

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

TÍTULO DEL PROYECTO

AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS.
HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” RIOBAMBA, 2018

AUTORES: Callay Pala Paola Jaqueline

Guamán Coello Carmen Alejandra

TUTOR: Dr. Byron Boada Aldáz, Mg.

Riobamba- Ecuador

Año 2019

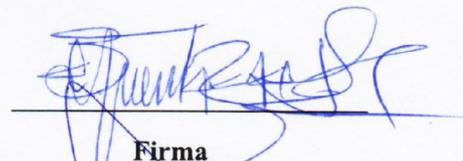
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de graduación del Proyecto de Investigación con el título: **“AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” RIOBAMBA, 2018”**, presentado por las señoritas PAOLA JAQUELINE CALLAY PALA con Cédula de Ciudadanía No. 060509774-0 y CARMEN ALEJANDRA GUAMÁN COELLO Cédula de Ciudadanía No. 060451845-6, con la tutoría del Dr. Byron Boada, Mg. Una vez realizado el Informe final del Proyecto de Investigación escrito con fines de graduación, en el que se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten la presente aprobación para uso y custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Byron Boada, Mg.

Tutor



Firma

Mgs. Mayra Castillo

Miembro del Tribunal



Firma

Mgs. César Ponce

Miembro del Tribunal



Firma

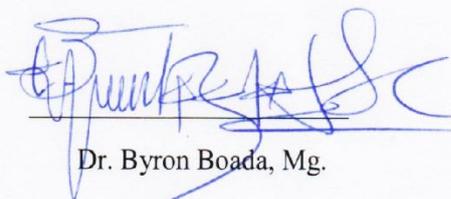
APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR

Dr. Byron Boada, Mg. Docente de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el Informe final del Proyecto de Investigación titulado **AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” RIOBAMBA, 2018**, realizado por las señoritas PAOLA JAQUELINE CALLAY PALA con Cédula de Ciudadanía No. 060509774-0 y CARMEN ALEJANDRA GUAMÁN COELLO con Cédula de Ciudadanía No. 060451845-6, mismo cumple con los parámetros establecidos por la institución académica. Encontrándose aptas para presentarse a la defensa pública.

Riobamba, 25 julio del 2019

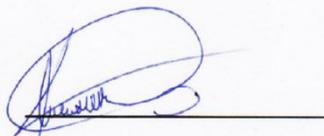


Dr. Byron Boada, Mg.

TUTOR

AUTORÍA DEL PROYECTO

Nosotras, **Callay Pala Paola Jaqueline** portadora de la Cédula de Ciudadanía No 060509774-0 y **Guamán Coello Carmen Alejandra** portadora de la Cédula de Ciudadanía No 060451845-6, declaramos ser responsables de las ideas, resultados y propuestas planteadas en el presente Proyecto de Investigación sobre: **AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” RIOBAMBA, 2018**, y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Paola Jaqueline Callay Pala

C.I 060509774-0



Carmen Alejandra Guamán Coello

C.I 060451845-6

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo primeramente a Dios por darme la vida y premiarme con una maravillosa familia, a mi padre Ignacio que me inculcó valores y ahora desde el cielo bendice e ilumina mi camino, a mi madre Sofía por su esfuerzo y dedicación, a mis hermanos y hermanas por el apoyo incondicional, a mis sobrinos por su inmenso cariño.

A mi amiga y compañera de tesis Alejandra, por su confianza y motivación para realizar esta investigación.

A los Docentes de la Carrera de Psicología Clínica de la UNACH, que supieron transmitir el conocimiento científico contribuyendo así al desarrollo de profesionales de excelencia, como buenos seres humanos; de manera especial al Dr. Byron Boada en su calidad de tutor, por el tiempo, paciencia y esfuerzo dedicado a nuestro trabajo.

Paola Jaqueline Callay Pala

En primer lugar, quiero agradecer a Dios quien es mi fuente principal de amor, sabiduría y fe, permitiéndome llegar a cumplir cada meta que me he propuesto.

Agradecer infinitamente a mis padres por la confianza depositada en mí, por el apoyo en cada uno de mis proyectos, por el amor y la paciencia. A mi compañera de tesis Paola, quien fue parte principal de este gran logro.

A los Docentes de la Carrera de Psicología Clínica de la UNACH por impartir sus grandes y valiosos conocimientos, y finalmente a mi Tutor Dr. Byron Boada por las enseñanzas y el tiempo dedicado para la culminación de la presente investigación.

Carmen Alejandra Guamán Coello

DEDICATORIA

Con mucho respeto y cariño a mi añorado padre Ignacio; a mi madre querida Sofía; a mis hermanos Diego, Verónica, Iván, Ximena, Mónica, y sobrinos José y Celeste, quienes son mi motivación.

A mi abuelita Luz María y mi abuelito Pedro (+), personas humildes y de gran corazón.

A mis tías, ejemplo de esfuerzo y perseverancia, quienes me apoyaron en los momentos difíciles.

Paola Jaqueline Callay Pala

A mi familia: Hugo, Adriana, Andrés, mis héroes y ejemplo a seguir, la mayor inspiración de superación en la vida.

A mis abuelos Javier, Genoveva y Carmen.

A mis tías Mercedes y Victoria, mujeres ejemplares, quienes me han enseñado a luchar para conseguir lo que se propone en la vida.

En memoria de mi abuelo Pedro Pablo Guamán, quien fue ejemplo de amor, unión, valentía y lucha constante.

Carmen Alejandra Guamán Coello

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	II
APROBACIÓN DEL TUTOR	III
AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
Problema	2
Justificación	4
OBJETIVOS	5
Objetivo General	5
Objetivos específicos.	5
MARCO TEÓRICO	6
Antecedentes	6
AUTOCONCEPTO	8
Definición	8
Formación del autoconcepto	9
Características del autoconcepto	10
Componentes del autoconcepto	10
Dimensiones del Autoconcepto	11
ESTILO DE VIDA	13
Definición	13
Estilos de vida	13
Factores protectores en el estilo de vida	14
Factores de riesgo en el estilo de vida	15
Influencia sociocultural	18
METODOLOGÍA	19
Tipo de Investigación	19
Diseño de la Investigación	19

Nivel de la Investigación	20
Población	20
Muestra	20
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	21
Reactivos Psicológicos	21
Instrumentos	21
Técnicas para el procesamiento e Interpretación de Datos.	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Autoconcepto Académico-Laboral	23
Tabla 2. Autoconcepto Social	23
Tabla 3. Autoconcepto Emocional	24
Tabla 4. Autoconcepto Familiar	25
Tabla 5. Autoconcepto Físico	25
Tabla 6. Estilo de Vida	26

RESUMEN

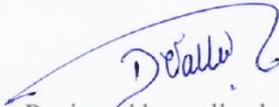
La presente investigación se llevó a cabo en un contexto hospitalario, con el objetivo de analizar el *autoconcepto* y *estilo de vida* en la población sometida a estudio. Parte del enfoque cuantitativo por ser medible psicométricamente, transversal, de campo, no experimental y descriptiva. Se empleó la Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Escala de estilo de vida. Para el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos se utilizó los programas estadísticos Microsoft Excel y SPSS 23.0. Obteniéndose los siguientes resultados: Respecto del *autoconcepto*, se observó mayor porcentaje (de cinco dimensiones) en la *dimensión emocional*, nivel alto, hombres 41.7%; nivel bajo, mujeres 42.1%. En lo que concierne al *estilo de vida* (no saludable y saludable), se observó mayor porcentaje en el estilo de vida no saludable, hombres 55,9%, mujeres 42,4%; y, en el estilo de vida saludable, hombres 44.1%, mujeres 57.6%; estilo de vida no saludable mayormente en hombres y, estilo de vida saludable mayormente en mujeres. Fenómeno psicosocial (relativo al *autoconcepto* y *estilo de vida*) que guarda concordancia con otros estudios realizados en diferentes contextos sociales. Concluyéndose que la percepción, respecto del *autoconcepto*, en la población estudiada, es mayor en lo que corresponde al aspecto físico y/o autoimagen; así mismo, se determinó el estilo de vida saludable y no saludable en nuestro contexto social.

Palabras claves: autoconcepto, estilo de vida, influencia social, alienación.

ABSTRACT

The aim of the present research was carried out in a hospital setting, to analyze the self-concept and lifestyle in the population under study. Part of the quantitative approach to be measurable psychometrically, not experimental, cross-sectional, field and descriptive. The Self-concept Scale Form 5 (AF5) by García and Musitu, and the Walker Lifestyle Scale, Sechrist Pender, were used. For the processing and interpretation of the obtained data, the statistical programs Microsoft Excel and SPSS 23.0 were used, obtaining the following results: Regarding self-concept, a greater percentage (of five dimensions) was observed in the emotional dimension, high level, men 41.7% ; low level, women 42.1%. As regards the lifestyle (unhealthy and healthy), a higher percentage was observed in the unhealthy lifestyle, men 55.9%, women 42.4%; and, in the healthy lifestyle, men 44.1%, women 57.6%; unhealthy lifestyle mostly in men and, healthy lifestyle mostly in women. Concluded that the perception, regarding the self-concept, in the population studied, is greater on the corresponding physical appearance and / or self-image; likewise, the healthy and unhealthy lifestyle of the people within our social context was determined, matching the results obtained with the culture of consumerism and other alienating factors at currently.

Keywords: self-concept, lifestyle, social influence, alienation.


Reviewed by: valle, doris



Languages Center Professor

INTRODUCCIÓN

El presente estudio parte del tema *Autoconcepto y Estilo de vida en los servidores públicos. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román*, y el objetivo: *Analizar el autoconcepto y estilo de vida en los servidores públicos...*

Tomando en cuenta que, en cada ser humano, el *autoconcepto* está íntimamente relacionado y determinado por factores internos y externos. La presente investigación parte de los factores externos, excluyendo los factores internos (motivo de otro estudio). El *autoconcepto* como primera variable es una manifestación comportamental ligada a expresiones culturales propias de nuestro contexto social, observándose en altos porcentajes la tendencia a mantener una autoestima baja, reflejada en los complejos de inferioridad y carencia de asertividad en la comunicación, característica íntimamente relacionada con los estilos de vida desfavorables (*estilo de vida* segunda variable), en razón de la alta incidencia de consumo de alcohol en nuestro país y otros hábitos negativos que contribuyen a la afectación de la salud integral y desarrollo social armónico.

En lo que corresponde a la metodología, el estudio parte del enfoque cuantitativo por ser medible, a través de dos instrumentos psicométricos validados. Bibliográfico, transversal, de campo y descriptivo.

Tests psicométricos empleados en la investigación: Cuestionario “Autoconcepto Forma 5 AF5” y “Escala de estilo de vida”.

La investigación contiene los siguientes apartados: la introducción como una breve descripción del tema a estudiar, el problema, justificación, objetivos, seguido del marco teórico donde se expone los antecedentes referentes a la investigación, seguido del desarrollo de las variables y la metodología utilizada como: tipo, nivel, diseño y los instrumentos psicométricos, así como las técnicas para el procesamiento de datos, plan de psicoeducación, y, para finalizar las conclusiones obtenidas con la investigación y las recomendaciones pertinentes.

Problema

La relación del autoconcepto con el estilo de vida es inevitable. Por lo tanto, de las características del autoconcepto dependerá el estilo de vida que desarrolla cada ser humano. Entendido el autoconcepto y el estilo de vida como expresiones psicosociales que contribuyen a la estructuración de la personalidad y comportamiento individual. Observándose entonces que, dependiendo de los contextos socioculturales, el autoconcepto positivo o negativo y el estilo de vida favorable o desfavorable son evidentes.

Arnaíz, Guerra, Di Giusto y Pizarro (2017), respecto del “Autoconcepto en adultos: estudio de género y de tenencia de hermanos” (Universidad de Oviedo, Universidad de Burgos), exponen:

Esnaola (2006) encontró, coincidiendo con la mayoría de los estudios, que se dan diferencias estadísticamente significativas a nivel de autoconcepto global, con puntuaciones más altas en los chicos; así como sucede en el autoconcepto emocional y físico; mientras que las chicas tienen puntuaciones más elevadas en el autoconcepto académico. (...). (p.36).

Chacha (2017) en su informe de investigación “AUTOCONCEPTO Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADOLESCENTES”, expone:

Moral (2010) en su investigación realizada en España sobre autoconcepto en diferentes edades, cuya población fue de 1259 participantes mismos que fueron divididos según edades: adolescentes con un porcentaje del 627 (49,8%), adultos iniciales 272 (21,6%) participantes, adultos medios 248 (19.7%) y adultos finales 112 (8.9%), donde se concluyó que tanto varones como mujeres mostraron una disminución prolongada del autoconcepto físico partiendo desde la adolescencia (...). (p.4)

Chacha (2017) menciona:

El autoconcepto predominante en los estudiantes de 13 a 15 años fue un autoconcepto medio con 47,1%, seguido de un autoconcepto alto con un 34,5%, estos resultados implican que la mayoría de adolescentes poseen una perspectiva positiva de sí

mismos (...). Mientras que en un porcentaje mínimo muestra un nivel de autoconcepto bajo con un 17,6%. (p.52)

Prats (2015) respecto del estilo de vida refiere:

(...) la Organización mundial de la Salud (OMS) se ha referido a las enfermedades no transmisibles como las relacionadas con la globalización del estilo de vida no saludable. A medida que el mundo controla las patologías infecciosas y la mortalidad infantil crece la preocupación por la extensión de los problemas de salud vinculados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo o la comida basura; íntimamente ligadas a las epidemias del siglo XXI: la obesidad, la diabetes, o la hipertensión. (...) Cada año mueren 38 millones de personas en el mundo por enfermedades no transmisibles, de los que 16 millones son prematuras (se producen antes de los 70 años) (...).

De la misma forma, en lo que corresponde a la incidencia de enfermedades no transmisibles, en relación al estilo de vida, Yorde (2010) manifiesta:

A nivel mundial, el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden ser prevenidas está creciendo de forma sostenida y representan la causa de defunción más importante, con un 63% del número total de muertes anuales. La hipertensión y la obesidad son principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas, cifras oficiales indican que la tensión arterial es causante del 51% de muertes cerebrovasculares y el 45% de enfermedades cardíacas (...). Es evidente que el llamado a realizar cambios en el estilo de vida es una prioridad en el tema de salud mundial (...) (p.78)

El sedentarismo es un problema de salud pública a nivel mundial. Respecto a esto, la OMS (2018) menciona: “Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios en la salud (...)”. Específicamente, en lo que corresponde a las enfermedades no transmisibles, pudiendo inferirse al sedentarismo entre otras causas, La OMS (2018) expone:

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los

30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos (...).

Trujillo (2015) menciona:

Aproximadamente 130 millones de personas son obesos y algunas de las mayores economías regionales como México, Chile y Argentina muestran los porcentajes más altos de adultos con sobrepeso. Uno de los países latinoamericanos más afectados es México. De acuerdo a un informe de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) 32,8% de la población mexicana es considerada obesa, una cifra que catapultó al país al primer puesto del mundo, relegando a Estados Unidos al segundo lugar. Otros países de la región que afrontan problemas de similar magnitud son Chile y Argentina con 29.1% y 29.4 % de población obesa respectivamente.

Entre las principales causas de muerte en Ecuador y el mundo, son protagonistas las enfermedades cardiovasculares tales como el infarto cardíaco, la insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, los infartos cerebrales; otras amenazas importantes son la diabetes mellitus, y también las enfermedades oncológicas. El experto observa que estas enfermedades evolucionan fundamentalmente por una falta de detección temprana y prevención primaria. (Ulluari, 2019)

Mediante observación, y entrevista a profesionales del área de salud mental y nutrición de la institución hospitalaria, se identificó estilos de vida negativos (sedentarismo, alcohol, tabaco, mala alimentación) y otros factores de riesgo que desencadenan problemas tanto en la salud física como psicológica (autoconcepto inadecuado, autoestima baja, estrés, etc.). Es por este motivo que hemos considerado desarrollar el presente estudio para conocer la gravedad de la problemática actual en esta población.

Justificación

La investigación a realizar toma en cuenta factores relevantes de la presente época postmoderna, el consumismo y las presiones sociales. Entendiéndose de esta forma, que la población en general y mayormente los grupos vulnerables, experimentan afectación en el *autoconcepto* a causa de las influencias alienantes como la moda que inducen a *estilos de vida* no saludables: “comida chatarra”, sedentarismo, consumo de alcohol y

otras sustancias adictivas. Circunstancias que motivan el presente estudio, relativo a las variables *autoconcepto* y *estilo de vida*.

En el contexto social, los medios de comunicación alienantes inducen a estilos de vida no saludables, afectando consecuentemente a las personas en el *autoconcepto*. En nuestro medio subdesarrollado se evidencia una progresión acelerada de estilos de vida desfavorables, descuidando de esta forma, entre otros aspectos, temas de responsabilidad de la salud pública, observándose por lo indicado (entre otras afectaciones) una alta incidencia y aumento progresivo de obesidad en el Ecuador, más la concerniente afectación al autoconcepto.

Tomando en cuenta que no se ha encontrado estudios similares en las bibliotecas de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH); y, para el presente trabajo se cuenta con los recursos necesarios: aceptación de la población a participar en la investigación, colaboración de las autoridades pertinentes, bibliografía e instrumentos psicométricos requeridos. Aspectos que justifican el desarrollo investigativo respecto del presente tema, por su relevancia y concerniente aporte científico, motivando a la vez a otros estudios que contribuyan al desarrollo de planes de prevención y atención psicológica orientada a la población contribuyendo de esta forma al bienestar social.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar el autoconcepto y estilo de vida en los servidores públicos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” de Riobamba.

Objetivos específicos.

- Identificar el autoconcepto en los servidores públicos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” de Riobamba.
- Determinar el estilo de vida de los servidores públicos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” de Riobamba.
- Proponer un plan de psicoeducación en autoconcepto y estilo de vida, orientado a servidores públicos.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Rojas (2016) en la investigación para titulación: “ESTILOS PARENTALES Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE LOS QUINTOS CURSOS DEL COLEGIO MARÍA NATALIA VACA DE LA CIUDAD DE AMBATO”, con el objetivo de “Determinar la relación existente entre estilos parentales y el autoconcepto en adolescentes”, partiendo del enfoque cuantitativo, con la aplicación de los test psicométricos: “Test de Estilos Parentales de Baumrind” y “Test Autoconcepto AF-5”, en una muestra de 115 estudiantes de secundaria. Concluye:

El 51.30% de los adolescentes presentó autoconcepto bajo, que se caracteriza por dificultad en el ámbito social, académico, familiar, haciendo que los adolescentes no perciban totalmente sus cualidades dentro de los diversos ámbitos, mientras que el 27.83% muestra un nivel alto de autoconcepto y se evidencia una adecuada percepción de sí mismos dentro del ámbito social y familiar, además de estabilidad de emociones y manejo de situaciones difíciles, por otro lado el 20.87% mostró un nivel medio de autoconcepto. (p.108)

Así mismo, en lo que corresponde al autoconcepto, Ibarra (2017) con la investigación para titulación: “AUTOCONCEPTO Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN TRABAJADORAS SEXUALES”, partiendo del objetivo “Analizar la relación entre el autoconcepto y las respuestas de afrontamiento de las trabajadoras sexuales”, con enfoque cuantitativo en razón de la aplicación de tests psicométricos: “Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A” y “Test AF-5 y Test Autoconcepto AF5”, en una población de 60 mujeres que asistieron al centro de salud N°1 de Ambato. Concluye: “Se pudo comprobar que las dimensiones más significativas del autoconcepto en cuanto a las trabajadoras sexuales son emocional, social y familiar, dando como resultado que su parte más afectada se encuentra en la dimensión emocional con un 39,26%” (p.52).

Respecto de *Estilos de vida*, Bennassar (2011) en su tesis doctoral “ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD”, de España, partiendo del objetivo: “Conocer los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud de los estudiantes

universitarios de la Universitat de les Illes Balears”, con el empleo de test psicométrico (enfoque cuantitativo), cuestionario “Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN)”, para validación; en una población de 507 estudiantes, concluye:

Existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género. Así, los hombres consumen más alcohol, tienen una dieta menos saludable, presentan mayor sobrepeso y realizan más ejercicio físico. En cambio, las mujeres fuman más, presentan un índice mayor de bajo peso (según el IMC) y realizan menos ejercicio físico. (p. 287-288)

Y, Pastor (2015) en un estudio para tesis doctoral: “PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE ESTILO DE VIDA (DIETA, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO) EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ZAMORA”, de España, con el objetivo de “Conocer la prevalencia de factores de estilo de vida (hábitos alimentarios, actividad física, tabaco y alcohol), sobrepeso y obesidad en los jóvenes universitarios de Zamora”, con la aplicación de Test psicométrico “Cuestionario UNIZAM” (enfoque cuantitativo), en una población de 2058 estudiantes; concluye:

Los jóvenes universitarios de Zamora declararon consumir alcohol principalmente los fines de semana (90.7%). Además, el 21.6% de la población universitaria de Zamora declaró ser fumadora diaria, y el 10.3% fumadora ocasional. Los estudiantes universitarios de Zamora se encuentran en un momento de transición nutricional, con una dieta que se aleja de las recomendaciones actuales y del prototipo de dieta prudente y saludable, la Dieta Mediterránea. De forma positiva señalan que, en general, presentan un peso adecuado y más de la mitad realiza actividad física de algún tipo, de manera habitual. Sin embargo, el hábito alcohólico presenta porcentajes elevados. (p. 159-160)

AUTOCONCEPTO

Definición

Nuñez y Ortiz (2010) definen:

El autoconcepto es la concepción y evaluación que uno hace de sí mismo e incluye características, cualidades y habilidades psicológicas y físicas. Además, contribuye a la sensación de identidad del individuo en el tiempo y depende en parte de la esquematización inconsciente del yo. (p.38)

El autoconcepto se puede definir como el conjunto de imágenes, pensamientos y características que el individuo tiene de sí mismo y está constituido por las ideas, las creencias, la imagen corporal, la identidad social, los valores y las habilidades que la persona cree que posee. Se debe diferenciar de la autoestima, que aun siendo un elemento integrante del autoconcepto, es un constructo diferente, pues se trata de los sentimientos positivos o negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo; es decir, es el aprecio o estima personal en los diferentes momentos de la vida. (López, González , San Pedro y San Pedro, 2016, p.43)

Rosenberg citado por Musitu y García (2014), define:

El autoconcepto es, el producto de una actividad reflexiva. El concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser social, espiritual y físico; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto. (p. 6)

Así mismo, González citado por Cazalla y Molero (2013), menciona:

El autoconcepto hace referencia a aspectos cognitivos o de conocimiento. Se define como las creencias y el conocimiento que el sujeto tiene de él mismo en todas las áreas y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.). Implica una descripción objetiva o subjetiva de uno mismo, descripción que lógicamente contiene multitud de elementos o atributos (mujer, casada, baja, ambiciosa, amante de la música, etc.) que sirven para distinguir a una persona como diferente y única de todas las demás. (p.55)

Formación del autoconcepto

Cazalla y Molero (2013) parafraseando a Haussler y Milicic, afirman que en la formación del autoconcepto, existen tres etapas:

(1) La primera es la etapa existencial o del *sí mismo primitivo*, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, y en la que el niño va desarrollándose hasta percibirse a sí mismo como una realidad distinta de los demás. (2) La segunda etapa corresponde a la del *sí mismo exterior* y va desde los dos hasta los doce años, abarcando la edad preescolar y escolar. Es la etapa más abierta a la entrada de información y, en este sentido, es crucial el impacto del éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos significativos. Así, en la edad escolar el autoconcepto tiene un carácter “ingenuo”, es decir, la forma en que el niño se ve a sí mismo depende casi totalmente de lo que los otros perciben y le comunican (...). (3) En la tercera etapa, denominada del *sí mismo interior*, el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. Si bien gran parte del sustrato de su autoconcepto ya se encuentra construida, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autovaloración social. (p. 48-49)

De la misma forma, Cazalla y Molero (2013), parafraseando a Denegri, exponen: “(...) el conjunto de interacciones sociales vivenciadas por el adolescente va a definir gran parte de sus vivencias de éxito y fracaso y, por tanto, van a reforzar o introducir cambios en su autoconcepto (...)” (p.49).

Comprendiéndose que *el autoconcepto* se forma a través de dos factores: 1) genético (interno); 2) medio ambiente (externo), relacionado con las influencias socioculturales empezando por la familia, factores que imprimen las características del ser en su desarrollo integral, inherente al proceso psicoevolutivo. Siendo imprescindibles los dos factores anotados, es relevante la influencia familiar (factor externo), más específicamente la presencia del subsistema parental, del que dependerá el desarrollo positivo o negativo del autoconcepto de cada ser humano, en razón de la funcionalidad o disfuncionalidad del subsistema familiar.

Características del autoconcepto

García y Musitu (2014) plantean siete características básicas del autoconcepto:

Organizado y Estructurado: el individuo adopta un sistema de categorización particular que da significado y organiza las experiencias de la persona; las categorías representan una forma de organizar las experiencias propias y de atribuirles un significado. **Multifacético:** El sistema de categorización parece incluir metas tales como la aceptación social, la escuela, el atractivo físico y las habilidades físicas y sociales. **Jerárquico:** Sus dimensiones tienen significados e importancia diferentes en función de los valores y de la edad de las personas. **Experimental:** Se va construyendo y diferenciado a lo largo del ciclo vital del individuo. **De carácter evaluativo:** La dimensión evaluativa varía en importancia y significado dependiendo de los individuos y las situaciones. Esta valoración diferencial depende, probablemente, de la experiencia pasada del individuo en una cultura y sociedad particular, en una familia, etc. **Es diferenciable:** De otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado (habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, etc.). (p.6)

Componentes del autoconcepto

Gross (2010) explica:

El autoconcepto es un término general que por lo común se refiere a tres componentes principales: autoimagen, autoestima y self ideal. **Autoimagen:** se refiere a la manera en que uno se describe de sí mismo, el tipo de persona que uno piensa que es. (...). **Autoestima:** mientras que, en esencia, la autoimagen es descriptiva, la autoestima (o autorrespeto) es, evaluativa: se refiere al grado en el cual la persona se acepta y agrada o aprueba a sí misma, que tan valiosa se considera. Coopersmith (1967), la definió como “el juicio de valor personal, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”. La autoestima se considera como el modo en que el individuo evalúa su autoimagen, es decir, que tanto agrado se siente por el tipo de persona que se considera ser. (...). **Self ideal:** la autoestima también se determinará en parte en que la autoimagen difiere del self ideal, si ésta constituye el tipo de persona que se piensa ser, entonces el Self ideal (yo ideal o autoimagen idealizada) es el tipo

de persona que se desearía ser. Esto puede variar en extensión y grado, se puede desear ser diferente en ciertos aspectos o ser una persona totalmente diferente (quizá se desee ser otra persona), pero, en general, entre mayor sea la brecha entre la autoimagen y el Self ideal, menor será la autoestima. (...) (p.353)

Dimensiones del Autoconcepto

Entendiéndose que el autoconcepto es la imagen que tiene el ser humano de sí mismo; el conjunto de características que se van formando a lo largo de la vida, enmarcándose en dimensiones que se desarrollan a partir de experiencias vividas y, luego de ser procesadas por el ser humano, partiendo de un todo a las partes en razón de los aspectos: físico, emocional, social, académico y familiar, permiten formar un autoconcepto positivo o negativo, influyendo consecuentemente en la manera de enfrentar las distintas situaciones socio-ambientales. A continuación, se especifica cinco dimensiones:

Autoconcepto académico/laboral

Se refiere a la percepción que el individuo tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o trabajador tiene del desempeño de su rol a partir de sus profesores o superiores y el segundo se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto. (García y Musitu, 2014, p.19)

Autoconcepto social

Se refiere a la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del individuo y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). (García y Musitu, 2014, p.19)

Autoconcepto emocional

Hace referencia a la percepción de la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera se refiere a la percepción en general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan), donde la otra persona implicada es de un rango superior. (García y Musitu , 2014, p.19)

En razón de la emocionalidad, es importante tomar en cuenta el planteamiento de Murray Bowen (1991) respecto de la “diferenciación”, mismo expone: “En la parte más baja, que va del 0 al 25, se sitúan las personas con un nivel profundo de “fusión del yo” y escasa “diferenciación del sí mismo (...)”. (p.38). Lo anotado, en razón de que, el bajo grado de diferenciación es sinónimo de marcada emocionalidad en la persona.

Autoconcepto familiar

Se refiere a la percepción que tiene la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como son la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente (me siento feliz y mi familia me ayudaría, aluden al sentimiento de felicidad y apoyo), y las otras dos, formuladas negativamente (mi familia está decepcionada y soy muy criticado) hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares. (García y Musitu , 2014, p.20).

Autoconcepto físico

Este factor hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social (me buscan, física y de habilidad, soy bueno). El segundo hace referencia al aspecto físico (atracción, gustarse, elegante). Un autoconcepto físico alto significa

que se percibe físicamente agradable y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. (García y Musitu , 2014, p. 20)

ESTILO DE VIDA

Definición

Según el Diccionario conciso de Psicología APA (2010): “La forma típica de vida o manera de vivir que es característica de un individuo o grupo, según se expresa en conductas, actitudes o intereses y otros factores” (p.193).

La OMS citada por Jara y Riquelme (2018) define: “Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (p.9).

Guerrero y León (2010):

En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive una persona o grupo de personas, forma de vida que refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo. Está moldeado por los hábitos alimenticios, la condición económica, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. (p.97)

Partiendo de las definiciones planteadas, se puede decir que el estilo de vida es la manera o forma de manifestarse una persona (durante la vida) con actitudes y comportamientos favorables o desfavorables.

Estilos de vida

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. (OPS, 2014, p.7)

Siendo importante anotar, que las personas, influenciadas por factores culturales en un momento determinado, desarrollan estilos de vida que pueden ser saludables o no saludables. Así, en lo que corresponde a *Estilos de vida saludables*, Álvarez y Andaluz (2015) definen: “El estilo de vida saludable se refiere a la forma general o el modo

cotidiano del comportamiento de una persona, el cual depende de la cultura, de factores sociales, económicos, políticos y psicológicos” (p.24).

De la misma forma, Barragán y Alarcón (2015) exponen: “Los estilos de vida saludable hacen referencia al conocimiento y a las prácticas positivas de las personas, a través de hábitos adquiridos pueden efectuar su propio autocuidado por medio de la alimentación, actividad física, recreación y sexualidad”.

Factores protectores en el estilo de vida

Benavides et al., (2011) señalan: “Dentro de los factores protectores se puede mencionar: capacidad de autocuidado, tener sentido de vida, mantener la autoestima, proteger la integración social y familiar, previenen desajustes biológicos, psicosociales, y de esta manera alcanzar la satisfacción de necesidades y desarrollo humano”. (p.53)

Guerrero y León (2010) explican:

Es importante reconocer que no existe un estilo de vida “*óptimo*” al que todas las personas puedan adherirse, el nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno laboral, harán más factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida, por lo tanto, el ser humano es el único responsable de la vida, la salud, la enfermedad e inclusive de la muerte. (p.12)

Alimentación saludable

Según Álvarez y Andaluz (2015), en lo que corresponde a la importancia de una alimentación saludable, mencionan:

Los beneficios de comer saludablemente es la mejor manera de tener energía durante todo el día, conseguir las vitaminas y minerales que se necesitan, mantenerse fuerte para realizar deportes y otras actividades, mantener un peso que sea el mejor para el cuerpo (...). (p.31)

En razón de la importancia de una alimentación adecuada, balanceada y/o saludable, Velázquez (2013) explica: “La alimentación le proporciona a nuestro cuerpo el suministro necesario para:

- El funcionamiento adecuado de los procesos internos (respiración, digestión, metabolismo).
- La adquisición de energía suficiente para desarrollar actividades de la vida cotidiana” (p.3).

Actividad física y salud

En lo que concierne a la actividad física como factor de prevención de patologías y fomento de la salud integral en el ser humano. En razón de la importancia de la actividad física, Velázquez (2013) explica:

Realizar actividad física mejora la capacidad cardíaca y pulmonar, ayuda a prevenir enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer), mejora la calidad del sueño, reduce el nivel de grasa corporal. Los beneficios también favorecen al estado psicológico y emocional de la persona: mejora la autoestima, aumenta la autoconfianza, compensación del exceso de tensión y estrés, disminuye estados depresivos y de ansiedad, etc. (p.12)

Poner en práctica hábitos saludables dormir, comer y realizar actividades físicas no tiene que ser nada complicado, tormentoso o desagradable y puede marcar una gran diferencia en la manera como se siente. Muchas personas han descubierto que realizar cambios simples como eliminar el consumo de cafeína o salir a caminar con regularidad, les ha ayudado a estabilizar sus estados de ánimo. (DBSA, 2010, p.5)

Factores de riesgo en el estilo de vida

De la misma forma, así como se habla de *factores protectores* en el *estilo de vida*, así también podemos hablar de *factores de riesgo*. La OPS (2014) expone:

Los factores de riesgo son ciertas circunstancias o condiciones que hacen que una persona tenga mayor probabilidad de padecer una enfermedad. Cuando a una persona se le asocian mayor número de factores de riesgo, la enfermedad aparecerá más rápido y su manejo será más difícil. Las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen múltiples causas, es decir, que están relacionadas con factores externos, los cuales son modificables y factores biológicos que no son modificables. (p.12)

Reforzando lo anotado, León (2010) menciona: “Las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen múltiples causas, es decir, que están relacionadas con factores externos, los cuales son modificables y factores biológicos” (p.22).

(...) Las dietas poco saludables; la inactividad física; el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; el estrés psico-social; y otras conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección o conducir de forma temeraria, son algunos de los factores de riesgo que forman parte del estilo de vida de nuestras sociedades que han provocado el crecimiento de las enfermedades no transmisibles. (FUNDADEPS, 2019)

Mala alimentación

En lo que refiere a la ingesta inadecuada de alimentos, Álvarez y Andaluz (2015) explican: “Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional. La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias” (p.31).

(...) El elevado consumo de alimentos ricos en colesterol, grasa saturada, (grasa generalmente sólida a temperatura ambiente como manteca, margarina de barra y grasa de carnes), así como el exceso de sal en la dieta, se ha relacionado con los malos hábitos alimentarios. Los malos hábitos alimentarios son acciones adquiridas a través de nuestra vida que aprendemos de las costumbres familiares. Si continuamos con los malos hábitos alimentarios aprendidos desde niños, estos nos pueden ocasionar obesidad, enfermedades del corazón como infartos, además de hipertensión arterial, diabetes, entre otras enfermedades que ponen en riesgo nuestra salud. (OPS, 2014, p.14)

Tabaquismo

El consumo de tabaco (tabaquismo) que conlleva a la adicción psicológica y a la adicción física de la nicotina, indudablemente forma parte de un determinado estilo de vida, convirtiéndose a la vez en un factor de riesgo. Al respecto, León (2010) explica:

La mortalidad ligada al tabaco es muy elevada, además de ser un importante factor de riesgo que incrementa los índices de mortalidad prematura, es por sí mismo un factor determinante para la aparición de numerosos trastornos de salud. Los fumadores, en promedio, viven 22 años menos que los no fumadores. Cada diez

segundos fallece una persona por culpa del cigarrillo. El tabaquismo es responsable de una de cada tres muertes por cáncer, del 90% de los tumores pulmonares y de una cuarta parte de las enfermedades cardiovasculares. El humo de tabaco está compuesto por gases y pequeñas partículas sólidas. (...). (p.28)

Alcoholismo

Así mismo, la ingesta de alcohol (permitido legalmente) como manifestación cultural, conduce su consumo desordenado a problemas en la salud integral y en los contextos familiares, académicos, laborales y otros, contribuyendo al desarrollo de estilos de vida desfavorables, afectando consecuentemente al autoconcepto. En lo que concierne al consumo de alcohol sin control y su afectación, la OPS (2016) menciona:

El consumo nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 trastornos de salud. La mayor parte de estos trastornos son enfermedades no transmisibles, entre las cuales se encuentran distintos tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la cirrosis hepática. En el grueso de las enfermedades y lesiones causadas por el alcohol hay una relación dosis-efecto: a mayor consumo, mayor riesgo de que haya una consecuencia negativa. El alcohol constituye un importante problema de salud pública en el continente americano (...) ciertas pautas de consumo son particularmente significativas en lo que respecta a muchos de los efectos perjudiciales del alcohol: el volumen de alcohol que se consume en un mismo episodio guarda relación con consecuencias agudas, como la intoxicación alcohólica, la violencia y los traumatismos. (...). (p.34)

Sedentarismo

La OPS (2014) define: “Un nivel de actividad física menor al necesario para gozar de buena salud (...)” (p.15). Circunstancia observada en las sociedades del mundo postmoderno, que con el gran desarrollo de la tecnología facilita la comodidad en el transporte y otras exigencias de la vida diaria. Concluyéndose que las personas (en alto porcentaje) no realizan actividad física, afectando de esta forma a su salud integral, desencadenando entonces, por el sedentarismo: sobrepeso, cardiopatías, diabetes, estrés.

Sobrepeso y obesidad

Ezzati y Riboli (2013) exponen:

Muchos estudios de observación de poblaciones occidentales y asiáticas han asociado diferentes grados de adiposidad y exceso de peso con la mayor mortalidad total y el mayor riesgo de enfermedad o muerte por diabetes, cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular isquémico, cánceres, nefropatía crónica y artrosis (...). Por el contrario, la asociación con el accidente cerebrovascular hemorrágico, que es más común en los asiáticos que en otras poblaciones, se ha observado en personas con un IMC ≥ 25 . En la actualidad, el exceso de peso es responsable de casi 3,4 millones de muertes anuales y un 3,8% de la carga global de enfermedad, con enfermedades que tienen una mortalidad baja y largos períodos de discapacidad, como la diabetes y las enfermedades musculoesqueléticas. (...). (p.45)

Influencia sociocultural

Partiendo de que el ser humano es un ente biológico, psicológico y socio-cultural, en el proceso del desarrollo psicoevolutivo, durante toda la vida y desde el nacimiento aprende de la influencia del medio ambiente familiar y social a manifestarse culturalmente con expresiones propias del contexto al que pertenece, sumándose la influencia cultural globalizante a través del internet y otros medios de comunicación masiva. Aclarándose que la influencia socio-cultural globalizante puede ser, para los diferentes grupos sociales, favorecedora o desfavorecedora, ya que muchos grupos humanos terminan alienándose y/o aculturalizándose, modificando de esta forma los estilos de vida que terminan afectando a la persona, a la familia y al contexto social en general; observándose en la actualidad, en gran medida, el fenómeno del consumismo, que contribuye a los desórdenes del comportamiento y a la afectación de la salud integral de las personas.

Álvarez y Andaluz (2015) exponen:

Las cualidades que adquieren los individuos en el transcurso del tiempo y espacio que se desenvuelven son el pilar fundamental para adoptar costumbres y hábitos que favorezcan el mantenimiento de la salud. Los factores de vida saludables, son elementos que condicionan el estado de salud de las personas que se desenvuelven en sus diferentes entornos; estos elementos se pueden convertir en estilos o

conductas que adquieren los individuos dependiendo de su propia personalidad y círculo social. (p.11)

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Estudio cuantitativo

“Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico (...)”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.15). El estudio es medible por la aplicación de tests psicométricos y el concerniente análisis estadístico.

De campo

La investigación se realizará en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” de la ciudad de Riobamba. “Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables” (Arias, 2004, p.94).

Diseño de la Investigación

Transversal

“Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (Hernández, et al., 2006, p.208). El estudio se desarrollará de agosto a diciembre del 2018.

No experimental

“Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández, et al., 2006, p.205).

Nivel de la Investigación

Descriptiva

“Los **estudios descriptivos** buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Dankhe citado por Hernández, et al., 2006, p.102). La investigación es descriptiva porque busca analizar el fenómeno respecto de las variables *autoconcepto* y *estilo de vida*.

Población

144 personas adultas que laboran como servidores públicos en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” de Riobamba.

Muestra

No probabilística intencional: “Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández, et al., 2006, p.241). Se tomará en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

1. Servidores públicos que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Servidores públicos que no acepten participar en la investigación y/o no firmen el consentimiento informado.

2. Servidores públicos que formen parte de grupos vulnerables: a) mujeres embarazadas; b) discapacidad.

3. Servidores públicos ausentes temporalmente al área laboral (vacación).

(Grupos vulnerables: embarazadas 1, discapacidad 1; ausencia temporal 19; no firmaron el consentimiento informado 30; total 51).

Población a estudiar 93 servidores públicos: 58 mujeres y 35 hombres.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Reactivos Psicológicos

Test psicométricos (evaluación cuantitativa). “Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas” (González 2007, p.18).

Instrumentos

1. Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5)

2. Escala de estilo de vida

Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5)

García y Musitu (2014) explican:

Se ha llevado a cabo una revisión del manual con el objetivo de incluir datos sobre los estudios más recientes en los que se ha utilizado al AF5. Desde su publicación, han sido múltiples las investigaciones que han resaltado la satisfactoria fiabilidad del AF5 en diversos grupos y poblaciones (...). (p.5)

No en vano, el AF5 ha sido empleado en multitud de investigaciones y tesis doctorales en distintos países como Ecuador, Brasil, México, entre otros (...) En su conjunto, el AF5 ha mostrado una gran robustez en todas las investigaciones en las que se ha empleado, lo que ha hecho que fuera considerada como medida de criterio para validar otros instrumentos (...). (García y Musitu, 2014, p.5-6).

Así mismo, García y Musitu (2014) explican:

El autoconcepto forma 5 (AF5) consta de 30 ítems con un formato de respuesta de 1 a 99 puntos, que ocupan un tiempo de administración relativamente breve (15 minutos) incluyendo su aplicación y corrección. Tiene como finalidad evaluar 5 dimensiones del autoconcepto: académico/profesional, social, emocional, familiar y físico. Su ámbito de aplicación es tanto individual como colectivo y está dirigido a niños y adultos a partir de los 10 años. (p.7)

Escala de estilo de vida

El cuestionario o escala de vida fue realizado por Walker, Sechrist, Pender y modificado por las investigadoras de línea de la escuela profesional de enfermería ULADECH Católica, Delgado, Reyna y Díaz (...), su objetivo principal es medir el estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicios, manejo del estrés. Apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. (Otiniano, 2013, p.24)

De la misma forma, afirmando la validez de la “Escala de estilo de vida”, Otiniano (2013) explica:

Los criterios de calificación varían desde nunca, a veces, frecuentemente y siempre, con un puntaje máximo de 100 puntos. Para la validez interna de la Escala de Vida, se aplicó la fórmula de Pearson en cada uno de los ítems. Se obtuvo un $r > 0.20$, lo cual indica que el instrumento es válido, para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.794, lo cual indica que la escala para medir el Estilo de Vida del adulto es confiable. (p.26)

Técnicas para el procesamiento e Interpretación de Datos.

Para el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos en la investigación se empleará los programas estadísticos Microsoft Excel (base de datos) y SPSS 23.0 (análisis y frecuencia).

RESULTADOS

Tabla 1. Autoconcepto Académico-Laboral

Dimensión	Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
		f1	%	f1	%	f1	%
Académico- Laboral	Bajo	1	2,9	8	13,8	9	9,7
	Medio	3	8,5	11	18,8	14	15,1
	Alto	31	88,6	39	67,4	70	75,3
	Total	35	100	58	100	93	100

Fuente: Resultados de la Escala de Autoconcepto AF5

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. Respecto del género, en la dimensión *académico-laboral* se observa: en el nivel *bajo*, hombres 2,9 %, mujeres 13,8%; en el nivel *medio*, hombres 8,5%, mujeres 18,8%; en el nivel *alto*, hombres 88,6% y *mujeres* 67,4%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde a la dimensión *académico-laboral*, en razón del género, se observa mayor porcentaje (en los hombres) en el nivel alto, reflejando la población investigada autovaloración positiva que, según García y Musitu (2014): “Se refiere a la percepción que el individuo tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador (...)” (p.19).

Tabla 2. Autoconcepto Social

Dimensión	Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
		f1	%	f1	%	f1	%
Social	Bajo	10	30,3	16	26,7	26	28
	Medio	2	6,1	15	25	17	18,3
	Alto	21	63,6	29	48,3	50	53,8
	Total	33	100	60	100	93	100,0

Fuente: Resultados de la Escala de Autoconcepto AF5

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. En lo que corresponde al género, respecto de la dimensión *social*, se observa: en el nivel *bajo*, hombres 30,3 %, mujeres 26,7%; en el nivel *medio*, hombres 6,1%, mujeres 25%; en el nivel *alto*, hombres 63,6% y *mujeres* 48,3%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde a la dimensión *social* en razón del género, se observa mayor porcentaje (en los hombres) en el nivel alto, reflejando mayor capacidad para la interacción social los hombres. Siendo importante tomar en cuenta, por razones culturales, la tendencia a la introversión en nuestro contexto social; García y Musitu (2014), respecto del autoconcepto social, exponen: “Se refiere a la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales (...)” (p.19).

Tabla 3. Autoconcepto Emocional

Dimensión Emocional	Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
		f1	%	f1	%	f1	%
	Bajo	9	37,5	29	42,1	38	40,9
	Medio	5	20,8	21	30,4	26	28,0
	Alto	10	41,7	19	27,5	29	31,2
	Total	24	100	69	100	93	100,0

Fuente: Resultados de la Escala de Autoconcepto AF5

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. En lo que corresponde al género, respecto de la dimensión *emocional*, se observa: en el nivel *bajo*, hombres 37,5 %, mujeres 42,1%; en el nivel *medio*, hombres 20,8%, mujeres 30,4%; en el nivel *alto*, hombres 41,7% y *mujeres* 27,5%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde a la dimensión *emocional* en razón del género, se observa mayor porcentaje en la población de mujeres, en el nivel bajo. Evidenciándose la tendencia a la emocionalidad mayormente en las mujeres, obedeciendo el fenómeno comportamental al aprendizaje por influencias socioculturales.

Respecto de la diferenciación, Murray Bowen (1991) menciona: En la parte más baja, que va del 0 al 25, se sitúan las personas con un nivel profundo de “fusión del yo”

y escasa “diferenciación del sí mismo (...)”. (p.38). Lo anotado, en razón de que, el bajo grado de diferenciación es sinónimo de marcada emocionalidad en la persona, observándose mayormente en el género femenino.

Tabla 4. Autoconcepto Familiar

Dimensión	Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
		f1	%	f1	%	f1	%
Familiar	Bajo	6	17,6	22	37,3	28	30,1
	Medio	9	26,5	13	22	22	23,7
	Alto	19	55,9	24	40,7	43	46,2
	Total	34	100	59	100	93	100,0

Fuente: Resultados de la Escala de Autoconcepto AF5

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. En lo que corresponde al género, respecto de la dimensión *familiar*, se observa: en el nivel *bajo*, hombres 17,6%, mujeres 37,3%; en el nivel *medio*, hombres 26,5%, mujeres 22%; en el nivel *alto*, hombres 55,9% y *mujeres* 40,7%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde a la dimensión *familiar* en razón del género, se observa mayor porcentaje en los hombres, en el nivel alto, indicadores relacionados con la “confianza”, “afecto”, “felicidad” y “apoyo”. Como lo explica García y Musitu (2014) respecto de la participación familiar: “Se refiere a la percepción que tiene la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar (...)” (p.19).

Tabla 5. Autoconcepto Físico

Dimensión	Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
		f1	%	f1	%	f1	%
Físico	Bajo	2	5,9	5	8,5	7	7,5
	Medio	2	5,9	4	6,8	6	6,5
	Alto	30	88,2	50	84,7	80	86,0
	Total	34	100	59	100	93	100,0

Fuente: Resultados de la Escala de Autoconcepto AF5

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. En lo que corresponde al género, respecto de la dimensión *físico*, se observa: en el nivel *bajo*, hombres 5,9 %, mujeres 8,5%; en el nivel *medio*, hombres 5,9%, mujeres 6,8%; en el nivel *alto*, hombres 88,2% y *mujeres* 84,7%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde a la dimensión *física* en razón del género, se observa mayor porcentaje en los hombres, en el nivel alto, pudiendo determinarse que, tanto en hombres como en mujeres, la percepción física de sí mismos, relacionado con aspectos positivos, es óptima. García y Musitu (2014) respecto del autoconcepto físico, manifiestan:

Este factor hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto físico y de su condición física (...). Un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. (p.20)

Tabla 6. Estilo de Vida

Estilo de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	f1	%	f1	%	f1	%
No saludable	19	55,9	25	42,4	49	52,7
Saludable	15	44,1	34	57,6	44	47,3
Total	34	100	59	100	93	100,0

Fuente: Resultados de la Escala de Estilo de vida

Elaborado por: Callay Paola, Guamán Alejandra

Interpretación y análisis:

De los 93 servidores públicos (100%) que participaron en la investigación. En lo que corresponde al género, respecto del *estilo de vida*, se observa: en el *estilo de vida no saludable*, hombres 55,9%, mujeres 42,4%; en el *estilo de vida saludable*, hombres 44,1%, mujeres 57,6%. Con la investigación realizada, en lo que corresponde al *estilo de vida no saludable* en razón del género, se observa mayor porcentaje en los hombres, pudiendo determinarse que, los hombres (en alto porcentaje) más que las mujeres no se alimentan adecuadamente y son sedentarios, entre otros hábitos negativos, desencadenando patologías somáticas por la carencia de una alimentación saludable y

ejercicio físico principalmente. León (2010) explica: “Las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen múltiples causas, es decir, que están relacionadas con factores externos, los cuales son modificables y factores biológicos” (p. 22).

DISCUSIÓN

En lo que corresponde al *autoconcepto*, en la investigación realizada por Rojas (2016): "ESTILOS PARENTALES Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE LOS QUINTOS CURSOS DEL COLEGIO MARÍA NATALIA VACA DE LA CIUDAD DE AMBATO", concluye: “(...) se puede observar que el 51.30% de los mismos presentó autoconcepto bajo” (p.108). Concordando los porcentajes con los resultados obtenidos en el presente estudio (*Autoconcepto y Estilo de vida...*), específicamente en lo concerniente al autoconcepto emocional bajo con un total del 40.9% (hombres y mujeres). Siendo importante tomar en cuenta que, el estudio realizado por Rojas fue en una población de adolescentes, mientras que el presente estudio se realizó en una población adulta. Partiendo de los resultados de Rojas y del presente estudio, podemos inferir que la manifestación del autoconcepto es un fenómeno comportamental marcado por aprendizaje. Siendo importante anotar la influencia parental: manifestaciones comportamentales similares se observarán en los hijos o dependientes de figuras paternas o cuidadores con determinados estilos de vida.

Así mismo (respecto del autoconcepto), Ibarra (2017) con la investigación para titulación: “AUTOCONCEPTO Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN TRABAJADORAS SEXUALES”, obtiene resultados similares específicamente en la dimensión emocional, a los resultados obtenidos por Rojas. Observándose, así mismo, concordancia en porcentajes, respecto de los resultados obtenidos por Rojas e Ibarra con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Respecto de *Estilos de vida*, Bennassar (2011) en su tesis doctoral “ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO PROMOTOR DE LA SALUD”, concluye: “Existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género” (p.159). Especificando que los hombres consumen más alcohol que las mujeres, entre otros aspectos. Observándose resultados similares en el presente estudio, determinándose de

esta forma que, los estilos de vida no saludables se evidencian en todos los contextos socio-culturales.

En el estudio sobre Estilo de vida, tesis doctoral Pastor (2015) “PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE ESTILO DE VIDA (DIETA, ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO) EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ZAMORA”, se evidencia un alto porcentaje de consumo de alcohol en la población estudiada (jóvenes universitarios de España) (p.159), resultado que guarda relación con los resultados obtenidos en el presente estudio, respecto del consumo de alcohol (estilo de vida negativo).

La investigación realizada corrobora lo anotado, al evidenciarse mayor porcentaje (20,4%) en el *autoconcepto emocional bajo* y el *estilo de vida no saludable*. Siendo importante, además, tomar en cuenta, el auge del consumismo y la prevención en salud integral, ya que poco se hace, porque priman más los intereses capitalistas que la salud y dignidad del ser humano. Siendo lo indicado (partiendo de la salud pública) motivar el desarrollo de estilos de vida saludables en toda la población, a través de la permanente educación. Concordando con lo expuesto por Barragán y Alarcón (2015), mismos manifiestan: “Los estilos de vida saludable hacen referencia al conocimiento y a las prácticas positivas de las personas, a través de hábitos adquiridos pueden efectuar su propio autocuidado por medio de la alimentación, actividad física, recreación y sexualidad”. Es necesario, además, tomar en cuenta que, en la actualidad, los estilos de vida no saludables se observan en alta incidencia en muchos países capitalistas y subdesarrollados como nuestro país (alienación consumista).

Entendiéndose que, entre otras manifestaciones, el autoconcepto incidirá en algún grado en el estilo de vida y viceversa, apareciendo obvias interrogantes como: ¿incide el estilo de vida en el autoconcepto?, clarificando el problema las investigaciones realizadas sobre el fenómeno personal y social.

Universidad Nacional de Chimborazo

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Psicología clínica

PLAN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA (PSICOEDUCACIÓN)

- a) **Lugar y fecha:** a determinar
- b) **Enfoque:** Cognitivo y Conductual.
- c) **Modalidad:** Taller
- d) **Responsables:** estudiantes participantes del programa académico “Vinculación con la sociedad”.

Objetivo General:

- Proporcionar a los servidores públicos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” información relacionada con el autoconcepto y el estilo de vida, a través de talleres de Psicoeducación.

Objetivos Específicos:

- Explicar a los servidores públicos aspectos inherentes al autoconcepto y el estilo de vida.
- Establecer estrategias de superación personal y/o mejoramiento del autoconcepto, y desarrollo de estilos de vida saludables.

TÉCNICA	ACTIVIDADES	TIEMPO	METAS
Psicoeducación Los facilitadores (estudiantes de psicología clínica) explican a los servidores públicos aspectos generales del autoconcepto.	TALLER 1. Análisis y conclusiones de: Definiciones, características y formación del autoconcepto.	Primera sesión 90 min	Conocer la definición, características y formación del autoconcepto.
	TALLER 2. Análisis y conclusiones de:	Segunda sesión 90 min	Conocer sobre las dimensiones del

	Dimensiones o tipos de autoconcepto y componentes.		autoconcepto y sus componentes.
Técnica de respiración-relajación y motivación: (TRR). (...) serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control respiratorio adecuado. Cando (2009) pág. 36. (TM). Factor imprescindible para el desarrollo y/o crecimiento personal y profesional.	TALLER 3. Relajamiento de los diferentes grupos musculares. Estimulación de la comunicación asertiva. Empleo de metáforas para la comprensión y práctica de la autoestima y resiliencia.	Tercera sesión 90 min	Reducir los niveles de ansiedad y/o estrés, y fomentar la motivación con el aprendizaje y práctica de la autoestima y la resiliencia.
Psicoeducación sobre Estilo de vida: Emocionalidad, cognición y comportamiento	TALLER 4. Análisis y conclusiones de: Aprendizaje familiar e influencia social respecto de la emocionalidad, la cognición y comportamiento. (Dinámicas de grupo).	Cuarta sesión 90 min	Conocer las esferas cognitiva y emocional, en concordancia con el comportamiento.
Psicoeducación sobre Estilo de vida: Estilo de vida saludable y Estilo de vida no saludable (ejercicio físico, alimentación	TALLER 5. Dinámicas de grupo. Análisis de documentales sobre estilos de vida.	Quinta sesión 90 min.	Motivar estilos de vida saludables en los servidores públicos.

saludable, recreación y descanso, chequeos médicos vs sedentarismo, comida chatarra, consumo de alcohol y otras sustancias adictivas...).			
---	--	--	--

CONCLUSIONES

- Con los resultados obtenidos se concluye que, la percepción (respecto del autoconcepto) en la población estudiada, es mayor en lo que corresponde al aspecto físico y/o autoimagen, infiriéndose lo anotado a la característica emocional y concerniente tendencia a la superficialidad en nuestro contexto sociocultural.
- Con el estudio realizado, se obtuvo mayor porcentaje en el *estilo de vida no saludable*, en el sexo masculino de la población sometida a la investigación. Debe tomarse en cuenta (respecto del mayor porcentaje en hombres) determinados factores socioculturales inmersos en el comportamiento de la población masculina, así: el machismo principalmente, aprendido desde la infancia en los contextos familiares. Siendo necesario tomar en cuenta además las influencias alienantes derivadas de la cultura consumista en la presente época postmoderna.
- Se estableció un plan de atención psicológica (psicoeducación) orientado a servidores públicos de la ciudad de Riobamba, por parte de los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica que realizan *Vinculación con la sociedad*, previa coordinación interinstitucional.

RECOMENDACIONES

- Fomentar en los/las estudiantes de la Carrera de Psicológica Clínica de la UNACH el interés por la investigación científica en lo concerniente a estilos de vida y consumismo para, interdisciplinariamente, plantear alternativas de prevención en salud integral.
- En el programa “Vinculación con la sociedad” de la Carrera de Psicología Clínica de la UNACH, los estudiantes desarrollen talleres orientados a motivar en las comunidades el autoconcepto y los estilos de vida saludables, dando importancia de esta forma a la prevención primaria en salud mental.
- La Carrera de Psicología Clínica de la UNACH, previa coordinación, planifique programas de conferencias (dictadas por profesores y estudiantes egresados de la carrera) sobre estilos de vida, dirigido al personal de servidores públicos y privados de la ciudad de Riobamba.

BIBLIOGRAFÍA

AlMaskari, F. (2010). Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud. *Crónica ONU*, <https://unchronicle.un.org/es/article/enfermedades-relacionadas-con-el-estilo-de-vida-una-carga-econ-mica-para-los-servicios-de>.

Alliance, D. a. (2006). *Estilos de vida saludables mejorando y manteniendo su calidad de vida*. Chicago, Estados Unidos.

Arias, F. (2012). *El Proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: EPISTEME, C.A.

Asociación Americana de Psicología (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. México, D.F., México: Manual Moderno.

Bennassar, M. (2011). “*Estilo de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud*”. (tesis de posgrado). Islas Baleares, España.

Benavides, M., Miranda, G., Núñez, N., Orozco, U., Quiel, S., & Zúñiga, G. (2012). *Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgos*. Enfermería actual de Costa Rica, 51-53. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf#page=3&zoom=90,10,727>

Barragán, L., & Alarcón, A. (2015). *Estilos de vida saludables en personal docente administrativo y de apoyo de enfermería*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8196/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20DE%20ESTILOS%20DE%20VIDA%20SALUDABLES.pdf>

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Cazalla, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 48-49.

Chacha, J. (2017). “*Autoconcepto y su relacion con la inteligencia emcional en adolescentes* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

Ezzati, M., & Riboli, E. (2013). *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles*. Rosario, Argentina.

Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N.,... Monge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

FUNDADEPS. (2019). *Estilo de vida y factores de riesgo*. Madrid, España. Obtenido de <https://www.fundadeps.org/>

García, F., & Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5*. Madrid, España: Tea Ediciones.

Guerrero, L., & León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Redalyc*, 14(28), 14-15. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

Gross, R. (2010). *PSICOLOGÍA La Ciencia De La Mente Y La Conducta*, 5ta edición. México: Manual Moderno.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill.

Ibarra, J. (2017). *Autoconcepto y respuestas de afrontamiento en trabajadoras sexuales*. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26756/2/TESIS%20Gabriela%20Ibarra.pdf>

López, I., González, C., San Pedro, B., y San Pedro, J. (2016). *Del autoconcepto general al autoconcepto artístico*. Elsevier. Obtenido de file:///C:/Users/ADRIANA/Downloads/S0212679616300020_S300_es.pdf

Jara, V., & Riquelme, N. (2018). *Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios*. Concepción, Chile.

Núñez, J., & Ortiz, M. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. México D.F, México: Manual Modero.

Pastor, R. (2015). *Prevalencia y asociación entre factores de estilo de vida (dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) en estudiantes universitarios de Zamora*. (Tesis de posgrado). Islas Baleares, España. Obtenido de http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4449/Pastor_Martin_Rosario_tes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Prats, J. (2015). El estilo de vida "no saludable" causa 16 millones de muertes al año. *El País*.

Rojas, C. (2016). *Estilos parentales y su influencia en el autoconcepto en adolescentes de los quintos cursos del Colegio María Natalia Vaca de la ciudad de Ambato*. (Tesis de pregrado), Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23772/2/Rojas%20Torres%2c%20Carmen%20Lorena.pdf>

Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700136>.

Velázquez, S. (2013). *Programa institucional actividades de educación para una vida saludable*. Pachuca, México.

Yorde Erem, S. (2014). Cómo lograr una vida saludable. *Revista Scielo*. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100018.

ANEXOS

Anexo 1.-

HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”



Anexo 2.-



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha:

La investigación se realizará con la aplicación de las Escalas (Tests): “Autoconcepto Forma 5 AF5” estructurada por 30 elementos, evalúa 5 dimensiones del autoconcepto, y la “Escala de estilo de vida” que consta de 25 preguntas y evalúa 6 dimensiones.

Tiempo requerido: Promedio de 20 minutos.

Responsabilidad y beneficios: El estudio no conlleva ningún riesgo. Se favorece la academia respecto de la investigación científica y los/as Servidores/as Públicos ya que (con los resultados obtenidos) se plantearán las recomendaciones orientadas a motivar el autoconcepto y el mejoramiento en el estilo de vida, contribuyendo de esta forma al bienestar de las personas y la excelencia institucional.

Si desea participar en la investigación conteste con honestidad las dos Escalas (Tests).

Confidencialidad:

Nombres y apellidos de las investigadoras:

Paola Jaqueline Callay Pala y Carmen Alejandra Guamán Coello, Egresadas de la Carrera de Psicología Clínica de la UNACH.

Autorización:

Yo, _____, con Cédula de Ciudadanía No: _____, Servidor/a Público/a del Hospital Pediátrico “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”, declaro que: He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han informado respecto de la investigación a realizar, han contestado a mis preguntas y me han explicado que en el estudio los nombres se manejarán con códigos en razón de la confidencialidad y la ética profesional. Por lo que, voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Paola Jaqueline Callay Pala y Carmen Alejandra Guamán Coello sobre: AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS. HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” Riobamba, 2018.

Participante

Investigadoras

Anexo 3.-

AUTOCONCEPTO FORMA 5 AF5

Nombre y apellidos _____ Sexo VARÓN MUJER
Centro _____ Curso _____
Edad Fecha de aplicación - -
DÍA MES AÑO

Nº 265

AF5

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice «La música ayuda al bienestar humano» y Vd. está muy de acuerdo, contestará con un valor alto, como por ejemplo el 94. Vea cómo se anotaría en la Hoja de respuestas.

«La música ayuda al bienestar humano»..... **94**

Por el contrario, si Vd. está muy poco de acuerdo, elegirá un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotará en la Hoja de respuestas de la siguiente manera:

«La música ayuda al bienestar humano»..... **09**

No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto puede elegir entre 99 valores. Escoja el que más se ajuste a su criterio.

RECUERDE, CONTESTE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD

PUEDEN VOLVER LA HOJA Y COMENZAR

NOTA: Se han redactado las frases en masculino para facilitar su lectura.
Cada persona deberá adaptarlas a su propio sexo.



Autor: G. Musitu y F. García.

Copyright © 1999 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA

1	Hago bien los trabajos escolares (profesionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hago fácilmente amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tengo miedo de algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Soy muy criticado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Me cuido físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Soy una persona amigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Muchas cosas me ponen nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Me siento feliz en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me buscan para realizar actividades deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Trabajo mucho en clase (en el trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Es difícil para mí hacer amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me asusto con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Mi familia está decepcionada de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Me considero elegante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mis superiores (profesores) me estiman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Soy una persona alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Me gusta como soy físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Soy un buen trabajador (estudiante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Me cuesta hablar con desconocidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mis padres me dan confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Soy bueno haciendo deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Tengo muchos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Me siento querido por mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Soy una persona atractiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO DESPEQUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

Anexo 4.-**ESCALA DE ESTILO DE VIDA****AUTOR:** Walker, Sechrist, Pender

Modificado por: Díaz; Reyna, E; Delgado, R (2008)

A continuación, encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer sobre su estilo de vida. Por favor encierre en un círculo la alternativa que usted crea conveniente:

Nunca: N**A veces: V****Frecuentemente: F****Siempre: S**

N° Ítems		CRITERIOS			
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos	N	V	F	S
3	Consumo de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S

11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACIÓN					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

ANEXO 5.-
AUTORIZACIÓN DE LA
INSTITUCIÓN

Riobamba, 06 de agosto de 2018

Señor Doctor:

Edgar Augusto Bravo Paladines

DIRECTOR DEL HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGOMEZ ROMÁN

De nuestra consideración.-

Reciba un atento y cordial saludo, a la vez deseándole éxitos en las funciones encomendadas y que usted muy acertadamente dirige, en beneficio de los niños de la Provincia de Chimborazo.

Nosotras, PAOLA JAQUELINE CALLAY PALA con número de cédula 060509774-0 y CARMEN ALEJANDRA GUAMÁN COELLO con número de cédula 060451845-6, egresadas de la carrera de psicología clínica, solicitamos de la manera más comedida nos **AUTORICE** ejecutar nuestro proyecto de investigación titulado **AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN"**.

Para lo cual adjuntamos la aprobación del perfil por parte del honorable consejo directivo de la facultad ciencias de la salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Seguras de que nuestra petición sea atendida, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

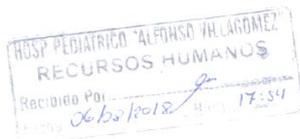
Atentamente


Srta. Paola Callay

C.I 060509774-0


Srta. Alejandra Guamán

C.I. 060451845-6



*Dr. Censo
Dinero
Augusto 020
TRW
Psicología
Substituto
2018/08/07*

ANEXO 6.-
VALIDACIÓN DEL PROGRAMA
URKUND



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 11 de julio del 2019
Oficio N° 441-URKUND-FCS-2019

MSc. Ramiro Torres Vizuet
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

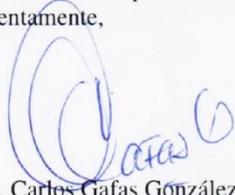
Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, de la manera más comedida tengo a bien remitir validación por el programa URKUND, del porcentaje de similitud del trabajo de investigación que se detalla a continuación:

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	Nombres y apellidos del tutor	% reportado por el tutor	% de validación verificado	Validación	
							Si	No
1	D- 54060932	Autoconcepto y estilo de vida en los servidores públicos. Hospital Pediátrico "Alfonso Villagómez Román" Riobamba, 2018	Callay Pala Paola Jaqueline Guamán Coello Carmen Alejandra	Dr. Byron Boada	7	7	x	

Lo cual comunico para los fines correspondientes.

Por la atención que brinden a la presente le agradezco.
Atentamente,


Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Anexo 7.-

DICTAMEN DE CONFORMIDAD



DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Facultad: CIENCIAS DE LA SALUD
Carrera: PSICOLOGÍA CLÍNICA

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Tutor:	BYRON ALEJANDRO BOADA ALDAZ	Cédula:	170425947-0
Miembro tribunal:	MAYRA ELIZABETH CASTILLO GONZÁLES	Cédula:	060356442-8
Miembro tribunal:	CESAR EDUARDO PONCE GUERRA	Cédula:	060368804-5

2. DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Callay Pala
Nombres: Paola Jaqueline
C.I / Pasaporte: 060509774-0

Título del Proyecto de Investigación: AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS. HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN" RIOBAMBA, 2018.

Dominio Científico: Salud como producto social, orientado al buen vivir.

Línea de Investigación: Salud

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
Título	SI	
Resumen	SI	
Introducción	SI	
Objetivos: general y específicos	SI	
Estado del arte relacionado a la temática de investigación	SI	
Metodología	SI	
Resultados y discusión	SI	
Conclusiones y recomendaciones	SI	
Referencias bibliográficas	SI	
Apéndice y anexos	SI	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo unacalificación de: ____ sobre 10 puntos.



DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Facultad: CIENCIAS DE LA SALUD
Carrera: PSICOLOGÍA CLÍNICA

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Tutor: BYRON ALEJANDRO BOADA ALDAZ **Cédula:** 170425947-0
Miembro tribunal: MAYRA ELIZABETH CASTILLO GONZÁLES **Cédula:** 060356442-8
Miembro tribunal: CESAR EDUARDO PONCE GUERRA **Cédula:** 060368804-5

2. DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Guamán Coello
Nombres: Carmen Alejandra
C.I / Pasaporte: 060451845-6

Título del Proyecto de Investigación: AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA EN LOS SERVIDORES PÚBLICOS. HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN" RIOBAMBA, 2018.

Dominio Científico: Salud como producto social, orientado al buen vivir.

Línea de Investigación: Salud

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad SI/No	Observaciones
Título	SI	
Resumen	SI	
Introducción	SI	
Objetivos: general y específicos	SI	
Estado del arte relacionado a la temática de investigación	SI	
Metodología	SI	
Resultados y discusión	SI	
Conclusiones y recomendaciones	SI	
Referencias bibliográficas	SI	
Apéndice y anexos	SI	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo unacalificación de: ____sobre 10 puntos.

