



**TejidosSociales** Revista Virtual

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad Simón Bolívar | Barranquilla – Colombia

Diciembre 2015 | Vol. 1 | pp. 00 – 000 | ISSN 0000-0000

## DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD: UN ESTUDIO EN INSTITUCIONES DISTRITALES EDUCATIVAS DE BARRANQUILLA, COLOMBIA



### PARTICIPATORY DIAGNOSIS IN HEALTH: A STUDY IN DISTRIC EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF BARRANQUILLA, COLOMBIA



**Martha Rambal Simanca \***

Universidad Simón Bolívar,  
Barranquilla, Colombia

\* Magister en desarrollo social,  
Especialista en procesos  
cognoscitivos, docente del Programa  
de Psicología, USB.

Correo:

[mrambal1@unisimonbolivar.edu.co](mailto:mrambal1@unisimonbolivar.edu.co)

### RESUMEN

El siguiente diagnóstico participativo en salud dirigido a las instituciones distritales educativas de Barranquilla, Colombia, se desarrolló dentro del proceso de prácticas formativas de la asignatura “Promoción de la salud y Prevención de los problemas sociales” a cargo de los estudiantes del programa de psicología de IX semestre de la Universidad Simón Bolívar en el marco del programa “Interacción Social y Desarrollo Ciudadano” del Departamento de Extensión y Proyección Social de la U.S.B.

**Palabras Claves:** Diagnostico participativo en salud, Instituciones distritales educativas, Salud integral, Bienestar psicológico, Bienestar subjetivo, Bienestar social

### ABSTRACT

The strategic objective of this intervention is to conceptualize and describe the theoretical, epistemological and methodological compromise mental health of our region, so as to design, manage and operate through promotion and prevention programs, aimed at providing alternative solutions to social problems in the community. For it was decided to conduct a participatory assessment in health that would provide information necessary for the design and implementation of a management project that responds to the problems encountered, the diagnosis counted with the universe of the student population and faculty directors group of 8 ° at 10 ° with their respective courses (a, b, c) in two District Educational Institutions Barranquilla. For data collection techniques were used participatory qualitative and quantitative type , such as Group Interview teachers and students designed the guide questions, based on a study that was run on the Pintana Commune by the Catholic University of Chile in 1999 , which was adapted by the teacher in the classroom and Martha Rambals practices and applied Spanish adaptation of White & Diaz (2005 ) scales : Subjective Well Diener (  $\alpha = 0.68$  ) , Ryff Psychological Well-being (  $\alpha = 0.73$  ) , Social Welfare Keyes (  $\alpha = 0,70$  ) . The results showed that both teachers and students have mixed opinions regarding the concept of health , some considered to be the absence of disease and others that it is the welfare of the human being , and the trend continues in the seven remaining conceptual category ; in the level of subjective , psychological and social well-being , the students are in middle levels - high in most of the dimensions studied , but levels evidenced the presence of low levels in social welfare with respect to the update, social contribution and social coherence .

**KEYWORDS:** Diagnosis participatory health, District educational institutions, Holistic health, Well-being psychological, Subjective well-being, Social well-being

### INTRODUCCION

El binomio salud/enfermedad, la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se las separa de su circunstancia sociocultural. Vivimos formando parte de grupos y definimos nuestra realidad personal por referencia a nuestra circunstancia. Además, los servicios sanitarios se articulan en organizaciones que determinan, y son determinadas por multitud de procesos sociales. Comprender todos estos aspectos nos proporciona herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de

concomitantes psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín, 1990).

Por otro lado las demandas de salud son cada vez mayores, los servicios de salud no poseen la capacidad instalada para atender al total de los habitantes y sus las múltiples y prevalentes afecciones, constituyendo a los problemas de salud en un problema social; que a escala social debe ser resuelto. La influencia del contexto socio-cultural, y más concretamente de los grupos sociales, sobre el campo de la salud/enfermedad se puede determinar, pues, entre otras, en las siguientes áreas (Huici, 1985; Rodríguez-Marín, 1995): 1. Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad, 2. Las conductas de expresión de síntomas, 3. Las conductas orientadas a la salud, 4. La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo, en la medida en que el subsistema social y cultural establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los participantes, 5. Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales.

En suma, actualmente, por ejemplo se han producido importantes cambios en las actitudes respecto a la conveniencia de una dieta sana, del ejercicio regular, abandono del tabaco, conductas de seguridad vial, etc., (Rodríguez-Marín, 1991). Por tanto tal como afirma Hernández Torres, Gloria Stella (2003) “El contexto es un referente obligado para la formación profesional en todas las áreas y más aún en ciencias sociales y humanas, donde la base de análisis de las problemáticas y esferas de actuación profesional se encuentran ligadas a las lecturas y condiciones de posibilidad, establecidas a partir de la realidad en que se inscriben los quehaceres profesionales. La visión del contexto constituye el soporte interpretativo y analítico para la construcción de categorías de análisis de realidad, para la identificación y caracterización de problemas y fenómenos de la sociedad, sus dinámicas, procesos y relaciones, para el diseño de metodologías de intervención social y para la consolidación de un proyecto profesional coherente con las exigencias y demandas sociales, políticas y culturales, donde la actuación profesional se construya como componente vital del desarrollo social y humano de las personas vinculadas al ejercicio de la misma, esto es, hacer del ejercicio profesional una actuación esencialmente social y política”.

El análisis crítico del contexto en salud en general y particularmente en las instituciones educativas distritales del Distrito de Barranquilla, Colombia, serán objeto de estudio en la presente asignatura, acompañado de las cinco áreas antes mencionadas de la psicología social de la salud y las teorías psicosociales que permitirán comprender las realidades de los contexto de cada escenario practico; en donde los estudiantes junto con



la comunidad educativa, ejecutaran propuestas de intervención tendientes a promover hábitos comportamentales saludables que permitan la prevención de problemas en la salud, a través del diseño de un proyecto que responda a las problemáticas detectadas en el presente diagnóstico.

## METODO

### Participantes

El Universo de la población estudiantil y docentes directores de grupo, desde 8° a 10° con sus respectivas cursos (a, b, c) en dos Instituciones Distritales Educativas de la ciudad de Barranquilla.

### Instrumentos

La entrevista grupal a docentes y estudiante, incluyo el análisis de 8 categorías conceptuales relacionadas con la salud como: Concepto de salud, persona sana, persona que no está sana, problemas de salud frecuentes, factores que influyen para que los adolescentes tengan estos problemas, lugar donde acuden ante un problema de salud, conocimiento de programas de salud, y participación en los programas de salud.

Además se utilizaron tres escalas, la primera, Bienestar Subjetivo de Diener ( $\alpha=0,68$ ), la segunda, Bienestar Psicológico de Ryff ( $\alpha=0,73$ ), y la tercera, Bienestar Social de Keyes ( $\alpha=0,70$ ); con ayuda de los cuestionarios que incluyen las siguientes dimensiones: En el bienestar psicológico se tuvo en cuenta las dimensiones de Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Crecimiento Personal, Dominio del Entorno y Propósito en la Vida. Para el bienestar subjetivo la dimensión que se tuvo en cuenta fue la de satisfacción y en el bienestar social las dimensiones fueron: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social.

### Procedimiento

Posterior a los procesos de revisión conceptual y seleccionar los instrumentos se diseñó una guía de preguntas basada en un estudio que se ejecutó en la comuna la Pintana por la Universidad Católica de Chile en 1999, que fue adaptada por la docente en aula y prácticas Martha Rambal. Se realiza acercamiento con la población quienes firman en un 100% consentimientos informados. Luego, se desarrollaron las entrevistas tanto a docentes como estudiantes; y se inicia el proceso de análisis de contenido de la información acompañado de un análisis hermenéutico.

El siguiente momento fue la ejecución de prueba piloto, en donde se ajustan algunos elementos de las escalas como: Adaptación de las escalas específicamente en la numeración de las opciones de respuesta dejando como resultado rangos de 1 a 5; Dando inicio a la aplicación de las escalas Auto administradas por los estudiantes, con apoyo en gráficos e instrucciones dadas por los practicantes de IX semestre de psicología, junto con la docente. Los datos obtenidos se categorizan y tabulan, a través del proceso de frecuencias y porcentajes, utilizando análisis de la frecuencia mediante el programa SPSS/PC+ versión 15.0 para Windows; finalmente se efectúa un análisis cualitativo de esta información.

Por último se triangula la información obtenida, producto de los datos cualitativos y cuantitativos arrojados con las entrevistas y las escalas; pasando a establecer conclusiones.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la entrevista y la escala a estudiantes y la entrevista a los docentes.

### Opiniones de los estudiantes

*Concepto de salud:* Las opiniones se encuentran divididas entre:

- La ausencia de enfermedad
- El Bienestar integral del ser humano, “es importante estar bien físicamente, mentalmente y espiritualmente”.

*Persona sana:*

- Estabilidad emocional
- Actividad social
- Ejercicio físico
- Controles médicos.
- Alimentación adecuada
- Con un bienestar tanto físico como psicológico.
- Aquella que no consume sustancias psicoactivas.
- No presenta ningún padecimiento de enfermedad a nivel físico ni mental.

*Persona no sana:*

- Sufre alguna enfermedad, en donde su estado anímico y la realización de sus actividades diarias se ven afectadas, lo cual se hace perceptible en su apariencia física.



- ❑ Aquellas que se mantienen con problemas físicos y emocionales: «Que mantenga sin ánimo», «Que se ven decaídas, de mal color y sin fuerza».

*Problemas frecuentes en salud:*

- ❑ Malestares físicos: la gripa, cólicos menstruales, desmayos dolores de cabeza, la mala digestión, fiebre, agotamiento y las infecciones oculares como las conjuntivitis.
- ❑ Problemas psicológicos: depresión, estrés y el consumo de sustancias psicoactivas.
- ❑ Problemas alimenticios: obesidad y anorexia.
- ❑ Problemas relacionados con la sexualidad: Enfermedades de transmisión sexual, ITS y El embarazo en adolescentes.

*Factores que influyen en los problemas de salud:*

- ❑ Hábitos inadecuados de salud e higiene.
- ❑ Problemas ambientales: acondicionamiento de las aulas, el calor, el desaseo en la institución, entre otras.
- ❑ Largas jornadas escolares.
- ❑ Falta de afecto.
- ❑ Inasistencia médica.
- ❑ La inadecuada alimentación.
- ❑ Problemas sociales, familiares y psicológicos: «Pueden ser problemas como el estrés, el autoestima y problemas psicológicos».

*Lugar donde acuden ante un problema de salud:*

- ❑ Automedicación
- ❑ Van a clínicas u hospital más cercano.
- ❑ Al médico o al psicólogo dependiendo de la problemática que se presente.
- ❑ Añaden que la institución no tienen enfermería.

*Conocimiento de programas de salud:*

- ❑ Deportivos
- ❑ Educación sexual.
- ❑ Foro de filosofía.
- ❑ En la escuela no se han realizado programas para la salud.

*Participación en los programas de salud:*

- ❑ Actividades deportivas
- ❑ Jornada de limpieza
- ❑ Foro de filosofía “muy enriquecedor”
- ❑ Jornadas de vacunación
- ❑ Charlas de prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- ❑ “Les gustaría participar en nuevas actividades deportivas que incluyan la natación, el tenis, el voleibol y el futbol para mujeres”.

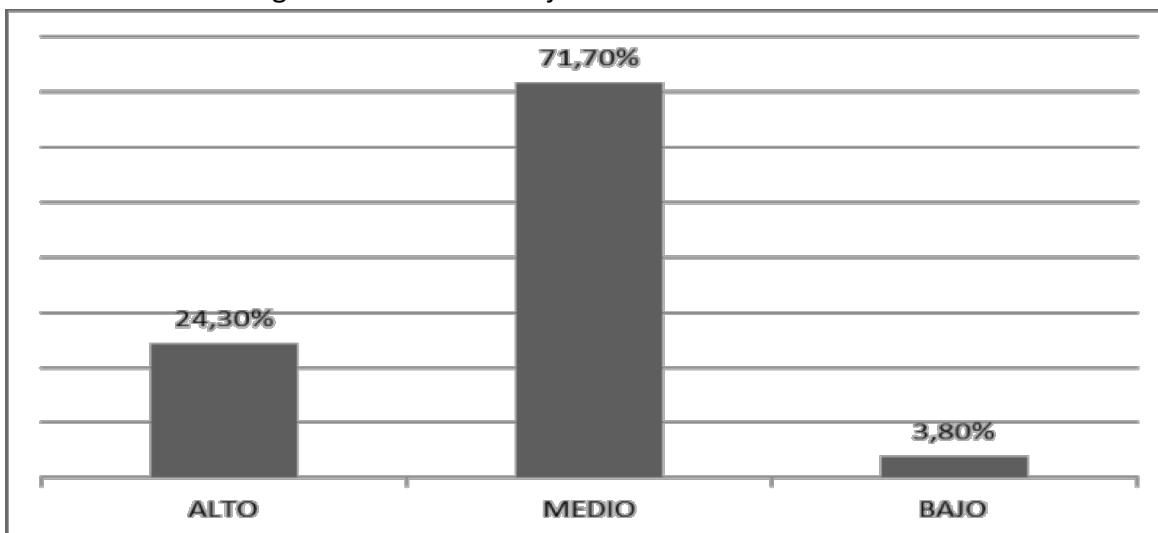
- *“incluir nuevas actividades recreativas que fortalezca el entrenamiento físico, la descarga emocional y el acercamiento con los compañeros de clase para mejorar el estado de salud de los estudiantes”.*

### Resultado de las escalas

**Bienestar Subjetivo:** se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace entorno a su vida. Estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales acontecimientos, como juicios sobre satisfacción y logro. El bienestar subjetivo es por lo tanto, un concepto amplio que incluye la experiencia de emociones agradables, bajo nivel de emociones negativas y alto nivel de satisfacción con la vida (Diener, 1984; Diener, 2000; Rambal, 2013).

Los estudiantes se ubicaron en niveles medios y alto de valoración de su vida, en un 71,7% éstos se encuentran en niveles medios de satisfacción con la vida, un 24,3 % está altamente satisfecho y solo 3,8% no lo está. Diener y Diener (1995) citados por García (2002), esbozan que la primera dimensión o categoría del bienestar subjetivo, describe el bienestar como la valoración que hace el individuo de su propia vida en términos positivos, esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida" (Figura 1).

Figura 1. Bienestar Subjetivo: Satisfacción con la Vida

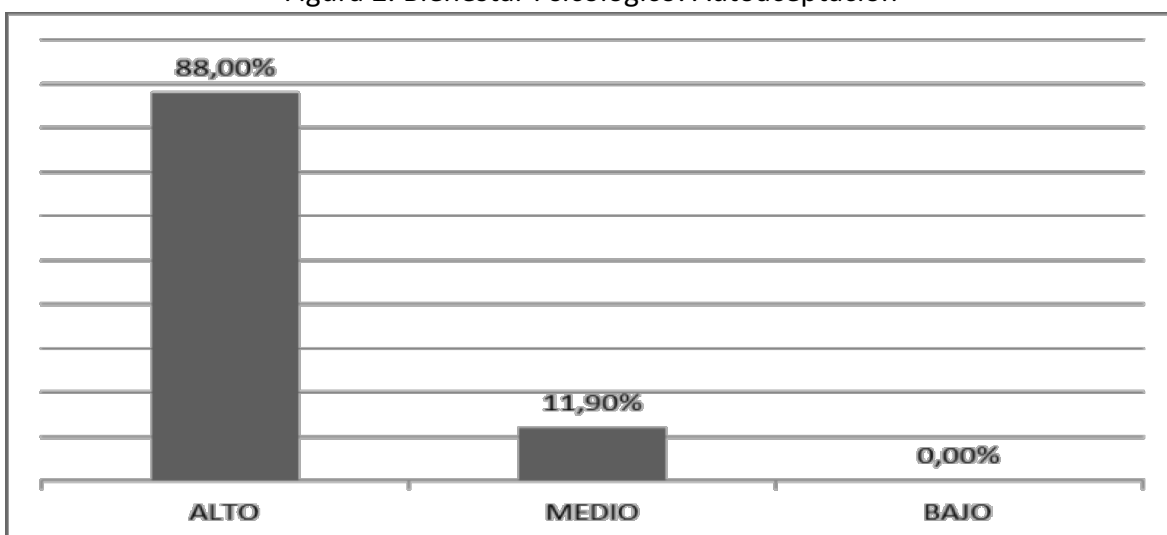


**Bienestar Psicológico:** Para Diener, Suh y Oishi (1997, citados por Casullo, 2002, p. 12), el bienestar psicológico, “indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y de vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas. El componente cognitivo, a los efectos de la investigación científica, parece más relevante, dado que su principal característica es ser estable, se mantiene con el tiempo e impregna la vida global de los sujetos”.

De las escalas de bienestar psicológico (Ryff y Reyes, 1995), se observan los siguientes resultados:

*Auto-aceptación.* Es uno de los factores que más determinan el bienestar. Implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida. En este factor los estudiantes se ubicaron en un nivel Alto 88%, 11.9%, en un nivel medio y ninguno en bajo; lo cual evidencia que hay alta auto-aceptación y esta es básica para la salud mental y es una característica central de la auto-realización, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad (Figura 2).

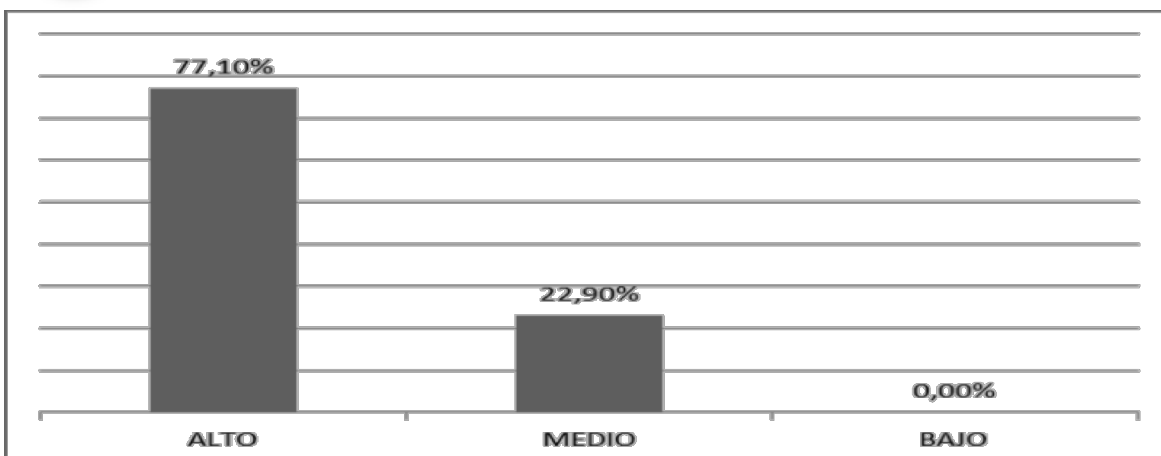
Figura 2. Bienestar Psicológico: Autoaceptación



*Relaciones positivas.* La calidez y la confianza en las relaciones interpersonales son importantes para disfrutar de bienestar psicológico. En esta dimensión los estudiantes se ubicaron en un nivel Alto el 77,1%, en un nivel medio el 22.9% y ninguno en niveles bajos; de lo que se entiende que son personas con capacidad de auto-realización demuestran empatía y tienen firmes sentimientos de afecto hacia otras personas, son capaces de dar más amor y de tener profundas relaciones de amistad (Figura 3).

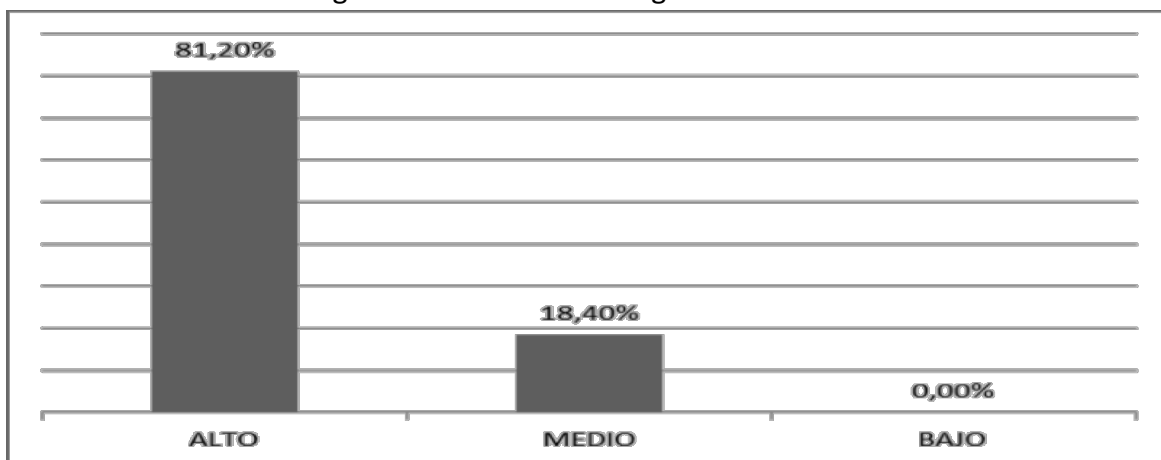
Figura 3. Bienestar Psicológico: Relaciones positivas





*Autonomía.* Es la capacidad que tiene el ser humano, para mostrarse ante sí mismo y ante los demás como un ser propositivo, que comprende y participa activamente en el mundo que le rodea, que evalúa las alternativas de acción más ajustadas al contexto, en función de sus intereses y motivaciones. Dicha capacidad, es fundamental para el desarrollo del bienestar psicológico y social de las personas. (Blanco & Valera, 2007). Para esta dimensión los estudiantes se ubicaron en un nivel Alto 81,2%, en un nivel medio 18,4% y ninguno en nivel bajo, los estudiantes en su mayoría se muestran con autonomía no dejándose llevar por los miedos y creencias de las masas y consiguen tener un sentido de libertad en sus comportamientos (Figura 4).

Figura 4. Bienestar Psicológico: Autonomía

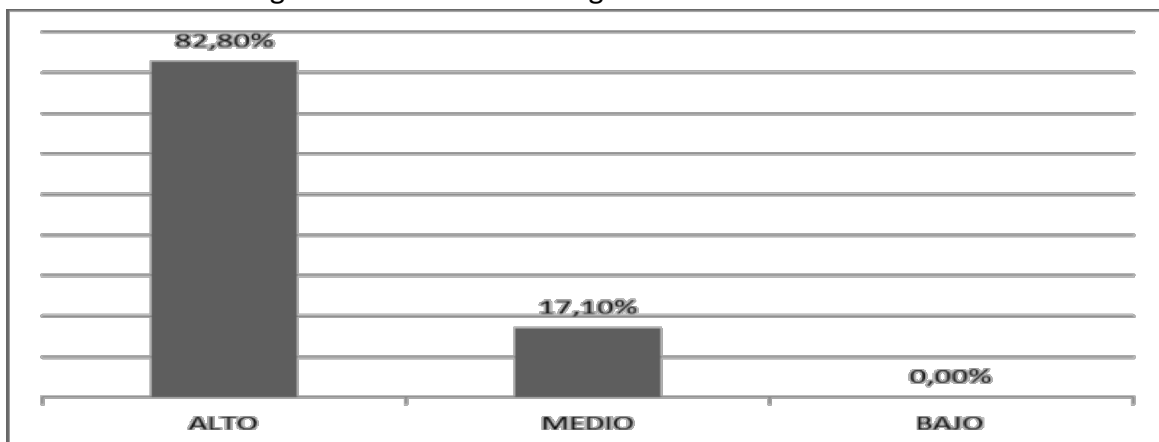


*Dominio del entorno.* La habilidad para elegir o crear entornos favorables para la satisfacción las propias necesidades psicológicas es otra de las características básicas de un sano funcionamiento psicológico. La madurez requiere participar activamente en la importante esfera de lo externo a uno mismo. En los resultados obtenidos la mayoría de los estudiantes se encontró en la categoría de respuesta Alto con un 82,8%, Medio con 17,1% y ninguno con Bajo nivel de dominio por el entorno. Esto indica que los estudiantes



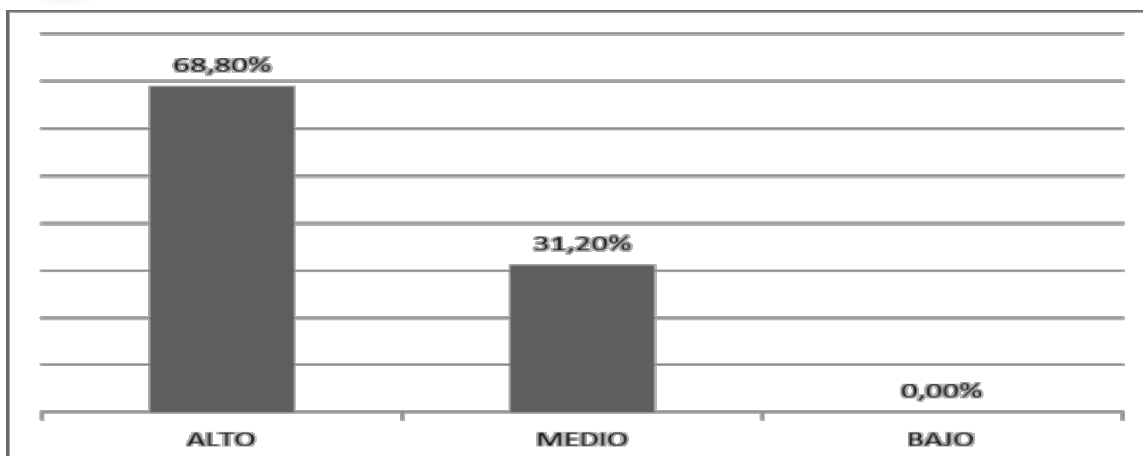
en su mayoría son personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea” (Ryff y Singer, 2002, citados por Díaz, Rodríguez, Blanco, et al, 2006) (Figura 5).

Figura 5. Bienestar Psicológico: Dominio del entorno



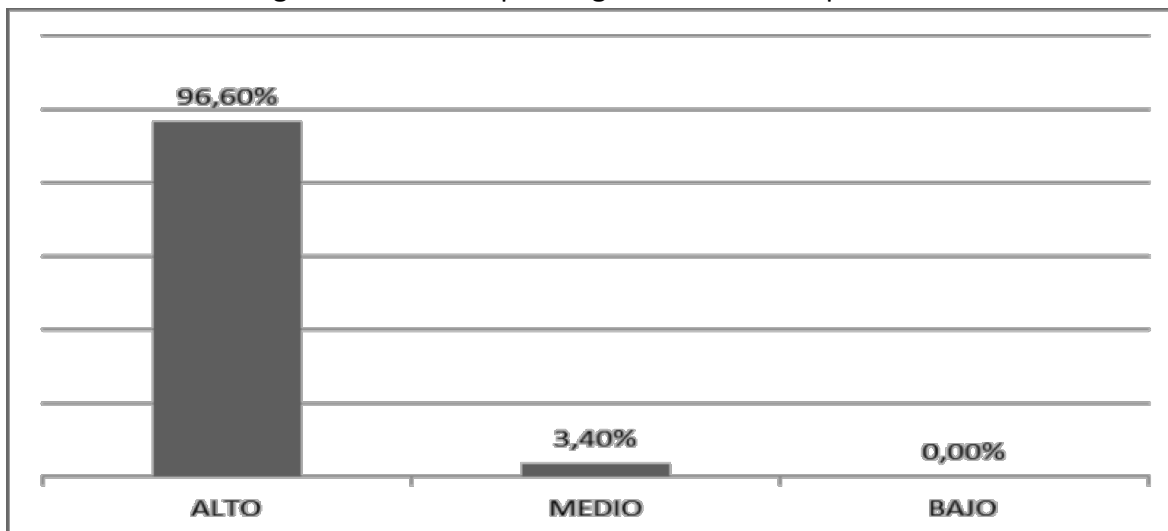
*Propósito en la vida.* Para disfrutar de un bienestar duradero las personas necesitan marcarse metas en la vida, definir objetivos que les permitan dar sentido a su vida. En este factor los estudiantes se ubicaron en un nivel Alto - Medio 68,8% y 31,2% respectivamente, así que se perciben con una vida que tiene significado con una sensación de dirección e intencionalidad, haciendo que la vida resulte productiva, creativa y emocionalmente integrada (Figura 6).

Figura 6. Bienestar Psicológico: Propósito en la vida



*Crecimiento personal.* El funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere alcanzar las cinco características anteriores, necesita también que la persona ponga esfuerzo en desarrollar sus potencialidades con el objetivo de crecer y expandirse como ser humano. En esta dimensión, los estudiantes se ubican en el nivel Alto 96,6%, solo un 3,4% resultaron en ser nivel medio y ninguno se encuentra en bajos niveles (Figura 7).

Figura 7. Bienestar psicológico: Crecimiento personal



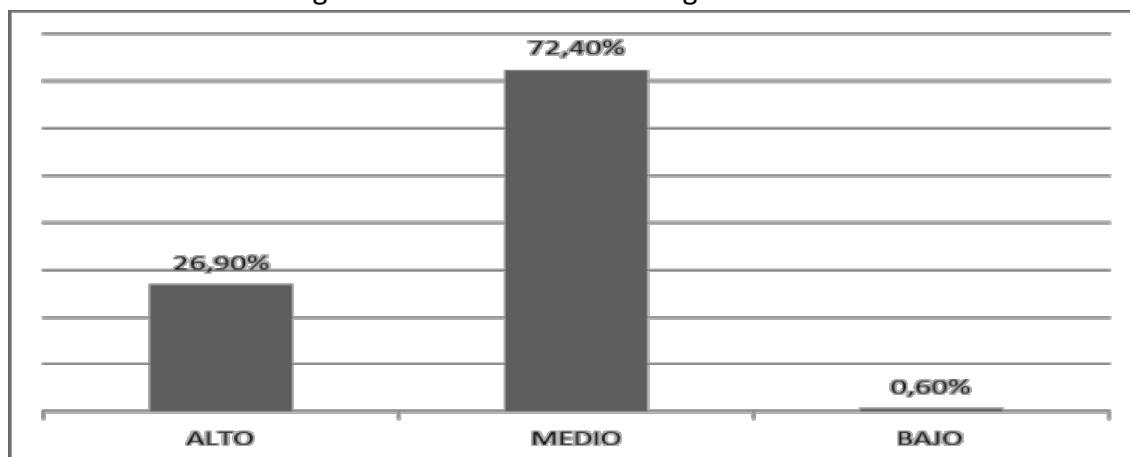
*Bienestar Social:* Keyes (1998), propuso una nueva dimensión de Bienestar; la social. Esta, se entiende entonces como: “La valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (p. 122).

*Integración social:* Es la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad” (Keyes, 1998, p. 122. Citado por Blanco y Díaz, 2005).



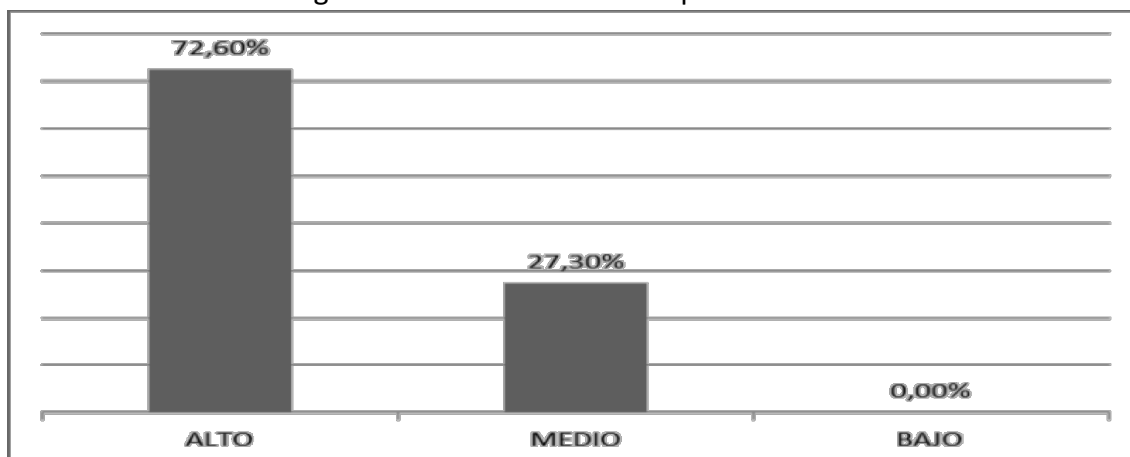
p. 5). En esta escala la mayoría de los estudiantes se encuentran en un nivel medio 72,4%, un 26,9% del nivel Alto y solo un 0,6% con un nivel bajo. Lo que quiere decir que son personas sanas que se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden a los lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc. (Blanco y Díaz, 2005) (Figura 8).

Figura 8. Bienestar Social: Integración social



*Aceptación social:* es la experimentación del disfrute por pertenecer a la sociedad, en cuanto a la aceptación y confianza de los otros, así como de la propia vida. Los estudiantes se ubicaron en este factor en un nivel Alto 72,6% y el 27,3% en un nivel Medio, lo cual indica que los estudiantes tienen alto grado de aceptación de los aspectos positivos y negativos de su propia vida (Figura 9).

Figura 9: Bienestar Social: Aceptación social

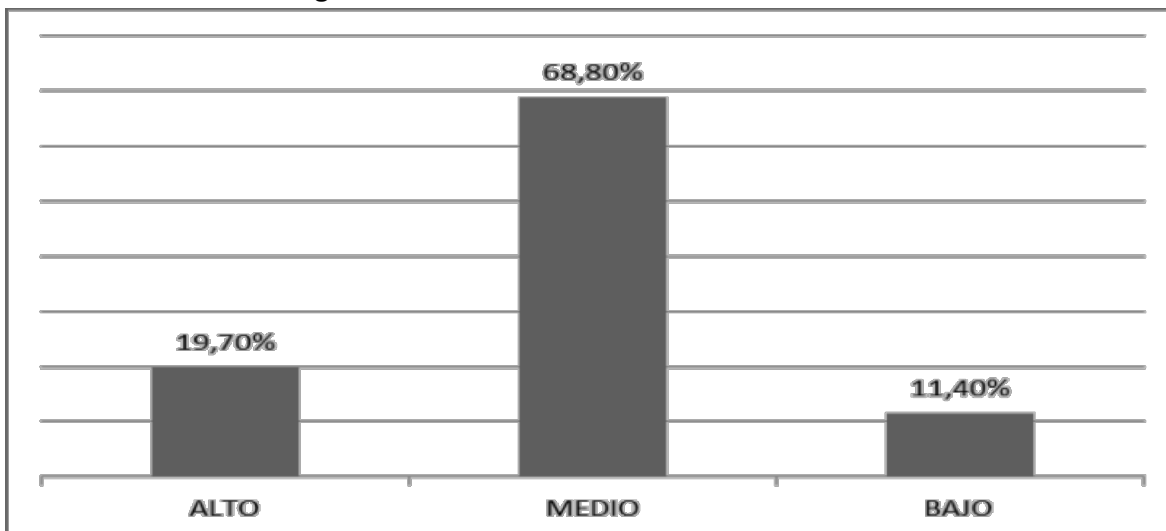


*Contribución social:* es el sentimiento de utilidad, y el reconocimiento de nuestro aporte a la sociedad por parte de los otros. En esta escala la mayoría de los estudiantes se encuentran en un nivel medio 68,8%, un 19,7% del nivel Alto y solo un 11,4% con un nivel bajo. Lo que indica que la mayoría de estudiantes tienen una postura neutral en cuanto a



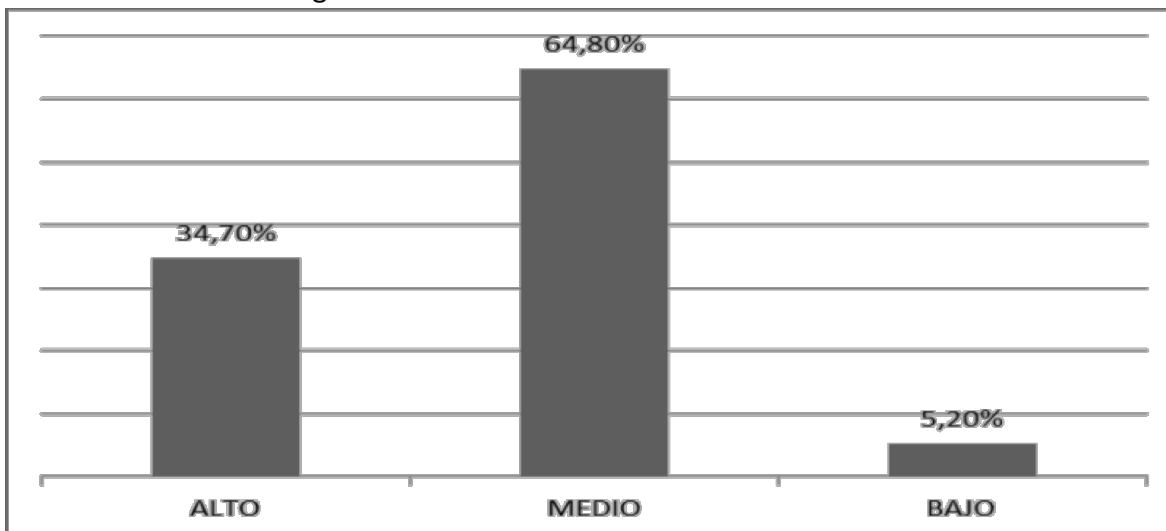
sentirse como miembro vital de la sociedad, que tienen algo útil que ofrecer al mundo» (Keyes, 1998, p. 122), y que lo que aportan es valorado (Figura 10).

Figura 10. Bienestar Social: Contribución social



*Actualización social:* es el sentimiento de confianza frente al rumbo de la sociedad, es pensar que ésta se dirige hacia un futuro prometedor de crecimiento y desarrollo. En esta escala la mayoría de los estudiantes se encuentran en un nivel medio con un 64,8%, un 34,7% del nivel Alto y solo un 5,2% con un nivel bajo. Así que a nivel general los estudiantes se encuentran saludable, desde el punto de vista mental, como advierte Keyes (1998, p. 123), confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar (Figura 11).

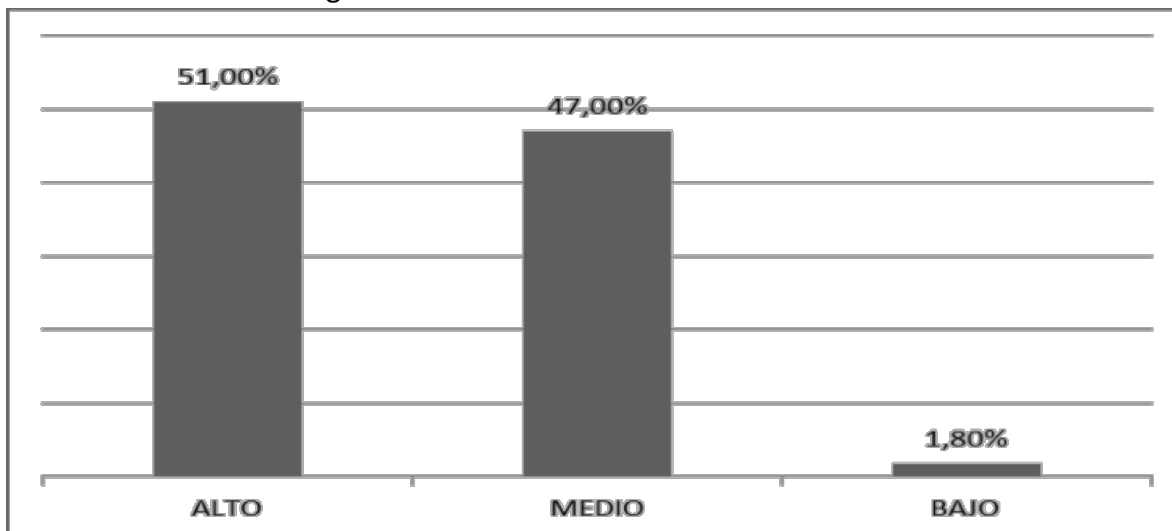
Figura 11. Bienestar Social: Actualización social





*Coherencia social*: es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo (Keyes, 1998, p.123). En esta escala la mayoría de los estudiantes se encuentran en un nivel Alto con un 51%, un 47% del nivel Medio y solo un 1,8 % con un nivel bajo. Donde se muestran sanos, no sólo se preocupan por conocer el tipo de mundo en el que viven, sino que tienen la sensación de que son capaces de entender lo que acontece a su alrededor. Viendo un sentido a lo que pasa, y encontrando una lógica en los acontecimientos que nos rodean (Figura 12).

Figura 12. Bienestar Social: Coherencia social



### Opiniones de los docentes

Con respecto a las respuestas obtenidas por los docentes de la Institución, se pudo detectar que:

Se evidencia que los problemas de salud frecuentes no solo son las gripas, los dolores de cabeza y problemas digestivos, las erupciones de la piel, problemas nutricionales, siguiéndoles los dolores de cabeza, fiebres, cólicos, diarrea, mareos, problemas auditivos, visuales y sufrir accidentes físicos durante las prácticas de alguna actividad en la institución.

Cuando se presentan estos problemas de salud en los adolescentes algunos estudiantes no asisten a clases, si el problema de salud ocurre en clases, se dirigen a los profesores, en caso de accidentes en el instituto se les comunica a los padres de familia y/o acudientes o se remiten a las IPS médicas.

En relación al conocimiento sobre un centro de salud, que pueda atender a la población estudiantil de la escuela, los docentes manifiestan que no los conocen, sin embargo, uno de ellos comenta que algunos estudiantes tienen un tipo de afiliación al sistema de salud, por tanto la mayoría de los estudiantes se remiten a coordinación académica para que les brinden una solución. Por otro parte, otros docentes manifiestan que sí conocen el centro de salud más cercano, pero lo confunden en nivel de atención en cuanto a la identificación de pasos y caminos, ya que en Simón Bolívar, no existe “Paso”, sino “Camino”.

Cuando se les pregunta a los docentes sobre la experiencia de los estudiantes en estos centros de salud, EPS y el SISBEN les brinda la atención dependiendo al caso siendo atendidos según la capacidad del centro de salud, la mayoría piensa que los jóvenes si son atendidos en los centros de salud, aunque en ocasiones los problemas no son resueltos en su totalidad por falta de medicamentos, ausencia del documento de identidad y/o carnet y bajos recursos económicos, calificando una atención de manera regular debido a estas barreras que dificultan la optimización del servicio de salud.

La opinión de los docentes sobre las actividades que ha realizado la institución conjuntamente con el centro de salud se encuentra dividida de la siguiente forma: Una parte manifiestan que no se han realizado, sin embargo uno de los docentes afirma que se han ejecutado charlas sobre embarazo, drogadicción a través de Bienestar, la Policía y la Universidad, pero en esta última no puntualiza que centro de formación profesional es. Y la otra parte dice que la escuela si ha realizado actividades conjuntas con centros de salud y organizaciones comunitarias e institucionales, aunque piensan que podrían vincularse mucho más.

Al hacer referencias a las actividades de promoción de salud que actualmente se han realizado los docentes mencionan lo siguiente:



- *“Dos de los docentes coinciden en desconocer este tipo de actividades y otros dos concuerdan que se hacen campañas de prevención sobre las enfermedades de transmisión sexual, drogadicción o embarazos no deseados”.*
- *“Actualmente son pocas las actividades de promoción de la salud que se le han realizados a los adolescentes por parte de la escuela. Algunos están asistiendo a conferencias, charlas que le hacen otras instituciones, como es el caso de las universidades en sus horas de prácticas de los estudiantes”.*

Los docentes plantean que las actividades vigentes de promoción de salud destinadas a adolescentes en la escuela, son charlas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazos, drogadicción, orientación y consejería, el bullying, derecho y conocimiento sobre la ley de infancia y adolescencia, jornadas en salud, exámenes ópticos, charlas realizadas a través de instituciones como la Policía Nacional y la Universidad Simón Bolívar.

## DISCUSIÓN

El presente diagnóstico permite afirmar lo siguiente: se puede concluir que la gran mayoría de los estudiantes, presentan una opinión dividida con relación al concepto de salud, unos la definen como la ausencia de enfermedad y así mismo, de forma general otros lo hacen como el bienestar integral del ser, haciendo énfasis en los factores de protección, tales como: tener sanos hábitos alimenticios, practicar un deporte, tener un desarrollo psicosexual adecuado y asistir a controles médicos.

Por otro lado, los estudiantes expresaron la falta de motivación en la vivencia de los factores de bienestar brindados por la institución, dado que no eran dinámicos en charlas y que no profundizaban en las temáticas de salud abordadas, haciendo de estos repetitivos y poco creativos.

Así mismo, en el desarrollo de las entrevistas realizadas por los docentes, estos realizaron afirmaciones entorno al concepto de salud, que aluden a la forma como los estudiantes y de la Institución hacen frente a las dificultades en salud que se presentan. Por otro lado, los docentes han abordado el concepto de salud en términos de promoción y prevención en una esfera relacionada con la educación sexual, que a consideración, debe aplicársele las demás variables que están implicadas en la concepción de lo que corresponde a una salud integral, dicho de otro modo, un bienestar social, físico y psicológico.

En cuanto la solución que manifiestan los docentes, estos remiten a la coordinación académica y desde allí se toman las decisiones pertinentes al caso, ya que esta dependencia es quien toma las decisiones y soluciones con respecto a los problemas



de salud de los educandos. Con respecto, a los estudiantes estos optan por no ir a clase, si se presenta dentro de las instalaciones de la Institución se dirigen a los docentes y si se maximiza la situación se comunican con sus padres o acuden a las IPS médicas, convirtiéndose esto en un factor de riesgo para la salud de los mismos.

Teniendo en cuenta lo mencionado los docentes identifican la necesidad de instaurar una enfermería que brinde los primeros auxilios a los estudiantes en aras de dar respuesta a esta necesidad la mayoría de los estudiantes son remitidos a coordinación académica para que les proporcionen una solución. Es importante anotar, que la barrera de obstáculos percibidos en la atención de salud tiene que ver con la inexistencia de la enfermería en la institución educativa; sobre las fortalezas o aspectos positivos sobre la atención de salud, apuntaron a la remisión hacia un lugar donde puedan los estudiantes ser atendidos adecuadamente.

Es de destacar en este aspecto, que la Institución realiza actividades formativas tales como charlas que abordan temáticas como: embarazo, drogadicción y desarrollo sexual. Lo cual según los docentes, concientiza a los estudiantes de los peligros que le rodean y la experiencia de acuerdo son buenas y provechosas de acuerdo con la visión del alumnado.

Referente a las escalas de bienestar aplicadas se puede analizar lo siguiente: la escala de bienestar subjetivo se logra interpretar en términos medios-altos lo que significa que los estudiantes afectivamente y cognitivamente se sienten altamente satisfecho con su vida; por otro lado el bienestar psicológico se logra ubicar en una posición medio-alta reflejando el grado de satisfacción de ellos en las dimensiones de auto aceptación , relaciones positivas, autonomía , crecimiento personal, dominio del entorno y propósito en la vida, destacándose en esta última ya que los estudiantes tienen la necesidad de marcarse metas, definir ciertos objetivos, que le permitan dar sentido a su vida elemento fundamental en el momento del ciclo vital en la cual se encuentran .

Por último el bienestar social se percibe en una calificación medio-alto lo que quiere decir que dentro de la sociedad se perciben en términos generales aceptados; sin embargo presentando algunas dificultades en las dimensiones de actualización social y coherencia social al existir porcentajes medio y bajos, que pueden ser mejorados medida que interactúen y explore su propio contexto rectificando su importancia y utilidad.

## CONCLUSIÓN

Por lo anterior se sugieren las siguientes líneas de acción para la intervención:

Diseñar participativamente con la comunidad educativa un proyecto interdisciplinar que permita fortalecer la visión de los estudiantes, padres de familia y



docentes en cuanto a las oportunidades de desarrollo que ofrece la sociedad para generar la sensación del bienestar social dando como respuesta la satisfacción de utilidad frente a los desafíos que debe experimentar en busca de un bienestar subjetivo y psicológico, que incluya actividades como:

- ❑ Plan de sensibilización a la población de estudiantes con el fin de dar una adecuada redefinición del concepto de salud.
- ❑ Diseño de programas prácticos pedagógicos que generen conciencia con respecto al concepto y cuidado de la salud.
- ❑ Informar a la comunidad sobre las rutas de acceso a los sistemas y puestos de salud a estudiantes y docentes.
- ❑ Realizar jornadas de salud en la institución educativa.
- ❑ Efectuar junto con los estudiantes que participaron en las entrevistas grupales actividades recreativas para que estos generen un impacto en los diferentes grados que conforman la institución.
- ❑ Diseñar espacios informativos que actualicen a los estudiantes sobre el acontecer social local, regional, nacional y mundial.
- ❑ Fortalecer los espacios de participación estudiantil como escenario propicio para estimular la dimensión de la coherencia social.
- ❑ Atender los problemas frecuentes de los estudiantes como lo son la violencia intrafamiliar, violencia escolar, las enfermedades virales, y las ITS.
- ❑ Sensibilizar y gestionar en la comunidad educativa propuestas para la creación de la enfermería del instituto.
- ❑ Elevar los niveles de bienestar social específicamente en lo que tiene que ver con la contribución social de los estudiantes, para
- ❑ que pueden sentirse como miembro vital de la sociedad, que tienen algo útil que ofrecer al mundo.

## REFERENCIAS

- Blanco Amalio y Díaz Darío. (2005). *El Bienestar Social su concepto y su medición*: Universidad de Oviedo, Psicothema Volumen 17, número 004, Oviedo, España, (pp. 582-589).
- Caballero, M., Richard, M, Cabrero J., Orts, M., Reig, A. & Tosal, B. (2004). , *Fiabilidad y validez de una escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas*. Psicothema, 16, pp. 448 – 455.
- Cuadra H. & florenzano, R (2003). *El bienestar subjetivo. Hacia una psicología positiva*. Revista de psicología de la Universidad de Chile, 12 (1), pp. 83 – 96.
- Cooperación municipal de educación y salud (2010). *Diagnostico participativo discapacidad*. San Bernardo.



- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., et al. (2006). *Adaptación española de las escalas de Bienestar psicológico* de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), pp. 572- 577.
- Díaz, G (2001). *El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas*. Revista Cubana de Medicina General Integral, G (17), pp.572-9.
- Diener, E. (1984). *Subjective Well – Being*. *Psychological Bulletin*, 95(3), pp. 542 – 575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R & Griffin, S. (1985). *The satisfaction with life scale*. *Journal of personality and social psychology*, 69, pp. 120 – 129.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R, & Suh, E. (1998). *Subjective Well – Being is essential to well – Being*. *Psychological* , 55 (1), pp 34 – 43.
- Diener, E. (2000). *Subjective Well – Being*. *American Psychologist*, 55(1), PP 34 – 43.
- Diener, E. (1994). *El bienestar subjetivo. Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*. Vol. 3 (8) 41 páginas. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003.
- Figuerola M., Contini. N, Lacunza. A, Levín. M, Estévez Suedan. A (2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina)*. Argentina; Anales de psicología© Copyright 2005: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España)
- Rosario; Quevedo Marrero y Carballeira Abella Mónica (2010). *El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo*. *Salud Mental* 33:(39-46)
- Romero Carrasco A. E, Zapata Campbell. R, García-Mas. A, Brustad, R...J, Garrido Quiroz, R., y Letelier López. A. (2010). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición*. Barcelona; Revista de Psicología del Deporte Universität de les Iles Balears
- Ryff, C. (1995). *Psychological well-being in adult life*. *Current Directions in Psychological science*, 4 (4), 99-104. En: Vásquez Carmelo, Hervas Gonzalo.
- Rahona Juan y Gómez Diego. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva*. Anuario de la psicología clínica y de la salud 5 (2009).
- Schopenhauer, A. (2000). *El arte de ser feliz. Explicado en cincuenta reglas para la vida*. Madrid. Editorial Herder.
- Subsecretaría general de gobierno (2008). *Elaboración de diagnósticos participativos*. Gobierno de Chile.
- Trapero Pena Bernardo. (2009). *La medición del Bienestar Social: una revisión crítica*. *Estudios de economía aplicada* vol., 27-2 págs., 299-324.
- Unhcr (2006). *Herramientas del ACNUR para el diagnóstico participativo*. Ginebra. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).
- Zubarew G.T, Seguel. P, Romero. M, Tellez. A, Peñaloza. B, (1999). *Diagnostico participativo de necesidades de salud de adolescentes de la comuna la Pintana*. Departamentos de Pediatría, Salud Pública y Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile.