho). Se

exploró la asociación entre variables cualitativas con el test exacto de Fisher para tablas tetracóricas. Se asumió un nivel de significancia de $P<0,05$ para todas las pruebas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La mayor gloria no es nunca caer,
sino levantarse siempre
Nelson Mandela (1918-2013)

4.1 Presentación, análisis e interpretación de los resultados

Cuadro 1. Aspectos socio-demográficos según sexo, edad, condición de becado y religión de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	**f**	**%**
Femenino	146	67,0
Masculino	72	33,0
Grupo de edad		
18-22 años	187	85,8
23-27 años	20	9,2
28-32 años	8	3,7
33-37 años	3	1,4
Becado		
No	173	79,4
Sí	45	20,6
Religión		
Católica	179	82,1
Cristiana	17	7,8
Evangélica	5	2,2
Ateo	3	1,4
Agnóstica	3	1,4
Mormón	2	0,9
Musulmán	1	0,5
No precisa	6	2,8
Ninguna	2	0,9
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: De los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario se encontró respecto al sexo, que el 67,0% correspondieron al femenino y 33,0% al masculino. Predominio en la muestra de estudiantes de sexo femenino, con diferencia estadística significativa (Z= 6,99; P= 0,00).

En cuanto a la edad de los sujetos integrantes de la muestra en estudio, se pudo determinar que el mayor porcentaje (85,8%) se ubicó entre los 18 y 22 años seguido de 9,2% entre 23 y 27 años; luego 3,7% entre 28 y 32 años. Un 1,4% de estudiantes tenían entre 33 y 37 años; la mediana de la edad fue: 20,00 años; el valor mínimo: 18 años, valor máximo: 36 años; Percentil 25: 20,00 años; Percentil 75: 21,00 años. Siendo el predominio del grupo de edad de entre 18 y 22 años, estadísticamente significativo (Z= 14,85; P= 0,00).

Los resultados correspondientes a la situación del estudiante determinan que el 79,4% de los estudiantes no está becado; el resto sí lo está; encontrándose diferencia estadísticamente significativa (Z= 12,16; P= 0,00).

De los resultados correspondientes a la religión, se puede evidenciar que el 82,1% de los estudiantes profesan la religión Católica; el 7,8% Cristiana; 2,2% son evangélicos; 1,4% son ateos e igual porcentaje Agnósticos; presentando el mismo comportamiento quienes no profesan religión y la religión Mormón con un 0,9% cada uno; luego en menor porcentaje (2,8%) no precisa; finalmente la religión Musulmán, con 0,5%. El predominio de la religión Católica resultó estadísticamente significativo (Z= 13,31; P= 0,00).

.

Cuadro 2. Aspectos socio-demográficos según la procedencia y lugar de residencia de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Procedencia	**f**	**%**
Urbana	212	97,2
Rural	4	1,8
No contestó	2	0,9
Lugar de Residencia		
Valencia	70	32,0
Naguanagua	51	23,4
San Diego	43	19,7
Libertador	10	4,6
Puerto Cabello	9	4,0
Guacara	8	3,7
Bejuma	3	1,4
San Joaquín	3	1,4
Montalbán	2	0,9
Carlos Arvelo	2	0,9
Los Guayos	2	0,9
Miranda	1	0,5
Chirgua	1	0,5
Cojedes	9	4,2
Yaracuy	2	0,9
No contestó	2	0,9
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: Según los resultados correspondientes a la procedencia 97,2% proviene del área urbana y sólo 0,9% no contestó la pregunta; mientras que en relación al Lugar de Residencia de los estudiantes el mayor porcentaje (32,1%) se ubica en el Municipio Valencia; el 23,4% viven en Naguanagua; 19,7% en San Diego; 4,6% en Libertador; mientras que Puerto Cabello 4,0%; y otros estados como Cojedes y Yaracuy 4,2% y 0,9% respectivamente.

Cuadro 3. Distribución según el estrato social de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Estrato Social	F	%
Estrato I	78	35,8
Estrato II	88	40,4
Estrato III	41	18,8
Estrato IV	8	3,7
Estrato V	0	0
No contestó	3	1,4
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: Los estudiantes fueron agrupados según el método Graffar modificado en: Clase Alta (Estrato I), clase media alta (Estrato II), clase media baja (Estrato III) y clase obrera (Estrato IV); esto se debe a que no se encontraron, en la presente investigación, estudiantes que reunieran el puntaje para clase marginal (Estrato V).

Según lo mencionado, de los resultados se observó que el 76,2% de los estudiantes ***perteneció a un estrato social alto***; el estrato social III (clase media baja) fue de 18,8%; por último el estrato social IV (clase obrera) sólo obtuvo 3,7% del total de estudiantes.

Como puede advertirse, el estrato social más frecuente en los estudiantes fue Clase media alta; sin embargo las condiciones por las que atraviesa la sociedad venezolana en la actualidad hacen pensar que tal situación obedece al resultado de la movilidad social alcanzada por los ciudadanos previa a la crisis actual que se vive en el país, lo cual puede

servir de piso para los ciudadanos con lo que aún puedan mantener ciertas opciones de soporte socioeconómico.

Cuadro 4. Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Elección para estudiar medicina. Campus Bárbula, 2017.

Elección para estudiar medicina	F	%
Fue la primera elección	164	75,2
No fue primera elección, fue seleccionado	21	9,6
Viene de estudiar otra carrera	13	6,0
Está reiniciando estudios	3	1,4
Otras razones	16	7,3
No contestó	1	0,5
Total	**218**	**100**

Interpretación: La distribución de frecuencias con respecto a la elección para estudiar medicina, encontró que fue la ***primera elección*** (75,2%); bajos porcentajes se ubicaron en los que no tomaron la carrera como primera elección pero fueron seleccionados (9,6%); los que vienen de estudiar en otra carrera (6,0%); además de los estudiantes que en un muy bajo porcentaje (1,4%) estaban reiniciando sus estudios porque habían abandonado temporalmente; el 7,3% dijo que existieron otras razones para su elección; al comparar los porcentajes se encontró diferencia estadísticamente significativa (Z= 10,44; P= 0,00).

Cuadro 5. Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Razón Principal para estudiar medicina. Campus Bárbula, 2017.

Razón	Escala de Likert (SODEMEM).					NC
	ED	PA	PS	DA	MDA	
Ganar más	39 (17,9%)	27 (12,4%)	69 (31,6%)	42 (19,3%)	36 (16,5%)	5 (2,3%)
Sociedad	33 (15,1%)	49 (22,5%)	29 (13,3%)	61 (28,0%)	37 (17,0%)	9 (4,1%)
Tradición familiar	122 (56,0%)	29 (13,3%)	34 (15,6%)	20 (9,2%)	9 (4,1%)	4 (1,8%)
Posibilidad de empleo	20 (9,2%)	8 (3,7%)	38 (17,4%)	58 (26,6%)	88 (40,3%)	6 (2,8%)
Autorrealización	7 (3,2%)	4 (1,8%)	9 (4,1%)	49 (22,5%)	147 (67,5%)	2 (0,9%)
S/Trabajo	151 (69,3%)	24 (11,0%)	17 (7,8%)	10 (4,6%)	12 (5,5%)	4 (1,8%)
Deber	92 (42,2%)	26 (11,9%)	25 (11,4%)	32 (14,7%)	37 (17,0%)	6 (2,8%)

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: En desacuerdo (ED); Poco acuerdo (PA); Podría ser (PS); De acuerdo (DA); Muy de acuerdo (MDA). No contestó (NC).

Interpretación: Los resultados correspondientes a la razón principal para estudiar medicina en la Universidad, determina que 78,3% de los estudiantes de la UC, están ***muy de acuerdo en estudiar una carrera universitaria por autorrealización y la posibilidad de empleo.*** Resultando muy similares los valores obtenidos en relación a la sociedad, el deber y ganar más. Sin embargo, 4,1% estuvo en desacuerdo con estudiar por tradición familiar.

Cuadro 6. Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Influencia en la elección. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Influencia	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Total-mente	No contestó
Padres /familia	33 (15,1%)	22 (10,1%)	49 (22,5%)	67 (30,8%)	45 (20,6%)	2 (0,9%)
Amigos	84 (38,5%)	36 (16,5%)	48 (22,0%)	34 (15,6%)	13 (6,0%)	3 (1,4%)
Medios de comunicación	108 (49,6%)	34 (15,6%)	45 (20,6%)	19 (8,7%)	8 (3,7%)	4 (1,8%)
Contenidos secundaria	32 (14,7%)	24 (11,0%)	56 (25,7%)	71 (32,5%)	32 (14,7%)	3 (1,4%)
Prof. secundaria	76 (34,9%)	28 (12,8%)	59 (27,1%)	44 (20,1%)	6 (2,8%)	5 (2,3%)

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: De los resultados obtenidos se desprende que para los estudiantes del 3º año de la Escuela de Medicina encuestados, Universidad de Carabobo, para ***nada influyeron los medios de comunicación*** (49,6%) en la decisión de seguir su carrera, así como los amigos y profesores del nivel medio. Sus padres y/o familiares así como los contenidos de secundaria influyeron totalmente o para nada casi en la misma proporción.

Cuadro 7. Distribución porcentual de los resultados. Variable: Motivación. Dimensión: Motivos según la Orientación por la carrera. Campus Bárbula, 2017.

Motivos	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Total-mente	No contestó
Vocación de servicio	6 (2,6%)	6 (2,6%)	8 (3,7%)	88 (40,4%)	107 (49,1%)	3 (1,4%)
Interés clínico/ciencia	2 (0,9%)	1 (0,5%)	8 (3,7%)	89 (40,8%)	116 (53,2%)	2 (0,9%)
Salud Pública	10 (4,6%)	9 (4,1%)	63 (28,9%)	90 (41,3%)	42 (19,3%)	4 (1,8%)
Estatus social	43 (19,7%)	34 (15,6%)	74 (34,0%)	49 (22,5%)	14 (6,4%)	4 (1,8%)
Estatus económico	34 (15,6%)	27 (12,4%)	71 (32,6%)	65 (29,8%)	17 (7,8%)	4 (1,8%)

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: En cuanto a la orientación de la carrera, los estudiantes del 3º año de la Universidad de Carabobo, concuerdan que el motivo que totalmente le impulsó a elegir la carrera de medicina fue el interés clínico por la ciencia (53,2%) seguido de la vocación de servicio (49,1%), mientras que 19,3% dicen que la salud pública los impulsó bastante; sin embargo, mostraron poco interés por el status económico y social, (7,8% y 6,4% respectivamente).

Cuadro 8. Factores Socio-demográficos correspondientes a familiar médico de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Familiar Médico	f	%
SÍ	105	48,2
NO	113	51,8
Total	**217**	**100,0**

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: De los resultados correspondientes a tener un familiar médico, poco más de la mitad (51,8%) negó tener familiares médicos bien sea tíos, padre, hermana, abuelos, primos, en tanto que 48,2% aseveró esta condición. No hubo diferencia estadísticamente significativa (Z= 0,67; P= 0,2513).

Cuadro 9. Estratificación socio-económica del estado laboral de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Estado Laboral	f	%
Solo Estudia	168	77,1
Estudia y trabaja	29	13,3
Trabaja solo en vacaciones	21	9,6
Total	**218**	**100,0**

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: Según los resultados se puede afirmar que los estudiantes en 77,1% sólo estudian; el 13,3% estudian y trabajan y 9,6% trabajan solo en vacaciones; destacándose un mayor porcentaje de quienes sólo estudian, con diferencia estadísticamente significativa (Z= 11,21; P= 0,00).

Cuadro 10. Estratificación del promedio de notas (secundaria) de los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Materia	Promedio (puntos)
Ciencias Naturales	18,68
Ciencias Sociales	18,15
Matemáticas	17,59
Lengua e Idiomas	18,06

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: De acuerdo a los resultados, los estudiantes durante el último año de secundaria obtuvieron un promedio igual o superior a los 18 puntos en las asignaturas de Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, y Lengua e Idiomas, sólo en la Asignatura de Matemáticas el promedio fue un poco menor a los 18 puntos; no obstante la puntuación máxima fue de 20 puntos en todas las asignaturas.

Cuadro 11. Matriz de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de motivación extrínseca e intrínseca en los estudiantes varones. Campus Bárbula, 2017.

Variables	R	P
Vocación de Servicio - Interés clínico y por la ciencia	0,398	**0,000***
Vocación de Servicio - Salud Pública	0,386	**0,000***
Interés clínico y por la ciencia - Salud Pública	0,307	**0,004***
Salud Pública - Estatus económico	0,303	**0,005***
Salud Pública - Estatus social	0,717	**0,000***

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

*P<0,05

Interpretación: Como puede comprobarse, en los estudiantes varones la variable "***Salud Pública*** " constituye casi la única variable que se correlaciona positivamente y de manera estadísticamente significativa con el resto de las variables, guardando relación con los diferentes tipos de metas que persiguen los estudiantes; a ésta le sigue la vocación de servicio la cual se encuentra correlacionada positivamente con el interés clínico y por la ciencia y con la propia salud pública. Por tanto se puede pensar que el elemento altruista en los estudiantes varones en estudio constituye una característica importante de los mismos.

Cuadro 12. Matriz de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de motivación extrínseca e intrínseca en los estudiantes hembras. Campus Bárbula, 2017.

Variables	R	P
Vocación de Servicio - Interés clínico y por la ciencia	0,247	**0,001***
Vocación de Servicio - Salud Pública	0,331	**0,000***
Interés clínico y por la ciencia - Salud Pública	0,348	**0,000***
Salud Pública - Estatus económico	0,162	**0,025***
Salud Pública - Estatus social	0,756	**0,000***

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

*P<0,05

Interpretación: En cuanto al grupo de estudiantes hembras el comportamiento observado en la matriz de correlaciones resulta similar al de los varones, aún cuando la correlación entre las variables salud pública y estatus económico posee una menor significancia estadística a la comprobada en este mismo nivel en los estudiantes varones.

Cuadro 13. Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Calidad de vida Global	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DE
Total	217	134	117	146	50	180	131,19	21,75

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; $P7_5$: Percentil 75; $\bar{X}$: Promedio; DE: Desviación estándar.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, al evidenciarse una desviación estándar tan elevada, se presume que la gran diferencia entre los valores

extremos alcanzados pudiera representar una acentuada dispersión de los datos; lo cual queda descartado al comparar la misma con el valor de la mediana obtenido.

Cuadro 14. Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según la condición de tener pareja. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Pareja	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo
Sí	100	144,5	135,0	156,0	50	180
No	117	120,0	109,0	137,0	72	163

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.

Interpretación: Según los resultados obtenidos al correlacionar la calidad de vida global con la condición de tener pareja se puede afirmar que los valores de la mediana, P_{25} y P_{75} resultan ser superiores a los encontrados en el grupo de estudiantes sin pareja, similar resultó el comportamiento en cuanto a la puntuación máxima de la Calidad de Vida Global que alcanzan los estudiantes que poseen pareja.

Cuadro 15. Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según sexo y grupo de edad. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	P
Femenino	145	132	115,5	145,5	75	169	0,5
Masculino	72	136,5	117,25	151,0	50	180	
Edad (años)							
18-22	186	134,5	117	148	50	180	0,51
23-27	20	123	114,25	140,75	79	174	
28-32	8	140	123,75	149,5	113	156	
33-37	3	143	112	143	112	147	

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.

Interpretación: Al analizar los resultados obtenidos en la "***Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo y grupo de edad***", los valores obtenidos en la mediana, P_{25} y P_{75} de los varones, todos resultan superiores a los encontrados en las hembras a excepción del valor mínimo aún cuando no hubo diferencias estadísticamente significativas al realizar la prueba de Mann-Whitney (P= 0,50). Por otra parte en cuanto a los grupos de edad, se observa que en el grupo correspondiente a las edades de 28-32 los valores de la mediana, P_{25}, P_{75} y valor mínimo, todos fueron visiblemente mayores a los obtenidos en el resto de los grupos a excepción del valor máximo el cual resultó mayor en el grupo de 18-22 años, seguido del grupo de 23-27 años ocupando el grupo de 28-32 años el menor puntaje, siendo P= 0,51.

Cuadro 16. Calidad de vida global de los estudiantes de tercer año de medicina según las dimensiones que la integran. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Dimensión	**Apoyo Social**						
Pareja	**n**	**Md**	**P_{25}**	**P_{75}**	**Mínimo**	**Máximo**	**P**
Sí	100	53	20	59	12	65	**0,000***
No	117	37	33	40	15	67	
Total	217	39	33	52,5	12	65	
Dimensiones							
Satisfacción General	217	50	44	55	14	64	
Bienestar físico/psíquico	217	29	25,5	34	8	54	
Distensión Laboral/Tiempo Libre	217	15	11	18	2	30	

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.
*P<0,05

Interpretación: Para la "***Calidad de vida global según las dimensiones que la integran"*** se evidencia que los valores obtenidos en la Md y P_{75} de los estudiantes con pareja en la dimensión apoyo social, resultan superiores a los alcanzados por los estudiantes sin pareja e incluso el grupo total; por otra parte vale la pena destacar que los valores mínimos y máximos del grupo con pareja coinciden con los alcanzados por el total del grupo; siendo evidentes las diferencias estadísticamente significativas (P= 0,00).

A pesar de que en los estudiantes sin pareja resultaron inferiores la mediana y P_{75}, estos obtuvieron el mismo valor que el total del grupo en el P_{25}, llegando a sobrepasar a los estudiantes con pareja y el grupo completo en los valores máximo y mínimo. Después del

Apoyo Social, la Satisfacción General resultó ser la dimensión de la Calidad de Vida con los mayores puntajes, mientras que la Distensión Laboral/Tiempo Libre tuvo los menores puntajes.

Cuadro 17. Calidad de vida en la dimensión de apoyo social de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo y la condición de tener pareja. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Dimensión	**Apoyo Social**						
Con Pareja	**n**	**Md**	**P_{25}**	**P_{75}**	**Mínimo**	**Máximo**	**P**
Femenino	65	52	20	56,5	12	64	**0,046***
Masculino	35	55	45	60	12	65	
Sin pareja							
Femenino	80	36	34	40	21	57	0,163
Masculino	37	37	29,5	40	15	45	

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.
*P<0,05

Interpretación: Para la "***Calidad de vida en la dimensión de apoyo social según el sexo y la condición de tener pareja",*** se puede observar que el grupo sin pareja fue mayor que aquel que poseía pareja; del mismo modo del grupo con pareja fueron los varones quienes alcanzaron los puntajes mayores de Calidad de Vida en todos los estadísticos descriptivos a excepción del correspondiente al valor mínimo donde coincide con el grupo de las hembras, siendo las diferencias estadísticamente significativas (P= 0,046).

Por su parte el grupo sin pareja presentó un comportamiento más variable aún cuando los puntajes en los valores mínimos y máximos resultaron mayores en las hembras sin predominio estadísticamente significativo. Todo esto puede hacer pensar que para los varones el tener pareja resulta un elemento importante y coadyuvante para su calidad de vida mientras que para las hembras no resulta así.

Cuadro 18. Calidad de vida en la dimensión de satisfacción general de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	P
Femenino	145	50	45	55	23	64	0,113
Masculino	72	48	43	53	14	63	

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.
Mann-Whitney: P = 0,113

Interpretación: Al comparar la "***Calidad de vida en la dimensión de satisfacción general de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo"***, se aprecia que en las estudiantes de sexo femenino todos los valores en los estadísticos descriptivos son discretamente mayores que los reflejados por los estudiantes de sexo masculino; por tanto no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (P= 0,113).

Cuadro 19. Calidad de vida en la dimensión de bienestar físico/psíquico de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	P
Femenino	145	29	25,50	34	8	54	0,89
Masculino	72	30	25,25	33	12	43	

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.

Interpretación: Del mismo modo al analizar los resultados obtenidos en la "***Calidad de vida en la dimensión de bienestar físico/psíquico de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo"***, se distingue un comportamiento similar al encontrado en la dimensión de la Satisfacción General con excepción de los valores mínimos y máximos donde los estudiantes del sexo masculino registraron valores superiores a las estudiantesen el valor máximo y las estudiantes en el valor mínimo; no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (P= 0,89).

Cuadro 20. Calidad de vida en la dimensión de distensión laboral/tiempo libre de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	P
Femenino	145	14	11	17	2	25	0,09
Masculino	72	15,5	12	20	6	30	

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.

Interpretación: Al comparar los resultados en la "***Calidad de vida en la dimensión de distensión laboral/tiempo libre de los estudiantes de tercer año de medicina según el sexo"*** se considera que los mismos difieren a los observados en las dimensiones de Satisfacción General y Bienestar físico/psíquico**,** esto debido a que en esta dimensión los estudiantes de sexo masculino lograron obtener puntuaciones mayores en todos los valores a los verificados en el sexo femenino, aunque tales diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas (P= 0,09).

Cuadro 21. Calidad de vida global en la dimensión de apoyo social de los estudiantes de tercer año de medicina según la condición de tener pareja y grupo de edad. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Con pareja	n	Md	P_{25}	P_{75}	Mínimo	Máximo	P
18-22	81	53	20	59	12	65	
23-27	11	47	20	55	19	63	
28-32	7	58	20	59	19	60	0,74
33-37	1	53	53	53	53	53	
Sin Pareja	**n**	**Md**	**P_{25}**	**P_{75}**	**Mínimo**	**Máximo**	**P**
18-22	105	36	33	40	15	57	
23-27	9	37	36	40,5	29	41	
28-32	1	45	45	45	45	45	0,30
33-37	2	37,5	35	37,5	35	40	

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Siglas: Md: Mediana; P_{25}: Percentil 25; P_{75}: Percentil 75.

Interpretación: Para la "***Calidad de vida global en la dimensión de Apoyo Social de los estudiantes de tercer año de medicina según la condición de tener pareja y grupo de edad"***, se puede advertir que en el grupo de estudiantes con pareja los valores de la mediana, P_{75} y valor máximo fueron superiores en todos los grupos de edades, no obstante en el grupo de estudiantes sin pareja se apreció que todos los puntajes fueron mayores en cuanto al P_{25} y los valores mínimos en todos los grupos de edades; sin embargo tal comportamiento no tuvo significancia estadística (P> 0,05).

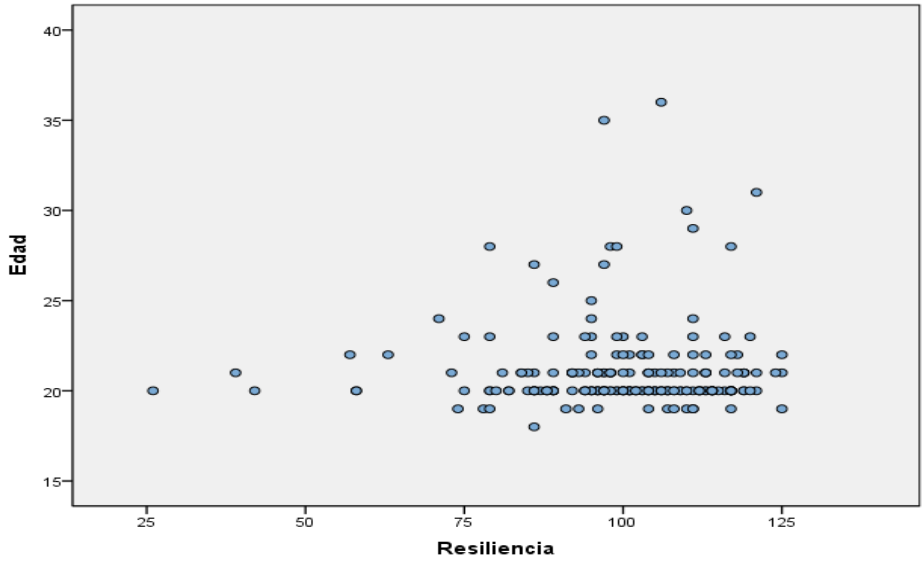
Cuadro 22. Niveles de resiliencia de los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Nivel de resiliencia	f	%
Bajo	7	3,2
Medio	26	11,9
Alto	169	77,5
No contestó	16	7,3
Total	218	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Interpretación: Para los ***"Niveles de resiliencia de los estudiantes de tercer año de medicina"***, se puede indicar de acuerdo a los resultados obtenidos para la resiliencia que más de las tres cuartas partes de los estudiantes (77,5%) tienen una resiliencia alta y sólo el 3,2% tuvo niveles bajos de resiliencia; 7,3% de los estudiantes no contestó la pregunta.

Gráfico 1. Correlación entre resiliencia y edad en los estudiantes de tercer año de Medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.



Fuente: Cuadro 22.
Rho = -0,03; P = 0,963

Interpretación: En el Gráfico 8 al correlacionar la resiliencia y la edad en los estudiantes de tercer año de medicina se puede apreciar que prácticamente no existió correlación entre la edad y los niveles de resiliencia.

Cuadro 23. Asociación entre sexo y nivel resiliencia en los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Sexo	Nivel de Resiliencia		Total
	Bajo	Medio/Alto	
Masculino	5	60	65

Femenino	2	135	137
Total	7	195	202

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Test exacto de Fisher: **P = 0,03**

Interpretación: Los resultados presentados en el Cuadro 23, determinan que hubo una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de resiliencia en los estudiantes de tercer año de Medicina en estudio.

Cuadro 24. Asociación entre estrato social y resiliencia en los estudiantes de tercer año de medicina. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Estrato Social	Nivel de Resiliencia		Total
	Bajo	Medio/Alto	
Estrato I / II	6	151	157
Estrato III / IV	1	41	42
Total	7	192	199

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Test exacto de Fisher: P = 0,45

Interpretación: Se evidenció que no existe asociación con significancia estadística entre el estrato social y la resiliencia de la muestra estudiada (Cuadro N° 24).

Cuadro 25. Asociación entre Calidad de Vida Global y Resiliencia Global de los estudiantes de tercer año de Medicina según la condición de tener pareja. Universidad de Carabobo. Campus Bárbula, 2017.

Pareja	Rho	P
Sí	0,737	**0,000***
No	0,483	**0,004***

Fuente: Datos obtenidos en la Investigación

*P< 0,05

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos al asociar la Calidad de Vida Global y Resiliencia Global de los estudiantes en estudio, se obtuvo entre los estudiantes con pareja, una asociación positiva media y estadísticamente significativa entre las mismas, y entre los estudiantes sin pareja, una correlación de menor intensidad y con significancia estadística (P< 0,05).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

No es grande el que nunca falla,
sino el que nunca se da por vencido
Paulo Coelho *(1947)*

En este segmento se destacan los resultados que con el desarrollo del capítulo se irán mencionando. En primera instancia se discuten las variables socio-demográficas para posteriormente pasar a las variables motivacionales, de calidad de vida y resiliencia. Dichos resultados del estudio proporcionan algunas deducciones interesantes según los modelos de Maslow y Rogers, en la búsqueda de relación con la satisfacción de las necesidades y autorrealización personal, enmarcado en el entorno de la muestra estudiada. Igualmente, ha permitido el logro de los objetivos resultando coherentes con los hallazgos de otros autores.

Para la variable sexo, Cardozo, así como Verde y cols., encontraron un predominio del sexo femenino. En este sentido, la incorporación de la mujer al mundo laboral y universitario en todas las carreras, es una circunstancia que podría explicarla, de hecho Verde y cols, en su trabajo expuso las razones por las cuales, las mujeres eligen ciertas carreras (106, 221-224).

Asimismo algunos investigadores como Harmon citado por Betz, han tratado de desarrollar análisis que ayuden a explicar el desarrollo profesional de las mujeres; el mismo propuso que las profesiones de las mujeres podrían explicarse, al menos en parte por la aplicación de la teoría de Maslow sobre la motivación humana. Por su parte, Candela C en el 2007, señaló como conclusión principal en su estudio que las actividades que resultan más acordes con los tradicionales roles sociales de género determinan las diferencias entre hombres quienes eligen carreras técnicas, y mujeres quienes prefieren carreras sociales y de humanidades en la elección de la profesión (el deseo de servicio a la sociedad y la vivencia de experiencias médicas) (106, 225, 226).

Igualmente ocurrió para la variable edad ya que lo encontrado concuerda con los trabajos de Herreros y cols. y Cardozo, esto en cuanto a que describieron como edad mínima los 18 años y el predominio de edades entre 18 a 22 años en su mayoría, en cuanto a la edad, la media reportada por Camargo D correspondió a la mediana encontrada en el presente estudio (106, 222, 227).

Otra variable estudiada fue el hecho de que los estudiantes contaran con becas para sus estudios. Ello con la finalidad de conocer si el Estado a través de la Universidad, da respuesta con becas al grupo de estudiantes cuyo estrato socioeconómico pondría en riesgo el culminar con su carrera, coadyuvando al menos en parte, la satisfacción de las necesidades del primer escalón en la jerarquía de Maslow.

Del mismo modo se indagó el lugar de residencia para conocer si los estudiantes requieren de mucho esfuerzo para llegar al sitio de estudio, lo cual pudiese desmotivarlos observándose que cerca del 80% se residencia en los tres principales municipios de la Gran Valencia (228). En cuanto a la condición de becado, se aprecia que el porcentaje más relevante se ubica en los no becados, lo cual era de esperarse ya que poco más de las tres cuartas partes corresponde al estrato social I y II, en concordancia con lo anterior existen algunos autores de otras latitudes que encontraron que en las muestras estudiadas, la mayoría provenían de clases sociales altas, medio altas o clase media (106, 229- 232).

Resulta importante destacar que la variable antes mencionada (estrato social) pudiera establecer una correspondencia positiva con respecto a la percepción de la calidad de vida y la resiliencia, aún cuando no resulte significativa (31, 233); al respecto Arteaga en el año 2017 aseveró que hubo un comportamiento similar para los estudiantes del tercer año del ciclo básico de Medicina, ya que ambos sexos se ubicaron fundamentalmente en los estratos II (moderada calidad de vida) y III (baja calidad de vida), con proporciones de 77,4% y 73,7% respectivamente (234).

No obstante, en la muestra existe un mayor porcentaje de estudiantes (77,1%) que sólo estudian. Al respecto, Cardozo, encontró que en su muestra, 77,8% solo estudian, 13,5% estudian y trabajan, en tanto que solo 20,8% recibe ayuda económica mediante becas, cifra prácticamente igual a la encontrada en esta muestra (106).

El rendimiento académico previo al ingreso a la universidad, fue muy bueno, muy cercano a los promedios descritos por el estudio de Sánchez y Álvarez, y en el de Cardozo, que encontró que en casi 90% de los analizados, tuvieron un promedio igual o superior a 17,5 puntos en la escala del uno al veinte (muy bueno) y de dieciocho en todas las asignaturas respectivamente (106, 235).

En este orden de ideas, se coincide con lo citado por Cardozo (106), en su investigación, con relación al trabajo de Ortega y Ruano (236), donde señala que los mismos " afirman que el alto desempeño estudiantil está asociado a pertenecer a clases sociales más privilegiadas, acorde a lo observado en el grupo estudiado. Será acaso que, al encontrarse satisfechas sus necesidades primarias, la motivación hacia las de segundo orden según los niveles jerárquicos de la pirámide de Maslow es lo que prevalece en estos grupos. No obstante, también se puede asumir que la carencia en la satisfacción de ellas, en un mundo globalizado donde casi nada es suficiente, podría ser lo que esté influyendo en que los sujetos tengan una mayor tendencia hacia la motivación extrínseca. Estas dudas quedan para futuras exploraciones en esta línea de investigación".

En relación con lo anterior Treviño, Hauad, De La Cruz, Zárate (237) plantean que es necesario esforzarse en seleccionar para el ingreso a la carrera de medicina, no solo a los estudiantes de mayor potencial académico, sino que una vez ingresado se debe fomentar en ellos durante su formación el brindar una atención con calidad humana equilibrando la solución de las necesidades del futuro médico con las necesidades de la población a la que van a atender.

Siendo así, para Wilber, la espiritualidad y la religiosidad son características de la psiquis humana, y requisito importante en la práctica médica y la capacidad de resiliencia de los individuos cualquiera sea su situación. En este mismo orden de ideas, se indagó sobre la religión encontrando para la muestra, que la mayoría manifestó ser católicos, coincidiendo con las publicaciones de Cardozo aún cuando existió una diferencia cercana al 5% entre ambos resultados (37, 106, 238).

La variable religión es importante estudiarla dado que el médico en su ejercicio profesional, enfrenta decisiones de orden ético, moral y religioso, en algún momento de la aplicación de tratamientos o juicios de vida. Manifiestan Sosa, así como Cardozo y cols., que al médico se le prepara para considerar mucho más los aspectos biológicos, que el hecho psicológico o espiritual de las personas. Acaso no todos los que se sienten inclinados a cursar estudios en medicina, se inscriben en ella porque se trata de contar con una serie de atributos internos y externos que no siempre estarían presentes en los individuos (239,240).

En revisiones realizadas al respecto Raja, Gala, González, Lupiani, Guillén y Alba, en su trabajo titulado: Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte, afirman que el nivel de prácticas religiosas, aumentan con la edad, y aunque la edad de dicho estudio resultó muy alta respecto a la de la presente investigación; y asumiendo los resultados de Lawrence y Curlin se podría inferir que los más religiosos en el presente estudio estarían más dispuestos a elegir la medicina como carrera, con fines altruistas y de ayuda al enfermo, pero dándole menor valor a los deseos

expresados por sus pacientes, imperando los conocimientos adquiridos, sobre la internalidad del paciente acerca de su enfermedad (241,242).

En este mismo sentido el artículo presentado por Castro (243) en la página web de tendencias sobre la base de un estudio llevado a cabo en un grupo de 2.000 médicos de los Estados Unidos, refleja cómo las creencias religiosas influyen en la práctica médica, dado que 140 millones de norteamericanos no se benefician de todas las posibilidades de la medicina por las actitudes religiosas de sus médicos, planteándose por tanto un gran debate social lo que podría resultar una característica importante a revisar en la línea de investigación sobre estudiantes de medicina.

Ante el hecho o posibilidad de estudiar medicina, el valor, significado y trascendencia que le dan los grupos sociales más cercanos al individuo durante su niñez y adolescencia, (la familia, amigos, personas del entorno social como los docentes) pareciera explicar, según Hall citado por García; el porqué con frecuencia, los médicos vienen de familias de médicos (244).

Del mismo modo, Curione; Míguez describen que algunos motivos que podrían a conducir a la elección de estudiar medicina son la ayuda humanitaria a la sociedad, además que resulta agradable la ciencia médica, investigar, la búsqueda de un estatus social elevado, el posible cumplimiento de una misión internacionalista, así como la influencia familiar, los que incluso se constituyen en aspectos susceptibles a cambios durante el transcurso de la carrera. Sumado a lo anterior, Jaquinet, Rivero y Garnache. destacan el

papel de la motivación en los estudiantes de medicina así como lo que los docentes son capaces de trasmitir y puedan alcanzar en las actividades que realizan durante el proceso docente educativo para de esta forma poder lograr las metas trazadas (245,246).

Al respecto, Cardozo y cols., reportan un porcentaje de 44,9% para los estudiantes que tenían algún familiar trabajador en el área de la salud, aproximándose dichas cifras a la encontrada en esta muestra (48,2%) (106).

Con todo, no solo se trata de conocer cuáles de los estudiantes tienen padres o familiares con carreras en el área de la salud, sino si tuvieron influencia en la motivación para estudiar la carrera, que otros autores indagaron entre ellos, Cardozo y Senler y Sungur, entre el 2008 y 2009. Por ejemplo, en el estudio de Senler y Sungur, realizado a 502 escolares, evaluaron variables en el contexto familiar y económico, como el nivel de estudios del padre y la madre, analizados por Cardozo y en ésta investigación a través del Graffar. Ambos sugieren que la implicación de la familia está directamente relacionada con el valor de la tarea y los logros de los alumnos de primaria, siendo que el nivel de estudios del padre y de la madre se relacionó positivamente con el valor de tarea del alumno y el logro en ciencias del estudiante (109, 247).

De ahí la importancia de identificar el nivel educativo de los padres con las variables emocionales, motivacionales y de estímulo que pudieran estar presentes al momento de elegir una carrera; éste aspecto es abordado en el Graffar y resulta un elemento importante al encontrarse más del 80% de la población venezolana en niveles de pobreza ya

que el mismo puede orientar al momento de diferenciar entre una pobreza coyuntural y una pobreza estructural; no obstante, esta variable no fue analizada en profundidad como tal, lo cual abre espacio a otras investigaciones a plantearse.

Es importante resaltar, que con respecto al ámbito familiar y la motivación, cuando los padres utilizan recompensas extrínsecas, sus hijos como estudiantes, son más propensos a desarrollar la motivación extrínseca, mientras según González los alumnos tienden a asumir la responsabilidad personal de su aprendizaje, si sus padres participan proporcionando estímulo y elogios, además del impacto que tienen las aspiraciones de los padres sobre la motivación de sus hijos (248-250).

Igualmente Jaquinet, Rivero y Garnache, afirman que existe evidencia que relaciona las motivaciones al desempeño del estudiante de medicina; encontrándose que motivación intrínseca: el deseo autónomo de cumplir propósitos científico-académicos y humanitarios se asocia a un buen rendimiento académico mientras que, las motivaciones extrínsecas: el deseo de obtener beneficios de ella o la presión familiar, pueden asociarse a mayores niveles de ansiedad y depresión durante la carrera. (246, 251, 252). A la par que Cortés, en Colombia para el año 2015 halló en su estudio que los motivos para estudiar medicina fueron esencialmente el deseo de servicio a la sociedad y la vivencia de experiencias médicas; concluyendo que al ingreso en la carrera predominó la motivación intrínseca en el 69% (224).

En cuanto a los hallazgos de las motivaciones para estudiar medicina, en primer lugar se indagó como fue la admisión a la carrera en virtud de lo expresado por algunos investigadores como Cardozo y cols., (109) acerca de la dificultad para el ingreso, con criterios de selección basados en los méritos académicos, según publicaciones a lo largo de los años de López, González, Ávila y Teos; y Bowden y Goughney, siendo que fue la primera opción de elección cuando participaron, en las tres cuartas partes de la muestra; y ello era de esperarse puesto que el promedio de notas previo al ingreso fue alto, siendo la UC una institución en la que la admisión depende, sobre todo, de las cualidades académicas previas (253, 254).

En cuanto al porcentaje de estudiantes que revelaron venir de cursar otra carrera en la cual habían sido seleccionados previamente, y luego solicitaron el traslado los resultados son muy similares a lo expresado por Cardozo y cols. (109).

Cuando se exploró la razón principal para cursar estudios universitarios, la muestra la ubicó por autorrealización (motivación intrínseca), coincidiendo con diversos trabajos de otros autores entre otros Cardozo, Poveda, Romano, Ortunio, Guevara; Cortés; Sobral DT; y Soler AB. Y Chirolde RR (109, 224, 255, 256).

Por el contrario Silva, afirmó que pocos estudiantes en su muestra buscaron la autorrealización como meta, mientras que Angulo describió que la orientación motivacional y de satisfacción con la profesión elegida fue de carácter extrínseco en una muestra de estudiantes de educación; llama la atención que en el presente estudio la posibilidad de

empleo fue la opción que siguió a la autorrealización como razón principal para cursar estudios universitarios. En esta misma dirección, los resultados manifiestan que las motivaciones con mayor importancia son de naturaleza extrínseca y la motivación de atender y curar enfermos se encuentra jerárquicamente en medio de las variables, con lo que se infiere que las metas y motivos personales que más interesan a los alumnos de la carrera médica, están relacionados con los argumentos afectivos, de *poder y logro;* igual al caso de la UNELLEZ, donde Silva encontró que la motivación al logro, de carácter intrínseco, fue muy baja en la muestra (257, 258).

Al indagar acerca de la influencia en su decisión para la elección de estudiar medicina, la mayoría consideraron haber tenido preponderancia en su elección el haber sido incitados por sus padres y /o familiares; las actividades o contenidos desarrollados durante sus estudios de secundaria; del mismo modo la literatura refiere que entre el 8 % y el 38 % de los estudiantes de medicina provienen de familias médicas (228,259-264), lo cual puede ser un factor crítico en el proceso de toma de decisión de optar por la profesión.

Esta influencia puede tener distintos matices e ir desde una presión para continuar una tradición familiar hasta permitir al estudiante observar desde una posición privilegiada el ejercicio de la profesión, lo cual le da herramientas para tomar una decisión más crítica e informada (228, 262, 265); en relación con esto Hallan afirmó que los mismos, constituyen en las etapas juveniles y formativas de la vida, estímulos de información y experiencias que condicionan los patrones conductuales de los sujetos, en cuanto a los profesores del nivel medio, los mismos no fueron una influencia importante en la elección de la carrera; esto

último opuesto a lo encontrado por Cardozo y cols., en el 2009, donde aún en la misma población de estudio en Venezuela, pero en una muestra más pequeña en 106 participantes, los estudiantes refirieron haber sido influenciados por los docentes de secundaria en un 42,9% (266, 267).

En cuanto a los medios de comunicación social, prensa, televisión, cine, entre otros, su influencia fue muy poca o nada en la elección para estudiar la carrera, a pesar de que Hallan afirma que en las etapas juveniles y formativas de la vida, los mismos se constituyen en estímulos de información y experiencias que condicionan los patrones conductuales de los sujetos (266).

Al analizar la vocación como orientador en la motivación para el estudio, coincide con Cardozo y cols., en el 2010, quienes al analizar que motivó la orientación por la carrera en estudiantes de la misma Facultad en años anteriores, a través del **SODEMEM**, el interés clínico/ciencia y la vocación (intrínsecos) fueron las principales motivaciones, del mismo modo que se encontró en el estudio llevado a cabo por Cortés, en Colombia en el 2015 (106, 224).

Todo esto pudiera tener que ver con lo aseverado por Jaquinet, Rivero y Garnache y Núñez, Peguero quienes exponen que la vocación en carreras del área médica depende del interés del estudiante, y que se complementa por un ambiente social y familiar que fortalece y estimula su desarrollo, con el fin de lograr una actitud positiva para la atención a la población que necesita de sus servicios (246, 268); de igual forma explica que al relacionar

estas motivaciones al desempeño del estudiante la motivación intrínseca se asocia a un buen rendimiento, mientras que la motivación extrínseca puede asociarse a mayores niveles de ansiedad y depresión durante la carrera (258, 259) .

El estatus social y económico, de carácter extrínseco, fue considerado por los estudiantes como de poca influencia en su orientación, mientras que el estatus social los orientó un poco más que el estatus económico en su motivación, coincidiendo con las investigaciones de Cortés; Jaquinet, Rivero y Garnache; y otros donde los participantes en su mayoría resultaron estar motivados intrínsecamente; al contrario de los hallazgos de Greenhalgh T; Silva y Angulo (224, 228, 246, 257, 258).

Esto era de suponerse ya que la mayoría de los participantes provienen de los tres primeros estratos sociales donde de acuerdo a la pirámide Maslow las necesidades de primer orden se suponen satisfechas, y la búsqueda de la autorrealización pudiera estar imperando en esta etapa de sus vidas (106), esto más que todo debido a que los ciudadanos ubicados anteriormente en estos estratos sociales en la actualidad son los que atraviesan por lo que se denomina una pobreza de tipo coyuntural y no estructural. De igual manera, en la realidad actual venezolana así como la de algunos otros países del mundo, es posible observar como el rol del médico económicamente ha desmejorado al punto de tener que emigrar a otros lugares en busca de salarios más elevados y de mejores oportunidades laborales o de desarrollo profesional.

En este sentido la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), especificó en cuanto al origen y destino de los estudiantes en movilidad que estudian en países que la integran que un 16% de los estudiantes provenientes de América Latina estudian en España; quienes se desplazaron en busca de salarios más elevados y de mejores oportunidades laborales o de desarrollo profesional (269).

Los estudiantes muestran que la razón principal para la elección de la carrera fue un la autorrealización, descrita como motivación intrínseca. Muestran que, al elegir la carrera lo hacen porque buscan autorrealizarse y la posibilidad de empleo, y ello lo consiguen como estudiantes de medicina, al evitar el fracaso y aspirar al reconocimiento del éxito en lo que hacen.

Del mismo modo, como lo expuso Cardozo (106), “estos resultados confirman que a medida que aumenta la motivación por aprender, también lo hace la valoración de los modelos de desempeño. Acaso el sentirse importantes en su entorno, en una carrera que aún goza de prestigio en la sociedad venezolana, les esté impulsando a su elección (autorrealización y posibilidad de empleo), como una forma de ser tomados en cuenta y valorados”.

Coincidiendo con Cardozo (106), en relación a que “todo esto lleva a descubrir la importancia acerca de indagar cómo ha sido el mundo de la vida de cada estudiante de medicina, sus relaciones parentales y con el entorno y toda una serie de variables, antes de su ingreso a la carrera o mucho antes de decidirse a ingresar, en un paradigma y

metodología diferentes a los empleados en esta investigación, ya que pareciera que no están claros acerca de la elección de su carrera".

Igualmente, "múltiples hipótesis y dudas quedan plasmadas en este trabajo, sembrando el interés por investigar otros aspectos no desarrollados, inclusive con metodologías y paradigmas distintos. Debe reconocerse que de alguna forma se ha logrado acercarse a la realidad, sólo que la percepción de ella podría encontrarse sesgada por una presunta objetividad (106)".

Con los resultados obtenidos en la calidad de vida global de los alumnos correspondientes al presente estudio, y al contrastarlos con los encontrados en los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, (media 137,7 puntos; valores mínimos y máximos 82 y 187 puntos respectivamente); pudiera inferirse que, las condiciones socioeconómicas, la grave crisis y conflictividad social en los que se desarrollan los estudiantes objeto de estudio pueden estar repercutiendo en la percepción de la CDV de los mismos. Al respecto Henning, Krägeloh, Hawken, Zhao y Doherty encontraron que todos los grupos de estudiantes universitarios correspondientes a su estudio parecían experimentar niveles más bajos de calidad de vida al compararlos con la población general más no así entre ellos; lo que pudiera tener implicaciones en el apoyo social necesario que ha de otorgarse a los estudiantes universitarios pudiendo llegar a ser mayor aún en los estudiantes de medicina (46, 222).

También deben señalarse en esta discusión las diferencias encontradas entre las puntuaciones obtenidas por los estudiantes evaluados y las que aportan los autores del instrumento utilizado por Ruiz y Baca como referencia, obtenidas en una muestra de la población de Madrid. Destaca de esta comparación el mejor nivel alcanzado por la población de estudiantes de Ciencias de la Salud en una ciudad de España en todas las escalas del Cuestionario excepto en la de Distensión Laboral/ Tiempo Libre (222).

Numerosos estudios sugieren que los estudios en Ciencias de la Salud tienen efectos psicológicos adversos sobre sus estudiantes, en este sentido son pocos los estudios que evalúan la Calidad de Vida en estos estudiantes. Aunque son muchos los trabajos que avisan sobre sus particulares situaciones de estrés y las posibles implicaciones en la salud mental de éstos, pocos han ido más allá de lo meramente descriptivo. Así, Arnstein señala que aceptando el hecho de que la medicina se dirige actualmente hacia cada vez mayores niveles de complejidad y de tensión psicológica los estudiantes estarán en una situación de contínua escalada; como consecuencia fundamentalmente del gran esfuerzo cognoscitivo al que están sometidos, lo cual genera situaciones de estrés y de ansiedad que pueden causar desequilibrios emocionales (270).

En este sentido y aún por algunas otras causas Borenstein DB, sugirió la posibilidad de implantar en las Facultades y Escuelas de Medicina un Programa de Salud Mental con el fin de reconocer y evitar las consecuencias de esta situación de continuo estrés, así como de enseñar a los estudiantes a buscar ayuda para afrontar sus problemas en el momento adecuado (271).

Según los resultados obtenidos al asociar la calidad de vida global con la condición de tener pareja se puede afirmar que todos resultan ser superiores a los encontrados en el grupo de estudiantes sin pareja, del mismo modo que ocurrió en la población estudiada por Herreros O y cols., quienes además evidenciaron una progresión a peor estadísticamente significativa a medida que aumentaba la edad; en tanto que Grimaldo encontró que aquellos estudiantes con menores ingresos económicos, tienden a mostrar menos puntajes en el dominio pareja de la calidad de vida (222, 233).

Para la Calidad de vida global de los estudiantes según el sexo y grupo de edad, todos los resultados en los varones fueron superiores a los encontrados en las hembras aunque no hubo predominio estadísticamente significativo, del mismo modo que Camargo, Orozco, Niño, en un estudio realizado en Colombia afirmaron que el género como factor asociado a la CDV no resultó ser significativo. Por su parte Herreros y cols., al contrario establecieron una relación estadísticamente significativa en la media obtenida por cada uno de los sexos en tres de las escalas del cuestionario de Ruiz y Baca; de igual forma resultó para Pacheco, Michelena, Salvador, Miranda quienes evidenciaron que del 32,9 % de los entrevistados con una CDV menos favorable, la probabilidad de presentación en las mujeres con respecto a los hombres era 4,4 veces mayor; igual que para Rakovac, Pedisic, Pranic, Greblo, Hodak quienes encontraron que la CDV relacionada con la salud fue también significativamente menor en las mujeres y fumadores (44, 222, 227, 272).

En cuanto a la Calidad de Vida Global de acuerdo a los grupos de edad, sin diferenciar según si tienen pareja o no, se observó que el comportamiento de los puntajes

obtenidos no expresó evidencia estadística significante para ninguno de los grupos; todo esto resulta contrario a las observaciones hechas por Herreros y cols., quienes hallaron que los sujetos de 25 años o más obtuvieron una puntuación total significativamente mejor que la de los de 21-24 años (222).

Para la calidad de vida global según las dimensiones que la integran los valores obtenidos en los estudiantes con pareja, resultaron ser superiores con un predominio estadísticamente significativo (P< 0,00); lo mismo que para Herreros y cols., quienes reportaron que la CDV fue superior en los estudiantes que declararon tener pareja estable, por su parte Grimaldo, concluyó que la calidad de vida en el dominio pareja, a pesar de que presentó las medias más altas como dominio la misma tuvo las puntuaciones más bajas entre los que obtenían bajos ingresos económicos (222, 233).

Seguido del Apoyo social la Satisfacción General resultó ser la dimensión de la CDV que alcanzó los mayores puntajes en el total de los estadísticos descriptivos mientras que la Distensión Laboral/Tiempo Libre constituyó la dimensión con los menores puntajes; en este aspecto destaca de esta comparación la coincidencia con los hallazgos de Herreros y cols., ya que en la presente muestra se obtuvo 14,76 ± 4,86 puntos frente a los 18,3±4,70. Otros autores señalan que las medias más altas se ubicaron en dominios como el bienestar económico, ocio y salud que aunque corresponde a un estudio desarrollado con otro tipo de instrumento (Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes) lo que equivaldría en cuanto al bienestar económico a uno de los aspectos incluidos en la dimensión de la Satisfacción General (SG) en el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz M.A. y Baca E., cuyo

contenido tiene que ver con el grado global de satisfacción percibido desde aspectos relacionados con el interés ante la vida, el trabajo, las actividades desempeñadas, el dinero y la propia forma de ser (222, 233).

Respecto al sexo en la dimensión de apoyo social y la condición de tener pareja; fue únicamente donde se observó que los varones alcanzaron los mayores puntajes de CDV; teniendo dicho predominio significancia ($P< 0,05$); lo que se traduce por un mejor nivel en las relaciones familiares y sociales de estos, así como una mejor percepción por parte de los mismos del soporte social recibido; contrario a esto el estudio titulado: Calidad de Vida en estudiantes de Ciencias de la Salud encontró relaciones estadísticamente significativas entre la media obtenida por cada uno de los sexos en tres de las escalas del cuestionario de Ruiz y Baca también utilizado por ellos; que a saber fueron: apoyo social, bienestar físico/psíquico y distensión laboral/tiempo libre (222).

En cuanto a la calidad de vida global para el grupo que refleja no tener pareja según los grupo de edad, los resultados del presente análisis no expresan significación estadística para ninguno de los grupos, mientras que para estas tres relaciones demuestran una progresión a peor estadísticamente significativa en la Calidad de Vida Global de la población estudiada que reseña en el cuestionario no tener pareja según aumenta la edad de ésta (222).

Finalmente resulta necesario acotar en cuanto a otros estudios revisados centrados concretamente en poblaciones universitarias, o del área de las ciencias de la salud, que la disparidad de los instrumentos de medida dificulta extraer conclusiones al respecto.

Ahora bien, los profesionales de la salud están sometidos a situaciones estresantes casi a diario, en este sentido la resolución exitosa de dichas situaciones dependerá entre otras cosas de la propia resiliencia que dichos profesionales posean, la cual ayudará a reducir el estrés, mejorar su bienestar físico y mental y por ende a la mejora de la calidad del servicio prestado.

En cuanto a la resiliencia, pocos autores han investigado esta cualidad en los profesionales de la salud, sin embargo González (273), refiere en su publicación la importancia que tiene la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud, en este sentido Ortega, Ortiz, Coronel afirman que la resiliencia de la persona ejerce una función moduladora en los procesos de estrés y Burnout (274).

Con respecto a las variables sociodemográficas observaron que 58,5% pertenecieron al género femenino, 50,4% se encontró entre 17 y 19 años y 94,0% de los estudiantes tuvo su residencia habitual en una zona urbana, al comparar estas cifras con las encontradas en este trabajo se tiene que 67% de los estudiados eran del sexo femenino y pertenecieron en un 85,8% al grupo de edad de 18 a 22 años así como el 97,2% tuvo lugar de residencia en una población urbana (275).

Más de las tres cuartas partes de los estudiantes 77,5% tuvo un nivel de resiliencia alto, lo que resultó muy similar a lo encontrado por González; Caldera, Aceves, y Reynoso; quienes también reflejaron niveles altos de resiliencia en los estudiantes universitarios, vale la pena destacar que los últimos no encontraron diferencias significativas con respecto a la variable carrera, esto en virtud de que el trabajo fue un estudio realizado con una muestra integrada por 141 estudiantes universitarios de una institución de educación superior del estado de Jalisco, México donde específicamente, se encuestó a alumnos de los últimos semestres de las carreras de Derecho, Negocios Internacionales, Medicina Humana y Psicología; para Ríos, Carrillo y Sabuco, por el contrario sólo un 15,6% de la muestra obtuvo niveles altos en esta variable; (éste último realizó una clasificación de la muestra en tres niveles, tomando como referencia la puntuación media obtenida ± su desviación típica); mientras que Velasco, Suárez, Córdova, Luna y Mireles obtuvieron cifras de 63% de alumnos estudiados con un nivel de resiliencia ubicado en el cuartil superior (275.276,277,278).

En cuanto a la correlación resiliencia y edad se pudo apreciar una muy débil asociación entre las mismas; este mismo comportamiento fue observado por Velasco, Suárez, Córdova, Luna y Mireles en su estudio realizado en el año 2015 (278); aún cuando son diversas las investigaciones en las que no se encontró ningún tipo de asociación entre ambas variables (31, 276, 277, 279). Mientras que un estudio realizado en la ciudad de Mérida halló para los grupos de edad diferencias significativas en los puntajes promedios de la resiliencia, específicamente en la escala de resiliencia total; otro estudio realizado por Peralta observó que a mayor edad mayor nivel de resiliencia (29, 280). Sólo un estudio

llevado a cabo en México informó que el grupo edad con mayor porcentaje de estudiantes con resiliencia fue el de menor edad (275).

Hubo una fuerte asociación entre el nivel de resiliencia y el sexo (al resultar las mujeres más resilientes que los hombres) (275), del mismo modo que para Peralta las mujeres presentaron valores más altos que los hombres en los puntajes promedios de las subescalas competencia personal P(0,025) y espiritualidad P(0,000) (29, 275); no obstante, a pesar de que las mujeres fueron las más resilientes, el hallazgo no resultó significativo (31); a lo anterior se suma lo obtenido por Caldera, Aceves, Reynoso quienes tampoco evidenciaron diferencias significativas (276).

Al asociar la resiliencia y el estrato social, las variables resultaron ser independientes en la muestra estudiada entre dichas variables en la muestra estudiada, equivalente a los resultados alcanzados en Colombia para el año 2010 (31).

Ya para finalizar, al asociar la calidad de vida global y resiliencia global según la condición de tener pareja, se obtuvo una asociación entre las mismas estadísticamente significativa, siendo para las dimensiones de apoyo social y apoyo familiar donde se ven las puntuaciones más elevadas, asimismo se encontró que los participantes con mayor satisfacción en su Calidad de Vida presentan mayor cantidad de factores de protección personales y sociales, lo que garantiza un mayor y mejor potencial resiliente y menores factores de riesgo tanto a nivel personal, como familiar y social (27, 278).

De acuerdo a lo antes expuesto se puede inferir que la resiliencia alta es una característica muy generalizada en la mayoría de los estudiantes universitarios, ya que en el contexto educativo el estudiante se ve sujeto a una serie de retos y demandas académicas y psicosociales, exigencias y situaciones dilemáticas, cuyo manejo y capacidad adaptativa pueden favorecer su desempeño, siendo así el desarrollo de la resiliencia se adquiere a través de las experiencias de vida del individuo razón por la cual la resiliencia de los adolescentes es diferente a la de los jóvenes y adultos, esto debido probablemente, a que no han vivenciado tantas dificultades como los adultos.

Es posible detectar una tendencia de las mujeres a obtener valores más altos de resiliencia, dado que ellas, por el contexto social en que viven tienen que enfrentarse desde temprana edad a diversas dificultades que le permiten construir la resiliencia. Finalmente queda mucho por hacer, ya que la resiliencia en la población estudiantil ha sido poco explorada.

CAPÍTULO VI

TEORIZACIÓN

"Si tuviese sólo una hora para salvar al mundo,
Dedicaría 55 minutos a definir bien el problema"
Albert Einstein (1879-1955)

Para dar inicio a este capítulo, vale la pena recordar que de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española (2), Teoría es: "el conocimiento especulativo que sirva para relacionar determinado orden de fenómenos".

Por su parte, Strauss (281), indica que la teoría surge de datos recogidos de manera sistemática y analizada por medio de una metodología de investigación donde: la recolección de datos, análisis y teoría guardan estrecha relación entre sí. En este caso, se relacionan los datos desglosados en las conclusiones y los aportes generados del análisis de los mismos, que implican la realidad del objeto de estudio.

Es por ello que los logros en esta investigación permiten integrar en un todo el inventario de todas las premisas necesarias para desarrollar un modelo teórico de la CDV, motivación y resiliencia en los estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, con rigor teórico, por la necesidad de aportar un punto de partida, que contribuya a mantener y mejorar de manera sistémica la calidad de vida de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

6.1 Proceso de Teorización

Strauss cuando plantea las etapas del proceso de teorización (281) sostiene que esta debe pasar por las etapas de la recolección de datos, análisis, contrastación y teorización.

La contrastación consiste en relacionar y contrastar los resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial, para ver como aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa.

Finalmente, la teoría se construye como un modo de mirar los hechos, un modo de organizarlos y representarlos conceptualmente, haciendo la salvedad de que todas las teorías científicas serán siempre parciales (y que tratan sólo algunos aspectos de la realidad) y que por ser aproximadas (contienen errores o apreciaciones parcialmente erróneas). Según Thuillier (282) toda teoría es un conjunto infinito y ordenado de proposiciones que excede a la experiencia.

Al revisar la definición antes expuesta, se observa en primera instancia que hacer investigación no es un acto inocente. En efecto, quien desarrolla una actividad investigativa siempre lo hace desde una posición valorativa de sí mismo y de su entorno social. Es decir, desde su propio lugar epistemológico (283), el cual debe ser explícitamente declarado *ab initio*. Así mismo asume una óptica acerca de su realidad y establece con ésta una relación que lo habilita para generar saberes en torno a ella. Para tal proceso de producción de conocimientos, el investigador utiliza recursos conceptuales y procedimentales de diversa

índole, todo ello en el marco de una estrategia de actuación que está orientada hacia el logro de determinados fines.

6.2 Enfoque Pentadimensional aplicado a la calidad de vida, motivación y resiliencia.

A los efectos de sistematizar los aspectos esenciales a tener en cuenta en una investigación, González (283) propuso este enfoque, el cual contempla la consideración de las dimensiones, con el propósito de establecer los aspectos esenciales que comprenden la hoja de ruta de un proceso de investigación, sin que constituyan una camisa de fuerza. A continuación un desglose de cada una de las dimensiones contempladas en él:

6.2.1 Lo Axiológico

Lo Axiológico responde al por qué de la investigación. Esta dimensión se interroga acerca del valor que se le atribuye a la actividad investigativa, los argumentos por los cuales se la considera valiosa, importante, interesante, meritoria. Los valores son relevantes al estudiar tanto la motivación como la CDV y resiliencia, porque la noción que cada cual tenga acerca de esta, reflejan los elementos que considera valiosos en su particular existencia y modo de vida.

6.2.2 Lo Ontológico

En cuanto a la Ontología, el investigador debe ofrecer respuestas relacionadas con el qué de la investigación, las cuales se deben referir a los ámbitos probables de indagación. Éstos pueden corresponder al Mundo Natural y/o de las relaciones que el investigador mantiene con la Naturaleza o el Ambiente, al Mundo Social que son los vínculos que establece con los demás seres humanos, o al Mundo Vivido que tiene que ver consigo mismo y con su propia historia personal. En el contexto de la investigación, la senda ontológica queda demarcada por el problema de investigación. Los aspectos epistemológicos responden a las relaciones entre quién y qué.

Por tanto, tienen que ver con los vínculos entre sujeto y objeto, es decir, con las relaciones que sostiene el investigador, en tanto que sujeto, con el objeto que estudia. Tal objeto lo puede conceptualizar como dado, es decir, externo a él, percibido, o sea capturado por la vía de sus sentidos, o construido lo cual se asocia con la representación que él se hace del objeto de estudio en función de su pertenencia a una determinada colectividad social.

6.2.3 Lo Epistemológico

Los aspectos epistemológicos responden a las relaciones entre quién y qué; por tanto, tienen que ver con los vínculos entre sujeto y objeto (283). En este estudio se asumió la matriz epistémica del Positivismo Lógico cuyo fin último es explicar la realidad del objeto de estudio y de lo que de él se percibe como cosa real mediante los métodos de la

ciencia moderna a través de los pasos del método científico, que sea verificable y generalizable al grupo en estudio (205,206).

6.2.4 Lo Teleológico

Lo teleológico se refiere a los fines últimos justificatorios del quehacer del investigador; responde al para qué hacer investigación. Como argumento genérico válido podría esgrimirse el compromiso que tiene toda persona de contribuir a incrementar el acervo de conocimientos de la Humanidad.

En cuanto al beneficio de los resultados de esta investigación, en este caso particular se pretendió la construcción de unas aproximaciones teóricas de calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, en el período 2015-2018, a los fines de comprender esta área de gran interés por el papel cardinal de los estudiantes universitarios, razón de ser de las universidades como formadoras de recursos humanos, los cuales serán modelo para las nuevas generaciones de profesionales.

6.2.5 Lo Metodológico

El ámbito metodológico del quehacer investigativo alude al cómo, es decir, a los modos como es conducido el quehacer investigativo, abarca el aspecto de la disciplinariedad de la investigación. Esto se relaciona con los principios, reglas, o normas de acuerdo con los cuales se lleva a cabo. También se incluyen aquí las respuestas en torno

a cuándo (dimensión temporal), con qué (dimensión instrumental), dónde (dimensión espacial). Esta investigación se llevó a cabo con un abordaje cuantitativo que permitió una aproximación teórica acerca de la percepción que de la calidad de vida, motivación y resiliencia tienen los estudiantes de medicina reflejando sus dimensiones, interacciones y particularidades.

Las cinco dimensiones aludidas (axiológica, ontológica, epistemológica, metodológica y teleológica) en relación con el proceso de investigación, configuran el Enfoque Pentadimensional propuesto como herramienta analítica de la investigación.

Figura 3 . Enfoque pentadimensional de Calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo.

Fuente: Ortunio, 2018

La siguiente teoría pretende sintetizar toda la información recabada en la investigación; y es por esta razón, que la misma se considera como la conclusión central del trabajo, resumiéndose así:

El deterioro de la Calidad de Vida Global de los estudiantes de medicina, así como los mayores puntajes de la misma alcanzados por los varones con pareja en las dimensiones de apoyo social y satisfacción general, podría deberse a que tener pareja ejerza un efecto positivo en la percepción de la Calidad de Vida.

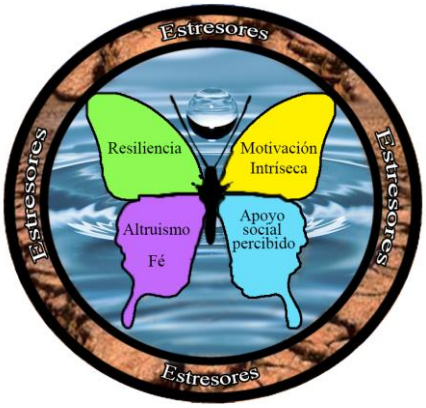
Ante el hecho de que fueron las estudiantes femeninas las que obtuvieron los mayores puntajes de Calidad de Vida Global en el grupo sin pareja, y sobre la base de que ellas forman la mayor parte del grupo estudiado, estando esta circunstancia asociada significativamente a los altos niveles de resiliencia obtenidos en el grupo, podría plantearse que ambos elementos (resiliencia, calidad de vida global) concurren de la mano retroalimentándose el uno al otro; toda vez que la motivación intrínseca mediante el sentido de la autorrealización junto con el elemento altruista y religioso pudieran constituir el terreno fértil donde se erijan los cimientos de la resiliencia del grupo, pudiendo así garantizarse el equilibrio necesario para alcanzar la culminación de la carrera.

Por otra parte, la significativa asociación de la resiliencia al sexo femenino pudiera atribuirse a las influencias familiares y sociales que desde la infancia se ejercen en el trato y en los vínculos que son establecidos de manera diferencial entre ambos sexos.

Visto el contexto actual poco esperanzador en el que se desenvuelve la vida de los ciudadanos venezolanos y del que no escapa el estudiante de medicina, sumado al ámbito universitario en el que se desarrolla y a las exigencias propias de la carrera, podrían generarse alteraciones en su salud tales como ansiedad, trastornos del sueño, depresión y somatizaciones; con lo que ante este panorama, valdría la pena plantear la necesidad de fortalecer los componentes de la personalidad, protoconfianza y salud emocional en ellos, todo esto en aras de poder tener un individuo con una vida equilibrada, tanto consigo mismo como con su entorno, puesto que la resiliencia se constituye en un proceso continuo y dinámico que guarda relación estrecha con la capacidad autopoiética, no sólo de reaccionar sino también de crear bienestar y calidad de vida para sí mismo e incluso para con los otros.

Finalmente, los estudiantes deben asumirse como seres positivos capaces de adentrarse a construir desde su individualidad consciente el cambio de la realidad, partiendo de que el mismo no depende del otro sino de cada uno y a su vez en conjunto.

Figura 4. Modelo tetracórico de Calidad de vida, motivación y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo



Fuente: Ortunio, 2018

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

"La vida siempre puede reconstruirse
aunque sea a partir de las ruinas"
Martin Gray (1922-2016)

Tras analizar los resultados obtenidos en la presente investigación y dando respuesta a los objetivos que se plantearon en la misma, pueden ser establecidas las siguientes conclusiones:

En relación al perfil sociodemográfico de los participantes, el mismo fue significativamente femenino, con una edad predominante comprendida entre los 18 y 22 años, mayoritariamente no becados, de religión católica. Por otra parte, en su mayoría, los estudiantes eran de procedencia urbana, específicamente de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, pertenecientes a un estrato social alto, siendo su estado laboral significativamente predominante el de estudiante; y el promedio de notas por materia durante el último año de estudio mayor o igual a los 17,59 puntos en todos los casos.

En cuanto a las motivaciones para la elección de la carrera:

- Los estudiantes significativamente manifestaron que estudiar medicina constituyó su primera elección, siendo la razón principal que los motivó a elegir la carrera la autorrealización y la posibilidad de empleo; predominando en casi la mitad de los mismos el tener familiares médicos.

•No ejercieron influencia en la elección de la carrera, los medios de comunicación en casi la mitad de los estudiantes; mientras que los padres y/o familiares, así como los contenidos de secundaria influyeron totalmente o para nada respectivamente, en tal decisión.

•En cuanto a los motivos según la orientación por la carrera destacaron el interés clínico por la ciencia, la vocación de servicio y la salud pública.

•Al correlacionar las variables de motivación extrínseca e intrínseca en los estudiantes; el elemento altruista, caracterizó a ambos grupos; y la variable "Salud Pública" constituyó casi la única variable que se correlacionó de manera significativa con el resto de las variables tanto en los varones como en las hembras, sólo en el grupo de las hembras la correlación entre las variables salud pública y estatus económico resultó con una significancia estadística menor.

Sobre la Calidad de Vida:

•La puntuación total alcanzada en la Calidad de Vida Global resultó inferior en ambos límites (mínimo y máximo); al de otros estudios y los valores máximos en ambos casos fueron alcanzados por los estudiantes con pareja, de sexo masculino y perteneciente al grupo de edad entre 28-32 años.

•Del mismo modo, los estudiantes con pareja en la dimensión de apoyo social alcanzaron niveles significativamente superiores a los de los estudiantes sin pareja; la satisfacción

general resultó ser la dimensión de la Calidad de Vida que alcanzó los mayores puntajes y la Distensión laboral la dimensión con los menores puntajes.

•Fueron los varones con pareja quienes alcanzaron los puntajes mayores de Calidad de Vida de manera significativa.

• No resultaron ser significativos estadísticamente los hallazgos encontrados en las hembras sin pareja para los límites mínimo y máximo así como para las dimensiones de satisfacción general y bienestar físico/psíquico; lo mismo ocurrió en los varones para la dimensión de distensión laboral/tiempo libre. Pudiendo pensarse en el primero de los casos que para los varones el tener pareja ejerce efecto en su percepción de calidad de vida. Del mismo modo que ocurrió en la calidad de vida global, específicamente en la dimensión de apoyo social según la condición de tener pareja y grupo de edad al que se pertenecía.

Sobre los niveles de resiliencia, de modo general se pueden extraer las siguientes conclusiones:

•Más de las tres cuartas partes de los estudiantes muestran niveles altos de resiliencia, existiendo una muy débil asociación entre la edad y los niveles de resiliencia. En cuanto a la calidad de vida global y la resiliencia global estuvieron estadísticamente asociadas de forma positiva y significativa entre ellas mismas y con la condición de tener pareja; así como entre el sexo y el nivel de resiliencia. Finalmente el estrato social no constituyó un aspecto asociado con los niveles de resiliencia en los estudiantes integrantes de la muestra.

RECOMENDACIONES

En función de los resultados y conclusiones derivadas del estudio, se proponen las siguientes recomendaciones:

Debido a que los docentes juegan un papel muy importante en la educación, se sugiere realizar talleres de motivación y resiliencia dirigidos a los docentes, que permitan orientar a los estudiantes que tengan riesgo de deserción.

Promover y fortalecer la resiliencia en los alumnos para que cuenten con factores de afrontamiento a las situaciones difíciles relacionadas con sus estudios, dado el contexto sociopolítico y económico de Venezuela; todo esto mediante el estudio de la salud emocional, las capacidades y recursos de los mismos, con énfasis en las fortalezas de carácter y resiliencia, de manera que se contribuya a la prevención de factores de riesgo, logrando así la promoción de factores de protección, bienestar, salud mental y calidad de vida de los estudiantes .

Desarrollar programas dirigidos a aumentar la motivación y resiliencia en los estudiantes, como medida preventiva para minimizar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores, esto con el fin de evitar la deserción, y de este modo, proveer a los estudiantes de factores protectores para su desarrollo biopsicosocial.

Realizar un diagnóstico de resiliencia donde el alumno conozca sus fortalezas, habilidades y carencias, pudiendo establecer estrategias para fomentar este constructo que le ayude a enfrentar cualquier desafío que se le presente tanto en el ámbito académico como en la vida cotidiana.

Promover la realización de actividades extracurriculares que fortalezcan el desarrollo personal de los estudiantes.

Puesto que los resultados han mostrado que la variable edad parece tener una muy débil influencia sobre los niveles de resiliencia, sería necesario seguir investigando su influencia en la misma.

Realizar investigaciones longitudinales que estudien la "evolución" de las fortalezas de carácter y factores de resiliencia de los estudiantes de medicina, con el fin de clarificar los cambios y la estabilidad de los componentes de cada una de estas variables y sus manifestaciones, lo cual permitiría ampliar las conclusiones del presente estudio, integrándolas a la perspectiva del desarrollo.

Avanzar en la investigación y elaboración de teorías que expliquen cómo factores resilientes específicos, interactúan entre sí en la ecología del individuo, permitiendo el proceso de adaptación resiliente.

Continuar desarrollando investigaciones centradas en estudiar la salud emocional de los estudiantes, de sus capacidades y recursos, y de acuerdo con sus resultados se diseñen e implementen programas de promoción de habilidades y estilos de vida saludable en el ámbito educativo, con énfasis en las fortalezas de carácter y resiliencia, de manera que se contribuya a la prevención de factores de riesgo, promoción de factores de protección, bienestar, salud mental y calidad de vida de los estudiantes .

Desarrollar investigaciones referidas a las preocupaciones vitales de los estudiantes, y del grado de perturbación producido, tanto en el ámbito universitario como en otros contextos, tales como el familiar, las relaciones con los iguales, la pareja, correlacionándolo con el estudio de virtudes, fortalezas de carácter, resiliencia y su efecto en la vida académica y extraacadémica

Finalmente, tener presente, que la misión de la universidad, aparte de ofrecer al estudiante una calidad de enseñanza, es fomentar en él, el desarrollo de una personalidad positiva, humanizando los estudios, inculcando valores y promoviendo el desarrollo de habilidades sociales como autorregulación, motivación, empatía, capacidad de liderazgo, negociación en desacuerdos y trabajo en equipo entre otros, permitiendo respuestas creativas, asertivas y acertadas frente a las dificultades y obstáculos de la vida cotidiana. En este sentido, el Informe Delors de la UNESCO en 1996, señala que la educación se debe enfocar en los cuatro “Pilares de la Educación”: 1. Aprender a Conocer, 2. Aprender a Hacer, 3. Aprender a Convivir, y 4. Aprender a Ser (284).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1 Consulta 22/04/16.

2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Tercera Edición. 2014. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=Bbp9xqI Consulta 20/01/15.

3. Fernández LJA, Hernández MR, Cueto EA. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método. Med Integral.1996; 27(2):53-6.

4. Nussbaum M, Sen A. La Calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.

5. Baldi C, García E. Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental. 2005; 30:9-16.

6.Lolas F. Discursos y narrativas en medicina: origen, ejemplos, comentario. En: Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1997.

7. Cely G. Una mirada Bioética del proceso de Globalización. Rev. Latinoam. Bioet. 2008; 8(1):14-21.

8. Ornelas C. Globalización y conocimiento, nuevos desafíos para las universidades latinoamericanas. Educación Superior y Sociedad 1995; 6(2):133-42.

9. Ramos M. Valores y Autoestima. Conociéndose a sí Mismo, en un Mundo con Otros. Valencia-Venezuela: Editorial Las Paulinas; 2004.

10.De Zan J. La ética, los derechos y la justicia. Montevideo: Fundación Konrad-Adenauer Uruguay; 2004.

11.Watson J. Post Nursing and Beyond. Livingstone: Editorial Churchill; 1999.

12. Perea R. Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. Madrid. Editorial Díaz de Santos; 2004.

13. Bech P. Quality of life in Psychosomatic research. A psychometric model. Psychopathology. 1987; 20:169-79

14. Lizán L. La perspectiva del paciente en la valoración de resultados de la atención sanitaria: medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. 1997; 20(Supl 1):191-7.

15.Casas M. Calidad de vida del adolescente. Rev Cubana Pediatr. 2010; 82(4):112-6.

16. Cyrulnik B. La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. España: Granica; 2002.

17. Werner E, Smith R. Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. Cornell University Press: 1992.

18. Wolin SJ y Wolin S. The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard; 1993.

19. Suárez E. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2003.

20. Vanistendael, S. Resilience: a few key issues. Malta: International Catholic Child Bureau; 1993.

21. Suárez E. Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2004.

22. Garassini M. La primera fortaleza del venezolano es la gratitud. Revista Debates IESA 2011; XVI (2):38-43.

23. Emmons R. ¡Gracias! De cómo la gratitud puede hacerte feliz. España: Ediciones B. 2008.

24.Wu G, Feder A, Cohen H, Kim J, Calderon S, Charney D y cols. Understanding resilience. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2013;7:1- 10. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573269/ Consulta 26/03/15.

25. Eley D, Cloninger C, Walters L, Laurence C, Synnott R, Wilkinson D. The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being. Peer J. 2013; 1:216. Disponible en: https://dx.doi.org/10.7717/peerj.216 Consulta: 30/03/15.

26. Shi M, Wang X, Bian Y, Wang L. The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. BMC Medical Education 2015; 15:16.

27. Mikulic I, Crespi M, Caruso A, Elmasian M, Albornoz O, García L y cols. Estudio del potencial resiliente y la calidad de vida percibida en estudiantes universitarios. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2011.

28. López Y, Martínez C, Serey Y, Velasco A, Zúñiga C. Factores de Resiliencia en Estudiantes de Carreras Pedagógicas de una Universidad Estatal de la Región de Valparaíso. Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar 2013; 3(5):76-89.

29.Peralta S, Ramírez A, Castaño H. Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte 2006; 17:196-219.

30. Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. Liberabit 2008; (14):31-40.

31. Álvarez L, Cáceres L. Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). Psicología Iberoamericana. 2010; 18(2):37-46.

32. Rutter M. Resiliencia psicosocial y mecanismos de protección. (Febrero 01, 2010). Disponible en: http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/infancia-adolescencia/67-resiliencia-psicosocial-y-mecanismos-de-proteccion/file Consulta 15/03/16.

33. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne C, Pishva E, Schruers K, y cols. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatr Scand. 2013; 128. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488807 Consulta: 20/02/15.

34. Aquique M, Catalá A, Garassini M. Destacando fortalezas personales de adolescentes caraqueños. En Las Fortalezas del Venezolano. Venezuela: Editorial Alfa. 2014. Pp: 145-70.

35. Awasthi S, Agnihotri K, Singh U, Thakur S, Chandra H. Determinants of Health Related Quality of Life in School-Going Adolescents in Northern India. Indian J Pediatr. 2011; 78(5):555-61.

36. Mazur J, Małkowska A. Health-related quality of life in 13-year-old Polish adolescents measured by CHQ-PF28 questionnaire in relation to family socioeconomic status in the first year of life. Med Wieku Rozwoj. 2010; 14(3):260-71.

37. Campuzano M, Arceo M, Reyes A. Resiliencia en los alumnos de la Facultad de medicina de la UAEM. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. 2013; 10(1). Disponible en: http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDESECUNDARIO/article/view/260/255 Consulta: 31/01/16.

38. Estefó M. Factores resilientes en adultos jóvenes de 25 a 30 años pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana, en Rosario, Santa Fé. [Tesis de licenciatura]

Universidad Abierta Interamericana; 2011. Disponible en: http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102409.pdf Consulta: 05/11/15.

39. Garciandía J. Pensar sistémico: una introducción al pensamiento sistémico. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2005.

40.Werner, E. High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. AJO, 1989; 59(1), 72-81.

41.Davies EB, Morris R Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. JMIR 2014;16 (5).

42.Arslan S, Akkas OA. Quality of College Life (QCL) of students in Turkey: Students life satisfaction and identification. Soc Indic Res.2014;115 (2):869-84.

43.Wing C, Mathew Y. Gender Differences in Happiness and Life Satisfaction Among Adolescents in Hong Kong: Relationships and Self-Concept Social Indicators Research; February 2016; 125(3):1035-1051

44. Rakovac M, Pedisic Z, Pranic S, Greblo Z, Hodak D. Sociodemographic and Lifestyle Correlates of Health-Related Quality of Life in Croatian University Students. Appl Res Qual Life 2013; 8(4):493-509. Disponible en: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11482-012-9203-9#/page-1 Consulta: 15/03/16.

45. Kusurkar R. La motivación en los estudiantes de medicina: un informe de tesis doctoral. Perspect Med Educ. 2012 Aug; 1 (3): 155-7. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782767 Consulta 18/03/16.

46. Henning MA, Krägeloh CU, Hawken SJ, Zhao Y, Doherty I. La calidad de vida de los estudiantes de medicina que estudian en Nueva Zelanda: una comparación con los estudiantes no médicos y un grupo de referencia de la población general. Enseñar a Aprender Med. 2012; 24 (4): 334-40. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23036001 Consulta: 22/03/16

47. Wouters, Croiset G, Galindo F, Kusurkar RA. Motivation of medical students: selection by motivation or motivation by selection. BMC Med Educ 2016 Ene 29; 16 (1): 37. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825381 Consulta: 20/03/16.

48. Cardozo R, Loaiza L, Guevara H, Ortunio M, Sánchez K. La motivación en los estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo: Una aproximación teórica. Comunidad y Salud 2010; 8(1):16-24.

49. Lorenzo S. Factores de Resiliencia presentes en estudiantes de la Universidad del Bío Bío, Sede Chillán. Disponible en: http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2010/pulgar_l/doc/pulgar_l.pdf Consulta: 20/02/16.

50. Cambell A. The sense of well-being in America. N.Y. McGraw-Hill1981.

51. Hornquist JO. The concept of Quality of Life. Scand J Soc Med 1982; 10:57.

52. Calman KC. Definitions and Dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson y J.H. Beckman (Eds). The Quality of Life of Cancer Patients. New York: Raven Press, 1998.

53. Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender and public health. J Epidemiol Comm Health 1994; 48:427-434.

54. Moreno F, Sanz D, Lopez JM, Jofre R, Valderrabano F, for the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life (Jarillo D). Study Group of the Spanish Society of Nephrology. J Am Soc Nephrol 2000. 11: 335-342.

55. Guevara H. Aproximaciones teóricas a la calidad de vida de docentes universitarios de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Universidad de Carabobo, periodo 2009-2011. Disponible en: www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/720/1/hguevara.pdf Consulta: 15/12/15.

56. Borgoño C. Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? Problemas y perspectivas. Acta Bioethica 2009; 15(1):46-54. Disponible: http://www.actabioethica.cl/docs/acta19.pdf Consulta: 19/04/16.

57. Lolas F. Quo Vadis Bioethica? Acta Bioethica 2009; 15(1):7-9. Disponible: http://www.actabioethica.cl/docs/acta19.pdf Consulta: 19/03/16.

58.Cely G. La bioética en la sociedad del conocimiento. Bogotá: 3R Editores; 1999.

59. Gracia D. Ética de la calidad de vida. En: Ética y Vida 1: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: Editorial El Búho; 1998

60. Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. Investigación en salud. Dimensión ética. Santiago de Chile: CIEB, Universidad de Chile; 2006.

61. Briceño JM. ¿Qué es la filosofía? Mérida, Venezuela: Ediciones Puerta del Sol; 2002.

62. Morin E. Cultura y conocimiento. En: Warzlawick P, Krieg P. El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo. Barcelona: Gedisa; 2000.

63. Heidegger M. El Ser y el Tiempo. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2001.

64. Ramos MG. Para educar en valores. Teoría y práctica. Caracas: Editorial Torino; 2001.

65. Maslow A. Una teoría de la motivación humana. 1943. Revisión psicológica, 50, 370-96. Junio de 2001. Disponible en: http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm Consulta: 25/02/16.

66. Palacios D, Castro C, Reygadas D. Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml Consulta: 25/10/15.

67.García R. Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Barcelona, España: Gedisa; 2006.

68. Jonas H. The imperative of responsibility: in search for an ethics for the technological age. Chicago: The University of Chicago Press; 1984.

69.Gómez M. Consideraciones éticas en un mundo globalizado. Memorias II Congreso Iberoamericano y del Caribe sobre "Bioética, Axiología y Derechos Humanos". Mérida, Venezuela: Centro Editorial Litorama C.A.; 2002.

70. Ferraro R. Para qué sirve la tecnología. 1ª edición. Buenos Aires: Capital Intelectual; 2005.

71. Boff L. ¿Vivir mejor o el "buen vivir"? Disponible en: http://otrodesarrollo.com/buenvivir/buenvivir_leonardoboff.pdf Consulta: 23/03/16.

72. Humanismo y Conectividad. Frente a la complejidad del mundo: la simplicidad voluntaria. Disponible en: https://humanismoyconectividad.wordpress.com/2008/05/29/simplicidadvoluntaria/ Consulta: 10/03/16.

73. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión Española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clínica 1995; 104(20):771-776.

74.WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in Fifteen Different Cultural Groups. World-wide (submitted), 1997.

75. Ruiz M.A y Baca E. Design and validation of the (Quality of Life Questionnaire) (Cuestionario de Calidad de Vida): A generic health-related quality f life instrument. European Journal of Psychological Assessment, 1993; 9: 19-32.

76. Polanco A. La motivación en los estudiantes universitarios. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación 2005; 5(2): 1-13. Disponible en: revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/download/85/84 Consulta: 7/03/2010.

77. Solana RF. (1993). Administración de Organizaciones. Buenos Aires: Ediciones Interoceánicas S.A.

78. Abarca S. Psicología de la Motivación. San José, C.R.: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 1995.

79. Stoner J, Freeman R. y Gilbert D. Administración. (6th. Ed). México: Editorial Prentice Hall; 1996.

80. Mankeliunas M. Psicología de la Motivación. Primera Edición. México. DF. Editorial Trilla; 1997.

81. Palmiro F. Motivación y Emoción. El Proceso de Motivación. España: McGraw-Hill Interamericana; 2008.

82. Espinosa K. Aportes de la psicología sociocultural y genética al aprendizaje autorregulado. Revista Iberoamericana de Educación. 2008; N.º 47/2. 1-7 Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2676Lerma.pdf>. Consulta: 22/03/2016.80.

83. Wertsch J. Vygotsky y la formación social de la mente. Madrid: Paidós. 1988.

84. Gilbert I. Motivar para aprender en el aula. Las siete claves de la motivación escolar. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós Educator. – Paidós Ibérica, S.A. 2005.

85. Perraudea M. Piaget hoy. Respuestas a una controversia. México: Fondo de cultura económica 1999.

86. Poveda JM, Rodríguez B, Villar A, González R D, Paniagua L, Catalá M. y cols. Evolución Integral. Visiones sobre la realidad desde el paradigma emergente. Barcelona. España. Editorial Kairós 2009.

87. Wilber K. Breve historia de todas las cosas. Barcelona, España: Editorial Kairós 1996.

88. Barberá E. Marco conceptual e investigación de la motivación humana. Revista Española de Motivación y Emoción 2000; 1: 23-36.

89. Aguirre C J, Jardón F. Teorías Psicológicas de la Motivación. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 2001. Disponible en: http://www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0076_teorias_psicologicas_motivacion.htm Consulta: 05/12/2015

90. Mayor L, Tortosa F, Montoro L, Carpintero H. Principales orientaciones en la Psicología de la motivación contemporánea (1953-1971). Revista de Historia de la Psicología 1985; 8: (4), 375-396.

91. Arnau J. Importancia de la perspectiva cognitiva en la actual conceptualización de la motivación. Anuario de Psicología 1975; N° 13. Disponible en:http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9594/12445 Consulta: 06/01/16

92. Petri H, Govern J. Motivación. Teoría, Investigación y Aplicaciones. 5ta edición. México DF: Editorial Thomson 2006.

93. Mayor L, Tortosa F. Perspectivas Históricas acerca de la Psicología de la Motivación. Revista Electrónica de Motivación (R.E.M.E.). Dic. VIII 2005: Nº 20-21. Disponible en: http://reme.uji.es/articulos/numero20/2-tortosa/texto.html Consulta: 05/12/2015.

94. Grimaldo MP. Manual de motivación y emoción. Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y de Psicología. Escuela Profesional de Psicología. 2009 Disponible en: http://www.scribd.com/doc/20929326/5%C2%BA-Motivacion-y-Emocion. Consulta: 28/12/2015.

95. Cofer C, Appley M. Psicología de la Motivación. México: Editorial Trillas. 1971.

96. Hebb DO. Drives and the C.N.S.-conceptual nervous system. Psychological Review, 1955; 62(4), 245-254.

97. Festinger L, Carlsmith JM. "Cognitive Consequences of Forced Compliance". Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959; (58), 203-10. Disponible en: http://psychclassics.yorku.ca/Festinger/Consulta: 5/1/2016.

98. Blustein DL. The relationship between motivational processes and career exploration. Journal of Vocational Behavior; 1988; 32(3): 345-357.

99. Zaldivar JJ. Control físico de la mente del toro. La Gacetilla Taurina. 21. 2005.

100. Rinaudo MC, Chiecher A, Donolo D. Motivación y uso de estrategias en estudiantes universitarios. Su evaluación a partir del Motivated Strategies Learning Questionnaire. Anales de psicología. Argentina; 2003; 19(1), 107-119.

101. Huertas JA. Las teorías de la motivación desde el ámbito de lo cognitivo y lo social. En: Motivación y Emoción. Madrid: Mc Graw Hill 2008.

102. Ausubel D. Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. (2th Ed.) México. TRILLAS 1983.

103. Díez de Castro J, Redondo C. Administración de Empresas. Madrid: Pirámide 1996.

104. Wendel T, Godellas C, Prinz R. Are there gender differences in choosing a surgical career? Surgery 2003; 134(4):591-96.

105. Bueno A. La motivación en los alumnos de bajo rendimiento académico: desarrollo y programas de intervención. Universidad Complutense de Madrid. [Tesis Doctoral]. Madrid-España. 1993. Disponible en: http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5000201.pdf Consulta: 02/02/16.

106.Cardozo R. Motivación y características socio-demográficas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela y de la Universidad Autónoma de Madrid, España. 2009-2010. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5982/36868_cardozo_rosa.pdf?sequence=1Consulta: 04/12/17.

107. Robbins S. Comportamiento Organizacional. 8va Edición. México: Prentice Hall 1999.

108. Teoría Integral según Ken Willber. Disponible en: http://www.physicaltheater.net/wp-content/uploads/2014/07/Teoria-Integral-segu%CC%81n-Ken-Wilber.pdf Consulta: 22/03/16.

109. Cardozo R, Poveda J, Romano E, Ortunio M, Guevara H. Motivación para estudiar medicina en dos universidades públicas desde una visión integral. Rev Bioet Latinoam 2012; 10: 100-119. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36094/1/articulo5.pdf Consulta: 17/12/15.

110. Alonso J, Montero I, Huertas JA. Evaluación de la motivación en sujetos adultos: el cuestionario MAPE-3. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Cuestionarios y Test. 2000. Disponible en: http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/4162/trealu_a2015_martinez_estrella_immediatesa_annex_1.pdf?sequence=2 Consulta: 11/1/2016.

111. Díaz F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México DF: McGraw-Hill 1998.

112. Mayor L, Tortosa, F. (1995). Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2ª ed.

113.Santiuste BV, Beltran JA. Dificultades de Aprendizaje. Madrid, España: Editorial: Síntesis 1998.

114. Brophy JE. Conceptualizing student motivation. Educational Psychologist, 1983; 18(3):200-215.

115. Dweck CS, Elliot ES. Children's theories of intelligence: Impact on learning. En S.G. Paris, G.M. Olson, H.W. Stevenson (Eds.) Learning and motivation in the classroom, New Jersey-EE.UU: Hillsdale 1983.

116. Seligman M. The presidents address. APA.1998. Annual Report. American Psychologist, 1999; 54, 559-62.

117. Seligman M. Authentic Happiness, Nueva York, Free Prees 2002.

118. Contreras F, Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Revista Diversitas 2006; 2(2):311–19. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011 Consulta: 24/03/16.

119. Fredrickson B, Joiner T. Positive emotion trigger upward spirals toward emotional well-being. Psychological Science, 2002; 13(2):172-75.

120. Oros L. Avances metodológicos en la evaluación de emociones positivas en niños en riesgo social. Evaluar, 2008; 8:20-33.

121. Greco C. Emociones positivas: recursos psicológicos para la promoción de la salud mental infantil en contextos de pobreza. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad de San Luis, Argentina 2006.

122. Smith B, Tooley E, Christopher P J, Kay V S. Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? The Journal of Positive Psychology, 2010; 5, 166-76.

123. Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 2000; 1, 543-62.

124. Luthar S, Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. Developement and Psychopathology, 2000; 12, 857-85.

125. Bonanno G. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 2004; 59, 20-28.

126. Caspi A, Sugden K, Moffitt T E, Taylor A, Craig W, Harrington H y cols. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gen. Science, 2003; 301:386-389.

127. Tannenbaum B, Anisman H. Impact of chronic intermittent challenges in stressor-susceptible and resilient strains of mice. Biological Psychiatry, 2003; 53, 292-303.

128. Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for adaption on extreme stress. Am J Psychiat, 2004; 161:195-216.

129. Morgan A, Rasmusson M, Wang S, Hoyt G, Hauger L, Hazlett G. Neuropeptide Y, cortisol, and subjective distress in humans exposed to acute stress: Replication and extension of previous report. Biological Psychiatry, 2002; 52:136-142.

130. Campbell-Sills L, Cohan S, Stein M B. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy, 2006; 44:585-599.

131. Tugade M, Fredrickson B L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 2004; 86:320-333.

132. Haskett E, Nears K, Ward S, McPherson A V. Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. Clinical Psychology Review, 2006; 26:796-812.

133. King A, King W, Fairbank A, Keane M, Adams A. Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. Journal of Personality and Social Psychology, 1998; 74:420-434.

134. Simpson J. Oxford English Dictionary (3ª ed.). New York: Oxford University Press 2005.

135. Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2006; 11, 125-146.

136. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American Behavioral Scientist, 1991; 31:416-430.

137. Masten S. Ordinary magic. Resiliency processes in development. American Psychologist,2001; 56:227-238.

138. Block J, Block H. The role of ego control and ego resiliency in the organization of Behavior. En W. A. Collins (Ed.), The Minnesota Symposia on Child Psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1980; 39-101.

139. Goleman D. La inteligencia emocional. Buenos Aires: Javier Vergara 2003.

140. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. European Psychologist, 2013; 18:12-23.

141. Davis C, Luecken L, Lemery K. (Eds.). Resilience in common life [número especial]. Journal of Personality, 2009; 77.

142. Davydov D, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. Clinical Psychology Review, 2010; 30:479-495.

143. Claus C. Sociocultural factors, resilience and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. Journal of Applied Developmental Psychology, 2008; 29:197-212.

144. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. Reviews in Clinical Gerontology, 2011; 21, 152-169.

145. Connor M, Davidson T. Development of a new resilience scale: The ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 2003;18, 76-82.

146.Block J, Block H. The role of ego control and ego resiliency in the organization of Behavior. En W. A. Collins (Ed.), The Minnesota Symposia on Child Psychology Hillsdale, NJ: Erlbaum.1980; 13, 39- 101.

147. Polk V. Towards a middle range theory of resilience. Advances in Nursing Science, 1997; 19:1-13.

148. Richardson E. The metatheory of resilience and resiliency. Journal of Clinical Psychology, 2002; 58:307-321.

149. Seligman P, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 2000; 55:5-14.

150. Leipold B, Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. European Psychologist, 2009; 14:40-50.

151. Gable S, Gosnell C. Approach and Avoidance Behavior in Interpersonal Relationships. Emotion Review 2013 5: 269 disponible en: https://labs.psych.ucsb.edu/gable/shelly/sites/labs.psych.ucsb.edu.gable.shelly/files/pubs/gable_gosnell_2013.pdf Consulta: 15/02/16

152.Ahern R, Kiehl M, Sole L, Byers J. A review of instruments measuring resilience. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2006; 29:103-125.

153. Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, Nakaya M. Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. Psychological Reports, 2003; 92:1217-22.

154. Baruth E, Carroll J. A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. The Journal of Individual Psychology 2002; 58:235-244.

155. Sinclair G, Wallston A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment 2004; 11:94-101.

156. Campbell L, Stein M. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. Journal of Traumatic Stress, 2007; 20:1019-28.

157. Vaishnavi S, Connor K, Davidson J R T. An abbreviated version of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. Psychiatry Research, 2007;152:293-297.

158. Block, J, Kremen A M. IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. Journal of Personality and social Psychology, 1996; 70:349-361.

159. Roth E, Lacoa D. Análisis psicológico del emprendimiento en estudiantes universitarios: Medición, relaciones y predicción. 2009 Disponible en: http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v7n1/v7n1r5.pdf Consulta 21/03/16.

160. Wagnild G M, Young H M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1993; 1:165-178.

161. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J H, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2003; 12:65-76.

162. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge J H, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2005; 14:29- 42.

163. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 1985; 147:598-611.

164.Werner E. E. Resilient children. Young Children, 1984; 40:68-72.

165. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa 2002.

166. Moreno B. La personalidad emocional. En B. Moreno, Psicología de la personalidad: Procesos. Madrid: Thompson-Paraninfo. 2007; 187-260.

167. Glantz M, Johnson J. Resilience and Development: Positive Life Adaptations. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 1999.

168. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry,1993; 56:127-36.

169. Charney D S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for adaption on extreme stress. Am J Psychiat ,2004; 161:195-216.

170.Tsuang M. Genes, environment, and mental health wellness. Am J Psychiat, 2000; 157:489-491.

171. Miller E D. Reconceptualizing the role of resiliency in coping and therapy. Journal of Loss and Trauma, 2003; 8:239-246.

172. Fredrickson B L. What good are positive emotions? Review of General Psychology, 1998; 2:300-19.

173. Fredrickson B L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. American Psychologist, 2001; 56:218-226.

174. Wollin S J, Wollin S. Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family. New York: Villard 1993.

175. Cohn M A, Fredrickson B L. Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology (2ª ed.). New York: Oxford University Press 2009; 13-24.

176. Fredrickson B L, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional wellbeing. Psychological Science, 2002; 13:172-175.

177. Cohn M A, Fredrickson B L, Brown S L, Mikels J A, Conway A M. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. Emotion, 2009; 3:361-368.

178. Fredrickson B L, Tugade M, Waugh C E, Larkin G R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. Journal of Personality and Social Psychology, 2003; 84:365-376.

179. Ong A D, Bergeman C S, Bisconti T L, Wallace K. A. Psychological resilience, positive emotions and successful adaptation to stress in later life. Journal of Personality and Social Psychology, 2006; 91:730-749.

180. Melillo A, Suárez Ojeda E. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós 2001.

181. Ravazzola M C. Resiliencias familiares. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), Resilencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós 2001;103-22.

182. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. Journal of Advanced Nursing, 2007; 60:1- 9.

183. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention. Nursing Management, 2002; 10:13-20.

184. Strachota E, Normandin P, O´Brien N, Clary M, Krukow B. Reasons registered nurses leave or change employment status. JONA 2003; 33:111-17.

185. Cline D, Reilly C, Moore J. What's behind RN turnover? Uncover the "real reasons" nurses leave. Nursing Management, 2003; 34:10-53.

186. Jackson D, Mannix J, Daly J. Retaining a viable workplace: A critical challenge for nursing. Contemporary Nurse, 2001; 11:163-172.

187. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 2003; 44:633-42.

188. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. Holistic Nursing Practice, 2004; 18:3-8.

189. Hodges H F, Keeley A C, Grier E C. Professional resilience, practice longevity, and Parse´s theory for baccalaureate education. Journal of Nursing Education, 2005; 44:548-54.

190. Baptista A. Más Allá del Optimismo y del Pesimismo: Transformaciones Fundamentales del País. [en línea]. 1988; Disponible en: http://es.scribd.com/doc/52137295/Baptista-MAS-ALLA-DEL-OPTIMISMO Consulta: 23/03/16.

191. Quintero M, García L, Rosales M. Algunos cambios institucionales en el sistema alimentario Venezolano 1999-2009. Agroalim (Venezuela). 2010; Ene-Jun; 16(30):191-205.

192. Instituto Nacional de Estadísticas. “Ficha técnica de Línea de Pobreza por Ingreso”. Disponible en: http://www.ine. gov.ve. Consulta: 16/02/2015

193. Huerta J. Pobreza e Ingreso Familiar en Venezuela. 2003. Disponible en: http://www.josebhuerta.com/pobreza.htm Consulta: 20/02/2015.

194. Banco Mundial. Actualización de la línea de pobreza. Disponible en: http://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/brief/global-poverty-line-faq Consulta: 20/02/2017.

195. Instituto Nacional de Estadísticas. “Ficha Técnica de la Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)”. http://www.ine.gov.ve. Consulta 16/10/2017

196. Instituto Nacional de Nutrición. Información Preliminar. Anuario del Sistema de Vigilancia. Alimentaria y Nutricional. Disponible en: http://www.inn.gob.ve/pdf/sisvan/anuario2007.pdf Consulta: 10/04/2017.

197.Méndez H, de Méndez M. Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez Castellano. Caracas, FUNDACREDESA. 1994.

198.Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf. Consulta: 18/04/2018

199.Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Nº 5.453 Extraordinario del 24 de marzo de 2000.

200.Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial Nº 5.891 Extraordinario del 31 de julio de 2008.

201.Ley de Universidades y su Reglamento. Gaceta Oficial Nº 1.429 Extraordinario del 8 de septiembre de 1970 y Nº 28.262 del 17 de febrero de 1967.

202.Ley Orgánica de Educación. Gaceta Oficial No 5.929 Extraordinaria de fecha 15 de agosto de 2009

203. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.

204. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas; 2004.

205. Leal J. La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación. 4ª Edición. Valencia, Venezuela. 2012.

206. Díaz L. Visión investigativa en Ciencias de la Salud. Valencia, Venezuela. 2011. Pp: 43-54.

207. Canales F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. (16° reimpresión). México DF: Editorial LIMUSA; 2000.

208. Arnal J, Arnal N. Estudio de los resultados cuantitativos de una evaluación. Barcelona: PPU. 1987.

209. Tamayo, Tamayo M. El proceso de la investigación científica: Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación. (4°.ed). México: Limusa; 2004.

210. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas. Editorial Episteme. 5ª Edición. 2006. Pp: 21-33.

211. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 de fecha 19 de diciembre de 2011.

212. Ley Orgánica de Salud de la República de Venezuela. Gaceta Oficial Nº 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998

213. Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación. Gaceta Oficial Nº 38.544 de fecha 17 de octubre de 2006.

214. Declaración de Helsinki. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf Consulta: 20 de abril de 2018.

215. Código de Ética para la Vida. Disponible en: http://www.coordinv.ciens.ucv.ve/investigacion/coordinv/index/CONCIENCIA/codigoe.pdf Consulta: 20 de abril de 2018.

216. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de Investigación Cualitativa. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. 2003. Pág. 164, 40.

217. Núñez G, Chongo D. El consentimiento informado como vía de comunicación en la relación médico- paciente. Disponible en: http://www.cbioetica.org/revista/73/731922.pdf Consulta 23/03/18

218. Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. España. Guía de consentimiento informado. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-consentimiento-informado.Fecha de Consulta: 25/03/18.

219. España L, Ponce M. Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela. 2018. Disponible en: https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf. Consulta: 20/08/18.

220. Gámez E, Marrero H. Metas y Motivos en la elección de la carrera de la carrera universitaria: Un estudio comparativo entre psicología, derecho y biología. Anales de Psicología 2003; 19(1):121-31.

221.González R y cols. Calidad y estilo de vida en estudiantes de medicina y enfermería. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2004; 1(1).

222.Herreros O, González M, Portilla G, Pérez C, Del Val D, Bousoño M, y cols. Calidad de Vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. An. Psiquiatría 1996; 12 (4) 141-148.

223.Verde F, Gallardo G, Compeán S, Tamez S, Ortiz L. Health sciences careers choice reasons in women students. Educ. méd. 2007; 10(1), 44-51.

224.Cortés M. Ed. Motivación académica en estudiantes de medicina. [Tesis de maestría] Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/17118/CortesBarreMichelle2015.pdf?sequence=1Consulta: 04/09/18.

225.Betz E. Dos análisis de la Teoría de Maslow sobre la satisfacción de la necesidad. Universidad de Minnesotta. Disponible en: https://vdocuments.mx/dos-analisis-de-la-teoria-de-maslow-sobre-la-satisfaccion-de-la-necesidad.html Consulta: 04/09/18.

226.Candela C. Motivaciones y expectativas profesionales. Análisis desde la perspectiva de género. [Tesis Doctoral] Universidad de Valencia, España. Disponible en: http://roderic.uv.es/handle/10550/15419 Consulta: 09/09/18.

227.Camargo D, Orozco L, Niño G. Calidad de vida en estudiantes universitarios. Evaluación de factores asociados. Rev Costarr Salud Pública 2014; 23(2) Julio- Diciembre 119-125.

228.Greenhalgh T, Seyan K, Boynton P. “Not a university type”: focus group study of social class, ethnic, and sex differences in school pupils' perceptions about medical school BMJ. 2004; 328(7455), 1541-4.

229.McManus I, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. BMC Med Educ. 2006; 21(6)11.

230.Gásperi R. Algunos factores que intervienen en la elección de la carrera en los estudiantes del primer semestre de medicina cohorte marzo-julio 1995: Bol. Méd. Postgrado 1999; 15(4):139-148.

231.Valle A, Cabanach RG, Núñez JC, González-Pienda J, Rodriguez S, Pineiro I. Multiple goals, motivation and academic learning. Br J Educ Psychol. 2003; 73(1), 71-87.

232.Millan L, Azevedo R, Rossi E, De Marco L, Millan M, Arruda P. What is behind a student's choice for becoming a doctor?. Clinics 2005; 60(2):143-150.

233.Grimaldo M. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima.LIBERABIT: Lima (Perú) 2011; 17(2): 173-185.

234.Arteaga E. Contexto y sujeto en la actitud del estudiante de Medicina de la Universidad de Carabobo (Valencia, Venezuela) sobre su rendimiento académico. Revista multidisciplinaria Dialógica [revista en internet] 2017; 14(1). Disponible en: http://revistas.upel.edu.ve/index.php/dialogica/article/viewFile/5782/3082. Consulta: 08/09/18

235.Sánchez J, Álvarez M. Características de personalidad, estrato socioeconómico y desempeño académico de los alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo, sede Aragua. SALUS, 2008;12(2), 13-19. Disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol12n2/art4.pdf Consulta: 04/09/18.

236.Ortega G, Ruano J. Estudio del rendimiento académico en el ciclo básico de ciencias de la salud de la UC, extensión la Morita en el periodo correspondiente a septiembre de 1974 y abril de 1978. Universidad de Carabobo, Maracay 1978;4-50.

237.Treviño M, Hauad I, De la Cruz M, Zárate M. Factores motivacionales que orientan la decisión de ingresar a la licenciatura en medicina de la Universidad autónoma de Nuevo León. Disponible en línea en www.reddeinvestigacioneducativa.uanl.mx Consulta: 14/10/18.

238.Ros J. Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos. [Tesis Doctoral]. Universidad Católica de Murcia. Disponible en: http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2379/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consulta: 04/10/18.

239.Sosa G. Un Médico más cercano al Hombre y a la Salud. Clemente Editores C.A, 2006.Valencia Venezuela.

240.Cardozo R, Guevara H, Ortunio M. Algunas consideraciones sobre la muerte. Revista electrónica Portales Medicos.com, 2008; 3(17), 304

241.Raja R, Gala F, González J, Lupiani M, Guillén C, Alba I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. Cuad Med Forense 2002; 29:21-36. Disponible en: http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/revistasanteriores/cmf029/revista29art02.htm Consulta: 04/10/18.

242.Lawrence RE, Curlin FA. Autonomy, religion and clinical decisions: findings from a national physician survey. J Med Ethics 2009; 35(4), 214–218.

243.Castro O. Las creencias religiosas influyen en la práctica médica de Estados Unidos Disponible en:https://www.tendencias21.net/Las-creencias-religiosas-influyen-en-la-practica-medica-de-Estados-Unidos_a1409.html Consulta: 14/10/18.

244.García JC. La decisión de estudiar medicina. Trabajo presentado en la Novena Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, celebrada en Washington, D.C., del 15 al 19 de junio de 1970. Disponible en: http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/37869.pdf Consulta: 14/10/18.

245.Curione K, Míguez M. Creencias sobre la inteligencia y orientación a metas de estudiantes de Ingeniería. Investig psicol 2016; 19(2):7-27. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=752816&indexSearch=ID Consulta: 14/10/18.

246.Jaquinet M, Rivero M, Garnache A. La motivación en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina. Rev.Med.Electrón. 2016; 38(6): 910-915. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600013&lng=es. Consulta: 14/10/18.

247.Senler B, Sungur, S. Parental Influences on Students' Self-Concept, Task Value Beliefs, and Achievement in Science The Spanish. Journal of Psychology 2009;12(1), 106-117.

248.González A, Willems PP, Doan MF. Examining the relationship between parental involvement and student motivation. Educational Psychology Review. 2005;17, 99-123.

249.Hung CL. Family, schools, and Taiwanese children's outcomes. Educational Research. 2007;49, 115-125.

250.Urdan T, Solek M, Schoenfelder E. Students´ Perceptions of Family Influences on Their Academic Motivation: A Qualitative Analysis. Psychology of Education, Development. 22(1):7-21.

251.Lacarruba F, Leiva L, Morínigo S, Pertile S, Ruiz D, Frutos M. Relación entre motivación y hábitos de estudio en alumnos de la carrera de psicología de una Universidad

privada de Asunción. Eureka2011;8(2):217-230. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220- 90262011000200007 Consulta: 04/09/18.

252.Tristán M, Mezones E, Carbajal D, Pereyra R, Montenegro J, Mejia R y cols. Validación de una escala para medir las Motivaciones para estudiar Medicina (MEM-12) en estudiantes latinoamericanos. Arch Med 2015;11(3). Disponible en: http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/validacin-de-una-escalaparamedir-las-motivaciones-paraestudiar-medicina-mem12-enestudianteslatinoamericanos.php?aid=6907 Consulta: 04/10/18.

253.López J, González M, Ávila I, Teos O. Condicionantes epidemiológicos de salud y su relación con rendimiento escolar en el primer año de la carrera de medicina. Estudio de dos generaciones. Gac Méd Méx. 2009; 146(2), 81-90.

254.Bowden M, Goughney J. Socio Economic Status Cultural Diversity and the Aspirations of Secundaru Students in the Westrn Suburbs of Melborne. Australia. Higher Education: The International Journal of Higher Education and Educational Planning. Jan. 2010; 59 (1): 115-119.

255.Sobral DT. Autodeterminação da motivação em alunos de Medicina: relações com motivos de escolha da opção e intenção de adesão ao curso. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, 2008; 32(1)56-65.

256.Soler AB, Chirolde RR. Motivación y rendimiento docente en estudiantes bolivianos del Nuevo Programa de Formación de Médicos. Educ Med Super. 2010; 24(1), 42-51.

257.Silva E. Relación entre la Necesidad del logro y la Motivación para la Ejecución Académica de los Estudiantes del Ciclo de Complementación de la UNELLEZ. Apure. [Trabajo de Ascenso].2005.Universidad Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora. Marzo.

258.Angulo J. Relación de la motivación y satisfacción con la profesión elegida con el rendimiento de los estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis de Magíster]. Lima–Perú. [En línea] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2383 Consulta:10/10/18

259.Santos Y, Marzabal Y, Wong LA, Franco PM, Rodríguez K. Factores asociados al fracaso escolar en estudiantes de Medicina del Policlínico. Med Elec [Internet]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid Consulta:10/10/18

260.McManus IC, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality andachievement. BMC Med Educ. 2006; 6:11.

261.Toso A, Ayala MJ, Brunner V, Rodríguez J, Hernández MI, Urquidi C, y col. Intereses y perspectiva sobre la carrera de medicina: un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo año. Rev Med Chil. 2012;140(5):609–15.

262.Soria M, Guerra M, Giménez I, Escanero J. La decisión de estudiar medicina: características. Educ Médica. 2006;9(2):91–7.

263. Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OLN, Millan MPB, de Arruda PCV. What is behind a student's choice for becoming a doctor? Clinics (Sao Paulo). 2005; 60 (2):143–50.

264. Perales A, Sánchez E, Mendoza A, Huamaní C. Vocación médica en estudiantes de medicina de una universidad peruana. An Fac Med. 2014; 75 (1):37–42.

265.Billings K. Personal view: learning to live in a medical household. BMJ. 2004; 328 (7433):235.

266. Hallan, J. Vocation to profession: changing images of nursing in Britain. Journal of Organizational Change Management 2002; 15: 35-43.

267.Cardozo R, Guevara H, Ortunio M, Loaiza L. Características Sociodemográficas y Motivación en Estudiantes del Segundo Año de Medicina. Universidad de Carabobo, Venezuela 2008. Rev Electrónica Portalesmedicos.com.2009; 4(21), 469.

268.Núñez B, Peguero H. Diagnóstico de la motivación hacia el estudio en jóvenes de la carrera de Estomatología. Educ Med Super 2010; 24(2). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200001 Consulta:11/10/18

269.Panorama de la educación 2017. Indicadores de la OCDE. Disponible en:http://educalab.es/documents/10180/15676/INEE_PanoramaEducacion2017InformeEsp.pdf/961006fd-cbe6-4d6d-bfbc-49e4accd37d6 Consulta:11/10/18

270. Amstein RL. Emotional problems in Medical Students. Am J Psychiatry, 1986; 143(11); 1.422-3.

271.Borenstein DB: Should Physician Training Centers offer formal psychiatric assistance lO House Officers? A report on the major fmdings of a prototype programo. Am *I* Psychiatry, 1985; 142(9): 1.053-7.

272.Pacheco M, Michelena M, Salvador R, Miranda O. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes Universitarios. Revista Cubana de Medicina Militar 2014; 43(2):157-168.

273.González F. Relación entre niveles de resiliencia y niveles de burnout en el personal de enfermería [tesis de grado en internet] España: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería 2015; Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17698 Consulta:11/10/18

274.Ortega M, Ortiz R, Coronel P. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Psicología y salud [revista en internet] 2007; 17(1). Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf Consulta: 13/10/18

275.González M. La resiliencia y el engagement y su asociación con el rendimiento académico en los estudiantes de la licenciatura de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, 2011[tesis de grado en internet] México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina 2013; Disponible en: http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/13947 Consulta: 11/10/18

276.Caldera J, Aceves B, Reynoso Ó. Resiliencia en estudiantes universitarios. Un estudio comparado entre carreras. Psicogente 2016; 19 (36), 227-239. https://dx.doi.org/10.17081/psico.19.36.1294 Consulta:16/10/18

277.Ríos M, Carrillo C, Sabuco E. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. International Journal of Psychological Research, 2012; 5(1) enero-junio, 88-95 Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539011 Consulta: 14/10/18

278.Velasco V, Suárez G, Córdova S, Luna L, Mireles S. Niveles de resiliencia en una población de estudiantes de licenciatura y su asociación con variables familiares y académicas. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa 2015;(2) Disponible en: http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/490/529 Consulta:14/10/18

279.Rodríguez A. Síndrome de desgaste profesional y resiliencia en profesionales de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos del estado Aragua, 2017. [tesis de grado en internet] Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud 2018; Disponible en: www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5820 Consulta: 13/10/18

280.Rivas S. Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de los Andes.Mérida, Venezuela., 2012[tesis de grado en internet] Venezuela: Universidad de los Andes. Facultad de Medicina 2012; Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11241/56139_rivas_sileny.pdf?sequence=1 Consulta: 14/10/18

281.Strauss A. Basic of Qualitative Reserarch Techiques and Procedures for Developing Grounded Theory. London. New Delhi: Sage Publications. 1996.

282.Thuillier P. La manipulación de la ciencia. Madrid: Fundamentos, 1975; pp. 13-21. En: Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: Materiales para una fundamentación científica. Barcelona: Anthropos; 1994.

283.González F. Apuntes acerca de algunos conceptos básicos de investigación cualitativa. Revista SAPIENS, 2003; 4(1) junio, 107-132.

284.Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La educación encierra un tesoro. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590so.pdf Consulta

A N E X O S

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:
CALIDAD DE VIDA, MOTIVACIÓN Y RESILIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, EN EL PERÍODO 2015-2018.

Nombre del participante: _____

Cédula de Identidad: _____

Por medio del presente documento autorizo a la Médico y Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Sede Valencia, Magaly S Ortunio C CI: 7.120.426, número de Ministerio para el Poder Popular para la Salud: 52.145, y del Colegio de Médicos del Estado Carabobo: 5.800; perteneciente a la quinta cohorte del Programa Doctoral en Ciencias Médicas del Área de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, a participar en este estudio, el cual tiene como objetivo: Teorizar acerca de la calidad de vida, motivación y resiliencia en el contexto socioeducativo de los estudiantes de tercer año de medicina de la Universidad de Carabobo, sede Carabobo, en el período académico 2016-2018.

Durante el presente estudio seré interrogado estando amparado en las siguientes Normas, Leyes y Códigos:

1.La Ley del Ejercicio de la Medicina

2.La Ley Orgánica de Salud de la República Bolivariana de Venezuela

3.Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Información

4.Declaración de Helsinki

5.Código de Ética para la Vida

En tal sentido, he sido informad(o/a) por la investigadora, de las limitaciones de la investigación y de toda la información necesaria para hacer comprensible las preguntas que me son realizadas, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar mi participación en este estudio científico de acuerdo con el protocolo establecido, sin recibir ningún tipo de

remuneración. No obstante, podré revocar mi consentimiento en cualquier momento si esa llegase a ser mi voluntad.

Del mismo modo, la investigadora suministró su número de contacto comprometiéndose en mantener toda la información recabada en el presente estudio bajo la más estricta confidencialidad, por tal razón autorizo a que los hallazgos encontrados en mi persona sean utilizados para enriquecer el conocimiento científico nacional y mundial.

Naguanagua, en fecha: _____/_____/_____

_____	_____	_____
Firma del testigo	Firma del participante	Firma del testigo
Cédula de Identidad	Cédula de Identidad	Cédula de Identidad

Anexo 2

GRAFFAR MODIFICADO

Profesión del Jefe de Familia:
1 Universitario, Politécnico, Pedagógico, alto comerciante gerente o propietario, oficial Fuerzas Armadas Nacionales
2 Profesionales técnicos, medianos comerciantes, peritos, artistas de teatro, pintores, locutores, productores, escuelas técnicas
3 Empleados sin profesión Universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores, secretarias
4 Obreros especializados, chofer, pintor, agricultor o pescador especializado.
5 Obreros no especializados.

Nivel de Instrucción de la madre
1 Universitaria, Politécnica, Tecnológica
2 Secundaria completa, normalista, formación docente
3 Secundaria incompleta (hasta 2do año) o técnica inferior, INCE
4 Primaria o alfabeto
5 Analfabeta

Principal fuente de ingreso
1 Fortuna Heredada o adquirida, lotería
2 Honorarios profesionales, médico, abogado, pelotero, boxeador
3 Sueldo mensual (empleados)
4 Salario semanal, buhoneros, taxistas
5 Donaciones

Condiciones de alojamiento
1 Vivienda. Óptimas condiciones sanitarias, lujo
2 Optimas condiciones sin lujo, espaciosa
3 Buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos
4 Deficiencias de condiciones sanitarias en ambientes espaciosos o reducidos
5 Rancho, vivienda s/condiciones sanitarias ni espacio suficiente

TOTAL DE SUMATORIA: _____

Anexo 3

MOTIVACIÓN Y SOCIODEMOGRAFÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA (CUESTIONARIO SODEMEM, CARDOZO 2008)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario le permitirá reflexionar acerca de los motivos que tuvo para elegir la carrera. No existen respuestas buenas ni malas, pero es importante las conteste en su totalidad con sinceridad, marcando la opción que considere revela sus motivos.

Edad_____ Sexo_____ Becado: Sí_____ No_____

Municipio donde vive_____ Religión_____

Familiares Médicos: Sí___ No___

Parentesco_____

Estrato socioeconómico (ver anexo) _____

1.-En la actualidad:

__ Solo estudias

__ Estudias y trabajas

__ Trabajas solo en vacaciones

2.-Los promedios de notas que obtuviste en el último año de secundaria fueron:

- Ciencias Naturales_____ puntos

- Ciencias Sociales_____ puntos

- Matemáticas_____ puntos

- Lengua e Idiomas_____ puntos

3.-En relación a tu elección de estudiar medicina:

__ Fue la primera elección cuando saliste de secundaria

__ No fue tu primera elección pero fuiste seleccionado

__ Vienes de estudiar otra carrera en la que fuiste seleccionado

__ Estás reiniciando tus estudios porque habías abandonado temporalmente

__ Otro. ¿Cuál?_____

4.-Cuando decidiste estudiar en la universidad, ¿Cuál fue la razón principal?

- Porque ganaré más si hago una carrera universitaria

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser__ De acuerdo__ Muy de acuerdo___

- Porque ser un profesional está bien visto por la sociedad

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Por tradición familiar

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Porque si hago una carrera tendrá mayores posibilidades de encontrar trabajo

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Para tener un mayor nivel cultural y por realización personal

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Porque no tengo trabajo

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Porque debo estudiar algo

En desacuerdo___ Poco acuerdo___ Podría ser___ De acuerdo___ Muy de acuerdo___

- Otra razón, ¿Cuál?_____

5.-En tu decisión de seguir la carrera medicina, ¿cuánto influyeron cada una de las siguientes opciones?

- Tus padres u otros familiares

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente____

- Tus amigos

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Algún medio de comunicación (radio, televisión, diarios, revistas, Internet, etc)

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Alguna o algunas actividades o contenidos desarrollados durante tus estudios secundarios

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Profesores del nivel medio

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

Otra razón ¿Cuál?_____

6.- En cuanto a la orientación de la carrera, el (los) motivo(s) que te impulsó(aron) a elegir esta carrera fue (ron)?

- Vocación de servicio

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Interés Clínico y por la ciencia

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Salud Pública

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Estatus Social

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

- Estatus Económico

Nada____ Muy poco____ Poco ____ Bastante ____ Totalmente ____

Otra razón ¿Cuál?_____

Anexo 4

Cuestionario de Calidad de Vida CCV (Ruiz y Baca, 1993)

Nº	**A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo aquel número que refleje mejor su situación en este momento. (1: Nada, 2: Poco, 3: Algo, 4: Bastante, 5: Mucho).**					
1	¿Disfruta usted con el trabajo/estudio que realiza?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	¿Está usted contento con la manera en que realiza su trabajo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	¿Está usted contento con su ambiente de trabajo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	¿Le impiden los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar del tiempo libre?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	¿Termina usted su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	¿El trabajo que usted hace le provoca un permanente estado de tensión?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	¿Le desborda en su actualidad el trabajo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	¿Se siente usted con buena salud?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	¿Se siente usted con la suficiente energía para hacer su vida diaria?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	¿Se siente fracasado?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	¿Se siente usted inquieto o angustiado?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	¿Tiene usted preocupaciones que le impiden o dificultan descansar o dormir?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	¿Tiene usted insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	¿Se siente usted cansado la mayor parte del día?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	¿Está usted satisfecho con su estado actual de salud?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	¿Cree usted que va alcanzando lo que se propone en la vida?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	¿Cree usted que la vida le va dando lo que espera?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	¿Mantiene usted relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	¿Siente usted que le quieren las personas que le importan?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	Tienen usted buenas relaciones con su familia?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	¿Tiene usted amigos con los que contar en caso necesario?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Nº	**A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo aquel número que refleje mejor su situación en este momento. (1: Nada, 2: Poco, 3: Algo, 4: Bastante, 5: Mucho).**					
24	¿Cree usted que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	¿Desearía usted tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26	¿Tiene usted con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27	¿Está usted satisfecho con los amigos que tiene?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28	¿Le satisface la vida social que hace?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29	¿Tiene usted tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30	¿Tiene usted posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc)?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31	¿Considera usted agradable la vida que tiene?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32	¿Considera usted interesante la vida que lleva?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
33	¿Está usted satisfecho con la vida que hace?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
34	¿Está usted satisfecho con el dinero de que dispone?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
35	¿Está satisfecho con su forma de ser?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
36	**(Sólo contestar personas con pareja)** ¿Está usted satisfecho con su pareja?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
37	¿Le atrae físicamente su pareja?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
38	¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
39	¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja y/o hijos)?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 5
Connors-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Nº	**Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala: 0: En absoluto, 1: Rara vez, 2: A veces, 3: A menudo, 4: Casi siempre**	
1	Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios	
2	Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a	
3	Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme	
4	Puedo enfrentarme a cualquier cosa	
5	Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades	
6	Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico	
7	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	
8	Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades	
9	Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	
10	Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	
11	Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	
12	No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución	
13	Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda	
14	Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente	
15	Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí	
16	No me desanimo fácilmente ante el fracaso	
17	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales	
18	Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas	
19	Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado	
20	Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué)	
21	Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida	
22	Me siento en control de mi vida	
23	Me gustan los desafíos	
24	Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino	
25	Estoy orgulloso/a de mis logros	