



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SALUD MENTAL ESCOLAR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
EN ADOLESCENTES QUE PARTICIPAN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
DE LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA**

**Tesis para optar al grado de
MAGISTER EN PSICOLOGÍA, MENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO JUVENIL**

MARÍA FRANCISCA RODRÍGUEZ AGUILERA

**Directora:
Myriam George Lara**

Santiago de Chile, 2018

RESUMEN

Existe una alta prevalencia de los problemas de salud mental en la niñez y adolescencia. Además, los problemas de salud mental se relacionan con una menor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El objetivo del presente estudio fue establecer cómo es la relación entre los problemas de salud mental escolar, entendidos como disfunción psicosocial y desadaptación escolar, y la CVRS en adolescentes.

Se realizó un estudio cuantitativo ex-post-facto, transversal y correlacional. Se trabajó con una muestra de 1.308 adolescentes de 6° año de enseñanza básica que participaron del Programa Nacional Habilidades para la Vida, y que fueron evaluados con los instrumentos TOCA-RR, PSC-Y y KIDSCREEN-27. Se observó que la disfunción psicosocial se correlaciona positivamente con todas las dimensiones de la desadaptación escolar y de manera negativa con todas las dimensiones de la CVRS. Utilizando ecuaciones estructurales, se propone un modelo de mediación acerca de la relación entre las tres variables analizadas que obtuvo un buen índice de bondad de ajuste (0.96).

Fue posible concluir que la disfunción psicosocial tiene un efecto mayor en la CVRS, que la desadaptación escolar. Se discuten las implicancias para la implementación de estrategias promocionales y preventivas de la salud mental en contextos escolares.

Palabras Clave: Salud Mental, Calidad de Vida Relacionada con la salud, Adolescencia, Promoción y Prevención Salud Mental Infanto-Adolescente.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora guía, Myriam George, por su orientación y buena disposición permanente. Sin su apoyo esta investigación no habría sido posible. Gracias por la confianza.

A Loreto Leiva, por sus comentarios y revisiones del documento, especialmente por su apoyo en los aspectos metodológicos. A Antonia Díaz-Valdés, por darse el tiempo y compartir sus conocimientos generosa y desinteresadamente.

Al equipo central del Programa Habilidades para la Vida, especialmente a la Sra. Ana María Squicciarini, por facilitar los datos para la realización de esta investigación.

A Rodrigo Rojas y Belén Vargas, espero que la vida nos dé la posibilidad de volver a trabajar juntos. A mis amigas, Paulina Fuenzalida, Bárbara Hernández e Isabel Macaya compañeras de Magister, porque sin ellas, volver a estudiar no hubiera sido lo mismo.

A mi madre, Gabriela, y a mis hermanos, América y Camilo, por el amor incondicional de siempre y su apoyo emocional, económico y en tareas de cuidado entre tantos otros. A mi abuelo, Carlos Aguilera; a mi padre, Claudio y a mis tíos Magdalena y Manuel por su cariño y apoyo.

Finalmente, agradecer a Tadeo Vicente, por existir y darle un sentido nuevo a todo lo que hago, y a Carlos Andrade, mi compañero de vida, por confiar en mí y alentarme a continuar cuando creía que ya no podría más, por su amor y lealtad incondicional.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Adolescencia	6
2.2. Salud Mental	9
2.3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	15
2.4. Salud Mental Escolar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud	19
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	21
3.1. Objetivo General	21
3.2. Objetivos Específicos.....	21
3.3. Hipótesis.....	21
4. MARCO METODOLÓGICO	22
4.1. Diseño	22
4.2. Muestra.....	22
4.3. Descripción de Variables	24
4.4. Técnica de Producción y Recolección de Datos.....	25
4.5. Análisis de Datos.....	28
4.6. Procedimientos.....	30
4.7. Aspectos Éticos.....	31
5. RESULTADOS	33
5.1. Resultados Descriptivos y Comparación de Medias por Sexo.....	33
5.2. Resultados Correlacionales.....	39
5.3. Resultados Modelo de Ecuaciones Estructurales.....	42
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	48
7. REFERENCIAS	57
8. ANEXOS	71
8.1. ANEXO 1: Teacher Observation of Classroom Adaptation- Revised (TOCA-RR)...	71
8.2. ANEXO 2: Pediatric Symptom Checklist – Youth (PSC-Y).....	73

8.3. ANEXO 3: KIDSCREEN-27.....	75
8.4. ANEXO 4: Carta Solicitud Autorización JUNAEB.....	77
8.5. ANEXO 5: Formulario de Autorización.....	79

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a estudios realizados a nivel internacional, existe una alta prevalencia de trastornos de salud mental en niños, niñas y adolescentes, indicando que 1 de cada 5 presenta un problema de salud mental (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014; Ravens-Sieberer, Wille, et al., 2008; Sawyer et al., 2001) y sólo un 16% de ellos recibirían la atención necesaria (De la Barra, 2009).

A nivel nacional, más de un tercio de la población infanto juvenil presenta algún trastorno, cifra que se reduce al 22% si se consideran sólo aquellos casos en los que existe impedimento. Pese a ello, los niños, niñas y adolescentes no acceden a los servicios especializados existiendo una brecha asistencial que puede llegar al 85% si se considera sólo el sistema sanitario formal (Vicente et al., 2012). Tanto en Chile, como en el resto del mundo, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes que sí recibe algún tipo de atención, lo hace en la escuela (Green et al., 2013; Maag & Katsiyannis, 2010; Ronés & Hoagwood, 2000; Vicente et al., 2012).

Cabe señalar que los adolescentes están expuesto a un gran número de factores de riesgo, convirtiéndose en un grupo vulnerable para presentar problemas de salud mental (Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008); de hecho, “hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 4).

Frente a esta situación, existe consenso en que los tratamientos indicados son insuficientes para reducir la prevalencia de los trastornos de salud mental y la carga asociada a estos (Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen, & Harrington, 1998; Organización Mundial de la Salud, 2004), y que las intervenciones preventivas y promocionales son las maneras más efectivas de reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales (National Research Council & Institute of Medicine, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2004).

En este escenario, la escuela es considerada el lugar ideal para realizar intervenciones preventivas, orientadas a disminuir los factores de riesgo relacionados con la salud mental, e intervenciones promocionales, es decir, a potenciar los factores protectores relacionados con la salud mental, además de cumplir una importante influencia socializadora (Macklem, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2004; Petras et al., 2008). Junto con esto, la escuela también es una fuente importante de amigos y redes sociales (Jané-Llopis & Barry, 2005), y provee un espacio

para la promoción tanto de competencias sociales y emocionales, como aprendizajes académicos (Barry, Clarke, Jenkins, & Patel, 2013).

Además de relacionarse con el rendimiento académico y las competencias socio emocionales, existe una fuerte relación entre la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud (Ravens-Sieberer et al., 2008). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es entendida como la valoración que una persona realiza acerca de su bienestar y estado de salud, determinada por la edad y el desarrollo cognitivo; así como por la cultura y los sistemas de valores (Ravens-Sieberer et al., 2001).

En Chile, a partir del año 2000, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, considera como una prioridad programática la promoción de la salud mental y la prevención de los factores de riesgo, proponiendo un abordaje intersectorial en el que el contexto escolar es de vital relevancia para intervenir (Ministerio de Salud, 2000, 2014; Minoletti & Zaccaria, 2005).

Desde el año 1998, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), del Ministerio de Educación, implementa del Programa Habilidades para la Vida (PHpV), que incorpora estrategias preventivas y promocionales de la salud mental (George, Guzmán, Hartley, Squicciarini, & Silva, 2008; Ministerio de Salud, 2014). El programa se implementa en escuelas municipales y particulares subvencionadas que presentan altos índices de riesgo social y vulnerabilidad socioeconómica. Inicialmente, incorporaba a niños y niñas desde primer nivel de transición, hasta 4° año de enseñanza básica (PHpV I), sin embargo, a partir del año 2008, y obedeciendo a la necesidad de estrategias de convivencia escolar y seguimiento psicosocial, incorpora a estudiantes de 5° a 8° año de enseñanza básica (PHpV II), dirigido a adolescentes de 10 a 15 años. El objetivo a corto plazo del PHpV II es lograr una convivencia escolar positiva, fortaleciendo las competencias sociales, afectivas y cognitivas. A largo plazo, el PHpV II busca elevar la calidad de vida y prevenir daños en salud (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2014).

Para llevar a cabo la intervención en la escuela, el P-HpV utiliza el modelo de tres niveles que ha propuesto la Organización Mundial de la Salud, realizando una estrategia de promoción dirigidas a todos los y las estudiantes, profesores, padres y madres; una estrategia de prevención selectiva que consta de dos fases, detección de riesgo e implementación de un taller preventivo para aquellos niños, niñas o adolescentes en los que se haya detectado factores de riesgo; y

derivación a atención de salud mental con profesionales de la red local para los niños, niñas o adolescentes que presenten factores de riesgo críticos (George et al., 2008; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2014).

Para la detección de riesgo de salud mental, en el HpV-II se utiliza el TOCA-RR, que evalúa la desadaptación escolar, y el PSC-Y, que evalúa la disfunción psicosocial. Adicional a estas pesquisas de riesgo de salud mental, y dado que uno de los objetivos a largo plazo del programa es elevar la calidad de vida de los escolares, el programa HpV incorporó recientemente evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud, para los estudiantes de 6° año básico (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2013).

Una investigación evaluó la intervención preventiva del PHpV II y los resultados arrojaron que los adolescentes presentaron un aumento en el nivel de autonomía, disminuyeron respuestas agresivas y mejoraron desempeño escolar, pero que no se modificaron las relaciones con sus pares (Leiva, George, Squicciarini, Simonsohn, & Guzmán, 2015). En otra investigación, realizada por Gallardo, Leiva, & George (2015), acerca de la evaluación de los logros que presentaban los adolescentes que participaban de la intervención preventiva del PHpV II, como resultado proximal, se observaron una disminución de los cuatro factores comprendidos en la desadaptación escolar, sin embargo, no se percibieron modificaciones en la disfunción psicosocial en los adolescentes, y en las adolescentes incluso se observó un empeoramiento de este indicador.

Dado que existe una relación entre la salud mental y la CVRS, estos resultados serían concordantes con los encontrados por Molina, R. et al. (2014), que en un estudio de alcance nacional de CVRS realizado en Chile, observaron que las adolescentes presentan peores resultados en las dimensiones bienestar subjetivo y emociones, que los adolescentes varones.

De acuerdo a Urzúa, Caqueo-Urizar, Albornoz, & Jara, (2013) existen pocas investigaciones en América Latina centradas en la calidad de vida (CV) en la niñez y adolescencia. En Chile, cabe señalar que existen estudios acerca de la CV de niños, niñas y adolescentes escolares (Urzúa, Cortés, Prieto, Vega, & Tapia, 2009a; Urzúa & Mercado, 2008), sin considerar la salud mental; una investigación comparativa de la CV entre niños que viven en zonas urbanas y rurales (Urzúa et al., 2013), además de los estudios llevados a cabo por el Ministerio de Salud de Chile, con adolescentes de 15 años los años 2000 y 2006, entre otros (en Molina, R. et al., 2014).

Si bien la presencia de problemas de salud tanto física como mental, se relacionan con la CV de niños, niñas y adolescentes (Dey, Mohler-Kuo, & Landolt, 2012), el desarrollo de

investigaciones en esta área se ha centrado principalmente en la relación que existe entre la salud física y la CVRS, generando un amplio campo de conocimiento (Annett, 2001; Chen & Cisler, 2011; Petersen, Schmidt, Power, & Bullinger, 2005; Sawyer et al., 2004), mientras que las investigaciones que se enfocan en la relación entre salud mental y CVRS, es un campo con un desarrollo emergente (Matza, Swensen, Flood, Secnik, & Leidy, 2004), que ya cuenta con varias investigaciones en Europa (Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012; Keenaghan, Kilroe, Health Service Executive, & The KIDSCREEN Group Europe, 2008; Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, & Bullinger, 2008; Schlack, Ravens-Sieberer, & Petermann, 2013).

En Chile, existe un estudio acerca de CVRS en adolescentes, de representatividad nacional, con adolescentes que asisten a establecimientos municipales, subvencionados y particulares pagados (Molina et al., 2012). Además, se han publicado estudios acerca de la relación entre autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos con la CVRS, reportando que los y las adolescentes con morbilidad autopercebida presentan una peor CVRS (Molina, R. et al., 2014); otro que analiza las diferencias de género en al evaluar la CVRS, cuyos resultados arrojan que ésta es peor en mujeres (González et al., 2016) y otro que señala que percibirse como víctima de bullying se asocia a una baja CVRS (Hidalgo-Rasmussen et al., 2015), por mencionar algunos, sin que existan estudios que relacionen las variables salud mental escolar y CVRS en adolescentes.

Dado esto, cabe preguntarse cómo es la CVRS de los y las adolescentes que participan de un programa de prevención y promoción de la salud mental en la escuela, y específicamente su relación con la salud mental en adolescentes chilenos. Es así, como el presente estudio se centrará en establecer si existen relaciones entre los diferentes dominios de la desadaptación escolar y los de la CVRS, así como la relación entre ésta y la disfunción psicosocial.

Dado lo anterior es que surge la pregunta de investigación: ¿cómo es relación entre los problemas de salud mental escolar, entendidos como disfunción psicosocial y desadaptación escolar, y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes que participan en un programa de prevención y promoción de la salud mental en la escuela?

Esta investigación tiene implicancias a nivel teórico para la psicología clínica ya que, por un lado, contribuiría a enriquecer la comprensión que existe acerca de los problemas de salud mental adolescente en el contexto escolar, así como las intervenciones que se realizan con estos; y

por otro lado, enriquece el conocimiento que se tiene acerca de la relación que existe entre estos y la CVRS.

Además, a nivel práctico, si se determina que existe una relación significativa entre los problemas de salud mental escolar y CVRS, podría contribuir a fortalecer las estrategias de valoración de la salud mental en adolescentes incorporando las evaluaciones de CVRS dentro del proceso de diagnóstico, de monitoreo de estrategias de promoción y prevención de la salud mental, así como de la convivencia escolar y/o como parte de las evaluaciones de los resultados de las intervenciones.

A nivel de política pública, al determinar la relación entre salud mental escolar y CVRS en adolescentes que asisten a escuelas con altos índices de riesgo social y vulnerabilidad socioeconómica, podría contribuir a enriquecer la estrategia preventiva y promocional utilizada en el HpV II, al identificar determinantes sociales y comportamentales de la salud de ese grupo etario en particular.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Adolescencia

La adolescencia es una etapa del ciclo vital que se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y sociales vertiginosos, que requiere una serie de procesos adaptativos en dichos ámbitos, siendo un periodo crítico que influye en el desarrollo de las destrezas para enfrentar la adultez (Ministerio de Salud, 2009). La intensidad y velocidad con la que se presentan estos cambios, la convierte un periodo vulnerable que requiere especial atención (Luengo, 2003).

Para la Organización Mundial de la Salud (2014), la adolescencia abarca desde los 10 hasta los 19 años. La adolescencia puede dividirse en tres etapas de desarrollo: a) la adolescencia temprana o inicial, entre los 10 y 13 años; b) la adolescencia media, entre los 14 y 16 años; y c) la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años.

Otros organismos, como la Organización Panamericana de la Salud, consideran un rango etario diferente, desde los 10 a los 24 años, agrupados bajo el concepto de juventud. Esta extensión se debe a que consideran los cambios sociales globales en la socialización de los adolescentes, tales como el aumento de los años de formación educacional para lograr la autonomía económica, junto con estudios epidemiológicos que dan cuenta de las características compartidas por este grupo (Ministerio de Salud, 2009).

Desde una mirada evolutiva, la adolescencia es una etapa crítica en el proceso de formación de identidad y de alta vulnerabilidad, ya que se enfrentan múltiples crisis o cambios, biológicos y sociales, que tendrán incidencia en la adultez (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004). Es un proceso de reorganización profunda a partir de la cual se logra una estructura cualitativamente distinta (Bardi, 2003).

Dentro de los cambios físicos que ocurren en la adolescencia, se encuentra la pubertad, periodo en el que se ocurren los fenómenos fisiológicos y los cambios morfológicos que llevan a alcanzar la maduración de los órganos reproductores y por lo tanto, la capacidad de procrear. El momento y la velocidad con la que ocurren los cambios físicos varía entre los individuos, teniendo una duración de 2 a 5 años (Luengo, 2003). Sin embargo, no todos los cambios biológicos durante la adolescencia empiezan a los 10 años o terminan a los 20. Algunos cambios endocrinos

importantes comienzan antes de los 10 años y algunos cambios del neurodesarrollo continúan más allá de los 20 años (Organización Mundial de la salud, 2014).

Ocurre un aumento de estatura, de masa muscular, redistribución de la grasa corporal y el desarrollo de las características sexuales secundarias (Susman & Dorn, 2009). Es un crecimiento acelerado, pero desproporcionado, que produce torpeza y desgarbo, inseguridad y ansiedad. La velocidad con la que ocurre los cambios físicos hace que sea difícil integrarlos en el esquema corporal. Además, como aumentan sus requerimientos nutricionales, surge un apetito exagerado y alternan periodos en que necesitan liberar energía y se involucran en muchas actividades, con periodos de astenia (Bardi, 2003; Luengo, 2003).

El momento en el que inicia la pubertad marca diferencias en el desarrollo psicosocial. Junto con esto, los cambios endocrinos a la base de la pubertad afectan la forma en que los adolescentes se relacionan con otros. Por ejemplo, los adolescentes varones que se desarrollan de manera más tardía, tienden a ser menos asertivos y tardan en su iniciación sexual, mientras que las adolescentes que se desarrollan antes, tienden a presentar más problemas emocionales, conductuales e inician antes actividad sexual (Patton & Viner, 2007). Además, hay evidencia que sugiere que los cambios en los niveles hormonales se asocia a la presencia de depresión en el caso de las adolescentes (Susman & Dorn, 2009)

Al inicio de la adolescencia, ocurre un engrosamiento de la corteza cerebral. Es una etapa en la que existe una gran plasticidad cerebral y cambios persistentes en las funciones neuronales, otorgándole una importancia clave a las experiencias en la adolescencia temprana para la promoción de la salud (Patton & Viner, 2007).

Lo que caracteriza al desarrollo psicológico de los adolescentes, especialmente en la etapa temprana, es el inicio del pensamiento abstracto. Hay un desarrollo del pensamiento hipotético deductivo que le permite plantear diferentes alternativas para solucionar problemas, pudiendo analizar su rol en la vida, asumiendo una actitud crítica frente a sí mismo y a los otros, así como elaborar planes y creencias con relación a sus valores. Enjuician y critican los actos y valores propios y de los demás, defendiendo de forma vehemente su punto de vista (Sepúlveda, 1991). Este cambio en el pensamiento puede acarrear disminución del rendimiento académico porque deben cambiar el sistema de estudio que tenían hasta entonces (Luengo, 2003).

En el ámbito afectivo, suelen presentar una tendencia a la irritabilidad, cambios bruscos de humor y alta impulsividad. Se oponen con énfasis ante lo conocido, que se entiende en el

contexto de la construcción de la propia identidad (Sepúlveda, 2006). El impulso sexual se intensifica, aumentando la masturbación y exploraciones heterosexuales y eventualmente homosexuales (Sepúlveda, 1991). Existe una gran afán de independencia, buscando mayor autonomía y experiencias distintas a las vividas al interior de la familia (Bardi, 2003). Así, su comportamiento se caracteriza por la búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo (Patton & Viner, 2007; Sawyer et al., 2012).

En el aspecto social, cambian los intereses, necesidades y la relación con la familia entra en tensión entre el rechazo y la dependencia (Luengo, 2003). Se produce un alejamiento de los padres y aumenta la relevancia que se le otorga a los grupos de pares (Sepúlveda, 1991). El grupo social de referencia se amplía, y los pares ofrecen un estilo de vida definido y característico, lo que facilita el cumplimiento de las tareas propias del desarrollo, principalmente el logro de su propia identidad (Haquin et al., 2004).

Dentro de los logros de la adolescencia destaca la construcción de la identidad personal y el desarrollo de la autonomía. Para esto, se espera que logren tareas como la aceptación de la estructura física y la identificación con un género; independencia emocional de los adultos y establecimiento de relaciones con sujetos de su edad de ambos sexos.; desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que les permitan una elección vocacional y laboral; y el desarrollo de una conciencia moral autónoma (Luengo, 2003; Sepúlveda, 1991, 2006).

Dentro de las factores que marcan diferencias en el desarrollo adolescente, es necesario considerar el sexo y género; ubicación geográfica, es decir, urbano o rural; estrato socioeconómico; diferencias étnico culturales; y antecedentes biográficos, entre otros (Luengo, 2003; Ministerio de Salud, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2014). Estos elementos son importante de considerar ya que los problemas de la adolescencia están íntimamente relacionados con aspectos psicosociales que se van a dar en una cultura y en un medio socioeconómico determinado (Bardi, 2003).

Es así como en el caso del género, las expectativas y las normas sociales difieren significativamente entre los y las adolescentes. Por ejemplo, las adolescentes tienden a tener un mejor rendimiento escolar y altas expectativas acerca de su educación, no obstante, al ejercer los roles de madre y esposa, tienen una menor posibilidad de inserción laboral (Baladini, 2000, en Ministerio de Salud, 2009).

Cabe destacar que especialmente la adolescencia temprana ha sido ha sido considerada uno de los periodos más olvidados en las investigaciones y políticas públicas (Blum, Astone, Decker, & Mouli, 2014). La adolescencia es reconocida como una etapa de alto riesgo para varios problemas de salud mental y física. Los cambios emocionales y sociales descritos previamente aumentan los riesgos para problemas conductuales tales como abuso de sustancias, autoagresiones y conductas disruptivas. Ejemplo de esto es el inicio temprano de la pubertad, con su vinculación a problemas emocionales y conductuales en varones y mujeres (Compas & Ressler, 2009; Patton & Viner, 2007; Sawyer et al., 2012).

Los adolescentes que viven en situación de pobreza tienen de dos a tres veces más posibilidades de desarrollar problemas de salud mental (Reiss, 2013). De igual modo, el divorcio de los padres, hacinamiento, cesantía y las enfermedades psiquiátricas de los padres son riesgos psicosociales que influyen en la ocurrencia de trastornos mentales (Compas & Ressler, 2009).

2.2. Salud Mental

La salud mental puede ser entendida como un estado de bienestar subjetivo, en el que los individuos pueden darse cuenta de sus habilidades y hacer frente a los estresores de la vida cotidiana. Conlleva la capacidad de trabajar de manera productiva y fructífera, haciendo una contribución a su comunidad, es decir, implica un balance entre el individuo, los otros y el entorno (Organización Mundial de la salud, 2004).

En el caso de niños y adolescentes, es la capacidad de lograr y mantener un nivel óptimo de funcionamiento y competencia tanto psicológico como social. Implica autoestima y sentido de identidad, así como relaciones saludables con familia y pares, la capacidad de aprender, de afrontar los desafíos del desarrollo y usar los recursos culturales para maximizar su crecimiento, siendo un requisito necesario para un adecuado desarrollo adulto (Organización Mundial de la salud, 2005).

Si durante la niñez o adolescencia surgen problemas de salud mental, estos se asocian a una carga considerable en el funcionamiento escolar y en las relaciones con padres y pares, entre otros (Belfer, 2008; Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008).. Además, son la principal carga relacionada con la salud en la población infantil, siendo los responsables del 15 al 30% de los años

de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos durante los treinta primeros años de vida (Kieling et al., 2011).

El pronóstico de los problemas de salud mental de inicio en la niñez o adolescencia no es muy favorable, ya que suelen ser persistentes, no permiten que desarrollen todo su potencial y podrían ocasionar dificultades crónicas, siendo un factor de riesgo clave para problemas de salud mental en la adultez (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009; Kieling et al., 2011). Kessler et al. (2005) reportaron que alrededor de la mitad de los trastornos mentales presentados a lo largo de la vida, tuvieron su comienzo antes de los 14 años.

La prevalencia de problemas de salud mental en el caso de los niños, niñas y adolescentes es alta. Uno de cada cinco presentaría un problema de salud mental y sólo un 16% de ellos recibiría la atención necesaria (De la Barra, 2009). De acuerdo a la revisión sistemática realizada por Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh (2014), en la que analizan estudios de 12 países, los hallazgos indican que si bien los trastornos externalizantes se han mantenido estables en adolescentes hombres y mujeres, en relación a cohortes previas; los trastornos internalizantes han aumentado, especialmente en las adolescentes de sexo femenino.

Teoría del ciclo vital /campo social

Una manera de entender cómo surgen los problemas de salud mental es la propuesta por la “Teoría del ciclo vital/ campo social” que plantea Kellam y colaboradores (Kellam et al., 1991; Kellam, Koretz, & Moscicki, 1999). Dichos autores proponen que en cada etapa de la vida y a través de periodos de transición importantes, las personas participan en unos pocos campos sociales. En cada uno de estos campos, existen ciertas tareas sociales que deben ser logradas y que cuentan con criterios específicos de qué respuestas de adaptación social conducen al éxito o al fracaso (Kellam & Van Horn, 1997).

Las personas que definen estas tareas y que evalúan formal o informalmente qué tan adecuado es el desempeño de cada individuo, son denominadas evaluadores naturales. Ejemplos de ello son los padres como evaluadores naturales en la familia o el profesor, como evaluador natural en la sala de clases. El proceso interactivo entre demanda y respuesta es llamado adaptación social, y la evaluación que hacen del desempeño los padres y profesores, es llamado *estatus de adaptación social*, o SAS, por sus nombre en inglés (Dolan et al., 1993; Ialongo, 2002; Kellam et

al., 1991). El cumplimiento adecuado de las tareas sociales en etapas tempranas, aumentaría las probabilidades de éxito en etapas posteriores del desarrollo (Ialongo et al., 1999).

Dentro de las tareas sociales que son observadas por los profesores en la sala de clases, en tanto evaluadores naturales, está el desempeño escolar, presencia de conducta agresiva, nivel de autonomía y el tipo de interacción con pares, entre otras (Kellam et al., 1991)

En contraposición al SAS, existe el *bienestar psicológico* (BP), que hace referencia al estado interno de cada individuo, y se asemeja a la concepción tradicional de salud mental, contemplando la autoestima y bienestar subjetivo, así como ansiedad y depresión, entre otros síntomas psiquiátricos (Kellam & Van Horn, 1997). El bienestar psicológico estaría directamente relacionado con el grado de éxito del individuo en las diversas tareas de cada etapa del ciclo vital (Ialongo et al., 1999).

De esta manera, si se logra una adaptación social exitosa en la niñez, esto posibilitaría que niños y adolescentes respondan adecuadamente a las futuras tareas sociales a las que se enfrenten, facilitando una adaptación favorable en las demás etapas evolutivas. Sin embargo, si el bienestar psicológico se encuentra disminuido, esto puede impactar negativamente en el SAS, ya que sus manifestaciones y sintomatología, impedirán que se comporte de acuerdo a lo esperado por los evaluadores naturales (Kellam et al., 1991)

De acuerdo con Kellam y Van Horn (1997), el status de adaptación social y el bienestar psicológico forman una definición bidimensional de la salud mental. Así, el SAS corresponde a una medición del estado social y el BP corresponde a una medida del estado interno. Una de las premisas que subyace es que el status de adaptación social y el bienestar psicológico están relacionados recíproca y potencialmente, pudiendo tener efectos independientes en el desarrollo y salud mental posteriores, por lo que deben ser evaluados por separado (Kellam et al., 1991; Kellam & Van Horn, 1997).

Promoción y prevención de la salud mental

Para disminuir la ocurrencia de los problemas de salud mental, es necesario ampliar el marco tradicional de enfermedad, incorporando estrategias preventivas y promocionales (Kieling et al., 2011). El foco de las intervenciones preventivas es reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores que se relacionan con problemas de salud mental, con la finalidad de reducir la incidencia, prevalencia, ocurrencia de nuevos casos y el impacto que esto tiene, siendo una de

las formas más efectivas para reducir la carga asociada a los problemas de salud mental (Mrazek & Haggerty, 1994; Organización Mundial de la Salud, 2004).

Si bien se hace un esfuerzo teórico por diferenciar la promoción y la prevención, existe una superposición entre ambas estrategias, pudiendo equipararse la promoción con la prevención universal (National Research Council & Institute of Medicine, 2009) Así, se entienden como enfoques diferentes pero interrelacionados (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Por un lado, están las intervenciones promocionales, que comprenden la salud mental en términos positivos, es decir, que buscan potenciar aquellos aspectos favorables o protectores y disminuir aquellos desfavorables o de riesgo. Se encuentran en programas que pretenden disminuir las inequidades en la salud de una manera colaboradora y participativa (Jané-Llopis, Barry, Hosman, & Patel, 2005). Es decir, la promoción de la salud permite un óptimo desarrollo psicológico, mejora la calidad de vida, aumenta la capacidad y la fortaleza emocional, creando condiciones y entornos favorables (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Por otro lado, se encuentran las intervenciones preventivas que se pueden clasificar en tres niveles: universales, selectivas e indicadas. Las primeras están dirigidas a un grupo completo o público general que no ha sido identificado con riesgos individuales (Mrazek & Haggerty, 1994). Las segundas están diseñadas para sujetos que presentan un riesgo mayor que el promedio para desarrollar un problema de salud mental, de acuerdo a la presencia de factores de riesgo evaluados previamente. Finalmente, las intervenciones preventivas indicadas se enfocan en personas que han sido detectadas como portadoras de signos o síntomas mínimos que permiten pronosticar el inicio de un trastorno mental, pero que no lo presentan en la actualidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Mientras que las intervenciones universales están dirigidas a todos los niños de un contexto o localidad en particular, las intervenciones selectivas e indicadas se centran en niños que tienen mayor probabilidad de desarrollar un problema de salud mental por la presencia de factores de riesgo o por la presencia de síntomas subclínicos (Kieling et al., 2011).

Para que una intervención preventiva se dirija adecuadamente a la población para la que ha sido diseñada, es de vital importancia el uso de un método de detección preciso para identificar a los individuos que están en riesgo, evitando la baja detección o el gasto innecesario de recursos por un sobre diagnóstico (Dwyer, Nicholson, & Battistutta, 2006). Los métodos actuales de tamizaje

suelen basarse en la premisa de que los niños y niñas presentan algún nivel de sintomatología o desajuste en su funcionamiento (Levitt, Saka, Hunter-Romanelli, & Hoagwood, 2007).

Dentro de sus características, los instrumentos de detección deben ser eficaces, es decir, es confiable, válido y preciso al identificar a los niños y niñas con problemas de salud mental, y debe ser efectivo, es decir, debe ser viable y posible de utilizar en la práctica (Levitt et al., 2007). Así mismo, deben contar con una sensibilidad y especificidad adecuadas. La sensibilidad indica el porcentaje de niños que presentan dificultades o con riesgo de tener problemas que son correctamente identificados, mientras que la especificidad apunta al porcentaje de niños que no presentan dificultades y que son correctamente identificados (Glascoe, 2005).

Salud mental escolar

Dado que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes pasa gran parte de su tiempo en la escuela, existe consenso en que es el lugar ideal para realizar intervenciones preventivas y promocionales en salud mental (Macklem, 2014; Petras et al., 2008). Así mismo, es el contexto ideal para detectar de manera eficiente a niños y adolescentes con problemas de salud mental que aún no han sido identificados, ya que ofrece la oportunidad de alcanzar a un gran número de niños y niñas (Dowdy, Ritchey, & Kamphaus, 2010; Levitt et al., 2007).

Habitualmente, los servicios brindados en las escuelas se han centrado en la evaluación y atención individual de aquellos niños que presentan el nivel de riesgo más alto. Sin embargo, esta aproximación a los problemas de salud mental no genera un cambio significativo al interior de una población, por lo que se requiere un cambio de paradigma, pasando de reactivo e individual, a un alcance universal y preventivo (Dowdy et al., 2010; Weare, 2010). Es indispensable que los modelos de prevención que integran diferentes aproximaciones cuenten con una estrategia de intervención coherente. La integración puede darse de manera horizontal, es decir dentro de un mismo nivel de riesgo o vertical, integrando diferentes niveles de intervención (Domitrovich et al., 2010).

La escuela provee un espacio para la promoción tanto de competencias sociales y emocionales, como aprendizajes académicos (Barry et al., 2013). Además, es una fuente importante de amigos y redes sociales (Jané-Llopis & Barry, 2005), y tiene una importante influencia socializadora (Macklem, 2014; Petras et al., 2008). Junto con esto, se ha demostrado el vínculo entre el logro académico y un desarrollo emocional y social positivo (Jané-Llopis & Barry, 2005).

Dado lo anterior, es que la Organización Mundial de la Salud (2004) señala que las intervenciones realizadas en las escuelas son una estrategia efectiva para la promoción y prevención en salud mental. Países como Australia, Estados Unidos e Inglaterra, entre otros, han seguido estos lineamientos, desplegando una amplia variedad de programas de prevención y promoción en las escuelas financiadas gubernamentalmente (Weare, 2010).

Atender la salud mental de los estudiantes en las escuelas, puede promover el aprendizaje y previene el inicio de numerosas consecuencias negativas asociadas a problemas de salud mental sin tratar. La salud emocional y conductual positiva se ha asociado al éxito académico, mientras que los problemas de salud mental son barreras significativas para el aprendizaje y el logro académico (Levitt et al., 2007).

Dentro de las intervenciones realizadas en las escuelas, las más efectivas se caracterizan por un balance entre una aproximación universal y focalizada; el comienzo temprano con niños pequeños para luego continuar con los más grandes; intervenciones duraderas en el tiempo que incluyen una aproximación multimodal de toda la escuela, desde el currículo, la formación de profesores, la cultura escolar, hasta el vínculo con los padres y la educación de estos. Además, incorporan a la comunidad y realizan un trabajo coordinado con otras instituciones (Weare & Nind, 2011). Sus principales ventajas es que maximizan la exposición a la intervención y su sostenibilidad, a la vez que reducen la sobrecarga del sistema (Domitrovich et al., 2010).

Dentro de las acciones claves, está la formación de padres y profesores para brindar una retroalimentación apropiada a niños, niñas y adolescentes. Con respecto a esto último, en la medida en que las intervenciones involucren no sólo al niño, niña o adolescente, sino que también a la escuela, los padres y a las organizaciones comunitarias, se obtienen mejores resultados (Weare & Nind, 2011).

La evidencia acerca de los efectos de los programas preventivos y promocionales en las escuelas, destaca que niños y adolescentes presentan mejoras en sus resultados académicos y mejores habilidades socioemocionales (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011), tales como mayor confianza, autoestima y conductas sociales positivas, menores niveles de ansiedad y depresión (Tennant, Goens, & Barlow, 2007; Weare & Nind, 2011); también mejor comportamiento, reducción de la violencia y mayor adherencia a la escuela (Catalano et al., 2012); mientras que a largo plazo se ha visto una menor tasa de involucramiento con el sistema de justicia,

menores costos para los servicios públicos y mayor resiliencia en la vida personal y laboral (Weare, 2010).

2.3. Calidad de vida relacionada con la salud

Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida (CV) comenzó a utilizarse en Estados Unidos con posterioridad a la segunda guerra mundial, refiriéndose inicialmente a la percepción de los sujetos acerca de su situación económica. A partir de las década del '60, se amplió el uso del concepto así como su definición, existiendo poco consenso acerca de qué se entiende por CV, qué dimensiones comprende, qué factores la influyen y cómo se mide (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Actualmente, este constructo es abrazado por tres ramas de las ciencias, la medicina, la economía y las ciencias sociales, y cada una de ellas ha desarrollado una visión diferente sobre cómo debe entenderse y medirse (Cummins, 2005).

Específicamente en el contexto de la salud, este constructo se difundió a partir de la década del 80'. Una de las hipótesis que explican su incorporación, es el cambio en los perfiles epidemiológicos de morbilidad a partir del incremento de la esperanza de vida y las patologías crónicas (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2008)

Las definiciones existentes pueden clasificarse en varias categorías, que van desde una mirada más objetiva tales como las condiciones de vida, hasta aquellas más subjetivas que incluyen la satisfacción con la vida; y otras que combinan ambas, relacionándolas con los valores y la evaluación que los sujetos hacen acerca de la misma (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Para la Organización Mundial de la Salud, implica la percepción que los individuos tienen acerca de su posición en la vida, de acuerdo al contexto cultural en el que viven y al sistema de valores al que pertenecen, en relación a sus metas, expectativas y estándares (The WHOQOL Group, 1995).

De acuerdo a lo planteado por el grupo WHO-QoL (1995), las características de la CV son las siguientes:

a) Es subjetiva, es decir, releva la evaluación que cada persona hace acerca de sus conductas, estados y capacidades

b) Es multidimensional, ya que incluye como mínimo las dimensiones físicas, psicológicas (estado cognitivo y afectivo) y sociales (relaciones interpersonales y roles sociales); el nivel de independencia, el entorno, y la espiritualidad, la religión y las creencias personales.

c) Incluye aspectos positivos y negativos. Para este grupo, las dimensiones principales de la CV son la física, la psicológica, las relaciones sociales, (The WHOQOL Group, 1995).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto secundario al de CV y al igual que éste, cuenta con diversas definiciones, algunas de las cuales no lo diferencian del de CV (Urzúa, 2010). Mientras la CV se centra en los aspectos psicosociales, que pueden ser cuantitativos o cualitativos del bienestar social y del bienestar subjetivo general; la CVRS se centra en la evaluación que hace el sujeto acerca de las limitaciones que enfrenta en diferentes áreas (biológicas, psicológicas y sociales) a partir del desarrollo de una patología o accidente (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2008)

La CVRS puede entenderse como el grado de bienestar que se deriva de la evaluación que realiza la persona acerca del impacto que tiene su estado de salud en los diversos dominios de su vida (Urzúa, 2010). En otras palabras, es la valoración subjetiva que realiza una persona acerca de los aspectos de la vida en relación a su estado de salud (Hidalgo, 2008).

La CVRS puede ser considerada un importante indicador para evaluar resultados de intervenciones y tratamientos en salud, comprender la carga de una determinada enfermedad, identificar inequidades en salud, distribuir recursos de atención en salud, así como complementar estudios epidemiológicos (Solans et al., 2008).

Wilson & Cleary (1995) plantearon un modelo conceptual para comprender los resultados de los pacientes, vinculando variables clínicas con la CVRS. Consideran que no sólo las variables biológicas y fisiológicas, sino que también la sintomatología reportada; el estatus funcional, entendida como la capacidad de responder ante ciertas demandas o tareas; la percepción general de salud, considerada como una valoración subjetiva; así como las características individuales y las del entorno, influyen en la CVRS.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, la CVRS sería la valoración que hacen de su funcionamiento físico, psicológico y social cuando éste se ha visto limitado o alterado por una

enfermedad o accidente, de acuerdo con su desarrollo evolutivo, diferencias individuales y contexto cultural (Coghill, Danckaerts, Sonuga-Barke, Sergeant, & the ADHD European Guidelines Group, 2009; Quiceno & Vinaccia Alpi, 2008)

Con respecto a las investigaciones en CVRS en la infancia, esto se ha estudiado en menor proporción que con muestras poblacionales de adultos (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001 en Quiceno & Vinaccia Alpi, 2008).

Podría decirse que el desarrollo de las investigaciones en calidad de vida relacionada con la salud en niños se ha dado en tres oleadas. La primera de ellas, a finales de los 80', se ocupó en cómo comprender la CVRS en niños, tomando en consideración las diferencias conceptuales con los adultos. La segunda de ellas comenzó a principios de los 90' (y podría considerarse que aún continúa) y consistió en construir y desarrollar instrumentos que evalúen la CVRS en niños. La tercera oleada comenzó hacia finales de los 90', y se relaciona con el desarrollo de diversos estudios clínicos y epidemiológicos que evalúan la CVRS en niños, es decir, que incorporan la percepción del niño sobre su bienestar (Ravens-Sieberer et al., 2001)

Es importante señalar que los niños, niñas y adolescentes son parte de múltiples contextos sociales, tales como la familia, el grupo de pares, la escuela y la comunidad y que cada uno de estos contribuye a la CVRS y media el impacto de una enfermedad, condición de salud o intervención (Coghill et al., 2009; Matza et al., 2004).

Dentro de las dimensiones que se suelen evaluar están el bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres, pares y apoyo social, así como el entorno escolar, entre otros, como es el caso del instrumento KIDSCREEN-27 (Weitkamp, Daniels, Romer, & Wiegand-Grefe, 2013). En Chile, se ha adaptado transculturalmente y validado el instrumento KIDSCREEN-52 (Sepúlveda et al., 2013) y el KIDSCREEN-27 (Molina, T. et al., 2014).

De acuerdo a una revisión sistemática de los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS, hacia el año 2006 se habían validado más instrumentos específicos que generales, existiendo instrumentos para 27 condiciones de salud (Solans et al., 2008).

Existe un amplio cuerpo de investigaciones acerca de la relación que existe entre la salud física y la CVRS, (Annett, 2001; Chen & Cisler, 2011; Petersen et al., 2005; Sawyer et al., 2004), mientras que los estudios acerca de la relación entre la salud mental y la CVRS tienen un desarrollo más reciente (Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012; Keenaghan et al., 2008; Matza et al., 2004; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2008; Schlack et al., 2013).

Una de las razones que se cree que podrían influir en este desarrollo investigativo menor, podría ser una de las críticas que se realizan a los instrumentos que evalúan CVRS. Esta crítica se basa en un desafío metodológico llamado “ítem overlap” (o “superposición de ítems”), que ocurre con mayor frecuencia con los trastornos mentales, especialmente con la dimensión psicosocial de la CVRS. Esta superposición de ítems se presenta cuando los ítems utilizados para evaluar la presencia de un trastorno mental y aquellos utilizados para evaluar la CVRS son similares en contenido. Sin embargo, algunos autores plantean que este desafío puede ser controlado durante el análisis estadístico de los datos (Dey, Landolt, & Mohler-kuo, 2012; Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012; Weitkamp et al., 2013).

Se ha visto que los niños, niñas y adolescentes que presenten un problema de salud mental, tendrían una CVRS más baja que aquellos que no presenten estos, e incluso una CVRS más baja al ser comparados con niños, niñas y adolescentes que tienen una enfermedad somática crónica (Bastiaansen, Koot, Ferdinand, & Verhulst, 2004; Sawyer et al., 2002, 2004).

En Chile, existen estudios acerca de la CV de niños, niñas y adolescentes escolares (Urzua & Mercado, 2008; Urzúa, Cortés, Prieto, Vega & Tapia, 2009); una investigación comparativa de la CV entre niños que viven en zonas urbanas y rurales (Urzúa et al., 2013), junto con los estudios llevados a cabo por el Ministerio de Salud de Chile, con adolescentes de 15 años los años 2000 y 2006, entre otros (en Molina, R. et al., 2014).

Además, se realizó un Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionado con la Salud en Adolescentes de 10 a 18 años (Molina et al, 2012) pertenecientes a distintos establecimientos educacionales. Dentro de los principales hallazgos, cabe señalar que a mayor edad, los y las adolescentes presentan una percepción de la calidad de vida relacionada con salud más baja. Además, se ha reportado que existe una diferencia significativa en la CVRS entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que presentan una peor CVRS, obteniendo puntajes más bajos en la mayoría de las dimensiones evaluadas, especialmente en estado de ánimo y emociones; y bienestar psicológico. No obstante, presentan puntajes más altos que los adolescentes varones en las dimensiones amigos y apoyo social, y entorno escolar (González et al., 2016). Junto con esto, el percibirse como víctima de bullying aumenta las probabilidades de tener una baja CVRS, así como tener una baja autoestima (Hidalgo-Rasmussen et al., 2015).

2.4. Salud Mental Escolar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron estudios que relacionaran las variables salud mental escolar y CVRS en adolescentes. Sin embargo, se encontraron estudios que relacionan de manera significativa los trastornos de salud mental y la CVRS.

En una revisión sistemática realizada por Dey, Landolt, & Mohler-kuo (2012), en la mayoría de los estudios sobre problemas de salud mental, la CVRS se encuentra altamente afectada tanto a nivel global como en los ámbitos psicosocial y familiar. Si bien la dimensión física se encuentra menos afectada que las anteriores, sí presenta una relación clínicamente significativa con ciertos trastornos como, por ejemplo, los trastornos depresivos. Además, se ha observado que cada trastorno mental presenta un patrón específico de reducción de la CVRS, es decir, las áreas que se ven afectadas. Algunas áreas de la CVRS que no se asocian directamente con los criterios diagnósticos de un trastorno mental en particular también se ven comprometidas, como es el caso de la autoestima, de los niños y niñas con trastorno de déficit atencional (Dey, Landolt, et al., 2012). Investigaciones han arrojado que una reducida CVRS se asocia principalmente con la severidad de los síntomas (Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012).

Dado que existe evidencia que señala que, en el caso de niños con problemas de salud física, el estrés parental se relaciona negativamente con las evaluaciones de CVRS respondida por los padres, podría considerarse el estrés psicosocial parental como un factor que influiría en la CVRS de niños y adolescentes que presentan problemas de salud mental (Dey, Landolt, et al., 2012).

En un estudio de Jozefiak, Larsson, Wichstrom, Wallander & Mattejat, (2010), se observó que los niños y niñas que reciben atención psiquiátrica, presentan puntajes más bajos en evaluaciones de calidad de vida relacionada con la salud, que niños y niñas que presentan niveles equivalentes de sintomatología emocional y conductual. Así, podría ocurrir que aquellos niños y niñas que presentan tanto problemas de salud mental como una baja CVRS, tiendan a ser derivados o a consultar con un especialista con mayor frecuencia que aquellos que presentan el trastorno sin una reducción marcada en su calidad de vida (Sawyer et al., 2002).

En un estudio que vinculaba la CVRS con el funcionamiento familiar de adolescentes diagnosticados con depresión, se encontró que existía una relación significativa entre ambas

variables, presentando una baja CVRS y percibiendo que sus familias tienen escasos recursos intra y extra familiares (Suárez, 2013).

Se encontró un estudio canadiense que testea el modelo propuesto por Wilson y Cleary (1995), pero para evaluar cómo las diferentes variables clínicas afectan la CVRS en adultos y adultos mayores que se recuperan de un derrame cerebral. Dentro de sus resultados, los autores reportan que el estatus funcional tiene un impacto menor en la CVRS, a pesar de que el modelo utilizado le asigna la misma importancia que a los síntomas físicos y psicológicos (Mayo et al., 2015)

Se encontró un estudio portugués que plantea un modelo acerca de cómo se presenta la relación entre factores personales y sociales, tales como la autopercepción, autoestima, actitud optimista y satisfacción con el apoyo social, con las conductas de salud y la CVRS en adolescentes portugueses. Dentro de los hallazgos más relevantes, los autores destacan el factor psicológico es el que tenía el mayor impacto en la CVRS, mientras que el de bienestar físico y el factor social tenían un impacto menor. No obstante, en este estudio no se consideró la salud mental (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2012)

Si bien estas investigaciones no pueden ser comparadas con los resultados de este estudio, su aporte empírico sirve de referencia para el análisis y modelamiento de la relación que existe entre la CVRS y la salud mental escolar y la relevancia de su investigación.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

3.1. Objetivo General

- Describir y establecer un modelo de mediación entre los problemas de salud mental escolar, entendidos como disfunción psicosocial y desadaptación escolar, y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes.

3.2. Objetivos específicos:

- Describir la disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la calidad de vida relacionada con la salud que presentan los adolescentes de 6° año de enseñanza básica.
- Determinar la correlación que existe entre las variables del estudio.
- Testear modelos de mediación para representar la relación entre disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la calidad de vida relacionada con la salud que presentan adolescentes de 6° año de enseñanza básica.

3.3. Hipótesis

1. Existe una relación significativa entre la desadaptación escolar y la disfunción psicosocial, con la calidad de vida relacionada con la salud.
2. Existen diferentes niveles de intensidad en la correlación entre la disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la CVRS.
3. La disfunción psicosocial tiene un efecto directo en la CVRS que permite explicar parcialmente su variación.
4. La desadaptación escolar cumple un rol mediador entre la disfunción psicosocial y la CVRS que permite explicar parcialmente su variación.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo ex-post-facto, transversal y correlacional. Según el grado de cumplimiento de los supuestos de experimentación, es un estudio cuantitativo ex-post-facto, ya que no se manipularon las variables intervinientes. De acuerdo al tiempo en el que se midieron las variables, es transversal ya que la medición se llevó a cabo en un único momento (Cea D'Ancona, 2001).

En concordancia con el objetivo principal de la investigación, es correlacional, ya que se midió el grado de relación que existe entre dos variables, es decir, saber cómo se comporta una variable si se conoce el comportamiento de otra que se relaciona con ésta (Cortada de Kohan, Macbeth, & López Alonso, 2009).

4.2. Muestra

La población de la presente investigación estuvo conformada por adolescentes escolarizados, que asistían a escuelas en las que se implementaba el HpV.

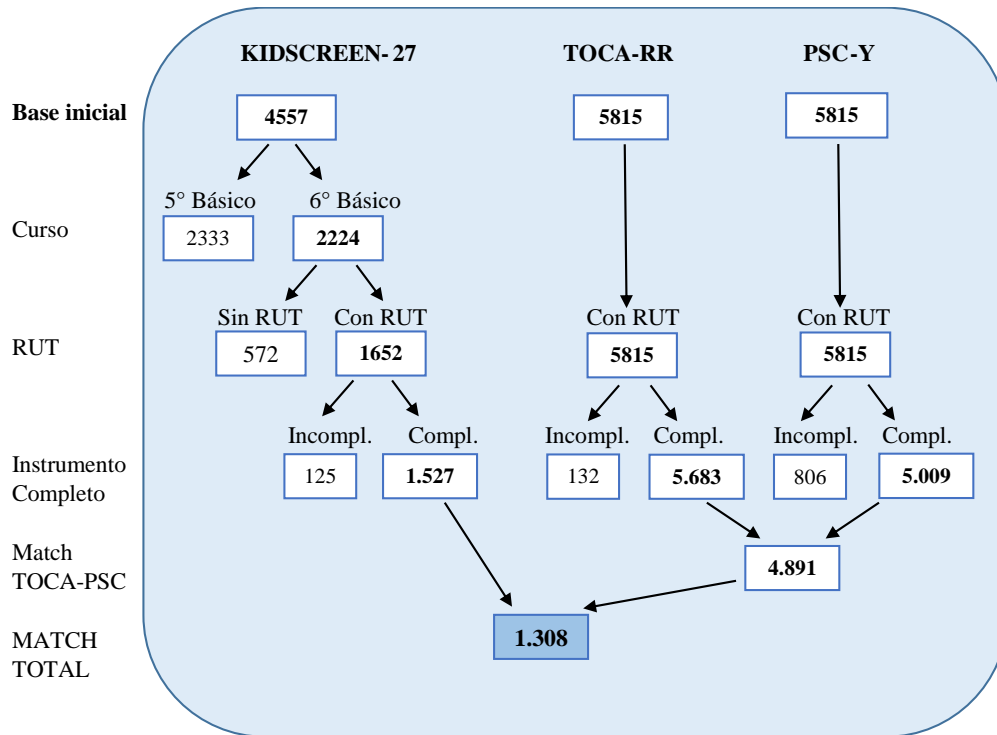
Para acceder a ella, se utilizaron las bases de datos que contenían la digitación de las respuestas a los instrumentos aplicados a los estudiantes de 6° año de enseñanza básica que participaban del Programa Habilidades para la Vida durante el año 2014.

Inicialmente las bases de datos contemplaban a adolescentes de 137 escuelas, pertenecientes a 12 comunas del país (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2014). Una de las bases de datos contenía las respuestas al cuestionario KIDSCREEN-27 y a segunda los datos recogidos mediante el cuestionario TOCA-RR y el cuestionario PSC-Y.

Se excluyeron aquellos casos en los que no se contaba con el RUT para unir las bases de datos; no se contaba con todas las respuestas a los tres instrumentos aplicados, ya que el no contar con ellas no permitiría llevar a cabo el análisis; y aquellos casos evaluados que correspondiesen a otro nivel educacional. El número final de casos se obtuvo después de llevar a cabo un proceso secuencial de depuración como se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Selección secuencial de casos para la presente investigación.



El primer paso fue identificar cuántos estudiantes de 6° año básico fueron evaluados y eliminar a todos aquellos que cursaban otro nivel. Esto significó una pérdida del 51,19% de los casos evaluados con el cuestionario KIDSCREEN, ya que estos habían sido evaluados en 5° básico y no en 6° básico.

A continuación, se eliminaron todos aquellos casos de los que no se tenía información del identificador (RUT), obteniendo así una pérdida del 34,62% de casos evaluados en 6° básico con el KIDSCREEN-27. Posteriormente, se eliminaron aquellos casos con cuestionarios incompletos, representando el 7,6% de los estudiantes de 6° básico evaluados con el KIDSCREEN-27, el 2,3% de los evaluados con el TOCA-RR y el 13,86% de los evaluados con el PSC-Y.

Luego se vincularon los resultados del KIDSCREEN-27 (1527 casos) con los obtenidos en el TOCA-RR y el PSC-Y (4891 casos) a través el identificador de casos (RUT). Finalmente, se construyó una sola base de datos con un total de 1.308 sujetos, de los cuales 602 son mujeres y 706 son hombres. La media de edad de los sujetos fue de 11,9 años, con una desviación estándar de

0,9 años. De las 12 comunas iniciales, se contó con información sólo de 7 comunas, como se señala en la tabla 1.

Tabla 1

Distribución de los participantes del estudio según sexo y comuna de pertenencia

Sexo	n(%)	Comuna						Total	
		Alto Hospicio	Lota	Peñalolén	Puente Alto	Quilpue	San Fernando		Yerbas Buenas
Femenino	n(%)	205(45,9%)	49(55,1%)	18(62,1%)	98(53,3%)	63(44,1%)	116(37,9%)	53(48,2%)	602(46%)
Masculino	n(%)	242(54,1%)	40(44,9%)	11(37,9%)	86(46,7%)	80(55,9%)	190(62,1%)	57(51,8%)	706(54%)
Total		447(100%)	89(100%)	29(100%)	184(100%)	143(100%)	306(100%)	110(100%)	1308(100%)

4.3. Descripción de variables

4.3.1. Variable independiente: Problemas de salud mental escolar

Definición conceptual: La salud mental es entendida como un constructo bidimensional conformado por el estatus de adaptación social y el bienestar psicológico (Kellam & Van Horn, 1997). Al ser aplicado al contexto escolar, se utilizan las dimensiones desadaptación escolar, es decir, la presencia de conductas desadaptativas en la sala de clases, y malestar psicológico o disfunción psicosocial, que se asocian a problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de presentar desórdenes psiquiátricos.

Definición operacional: La desadaptación escolar contempla las respuestas agresivas, las malas relaciones con pares, la Baja Autonomía y pobre desempeño escolar (Leiva, George, Guzmán, et al., 2015) y fue evaluada con el instrumento Teacher Observation of Classroom Adaptation- Revised (TOCA-RR). De acuerdo con el cuestionario utilizado, a mayor puntaje, habría mayor desadaptación escolar.

La disfunción psicosocial se entiende como la presencia de problemas emocionales frecuentes en los adolescentes y fue evaluado por el Pediatric Symptom Checklist – Youth (PSC-Y). Puede presentar un eje positivo y uno negativo. De acuerdo con el cuestionario utilizado, a mayor puntaje, mayor presencia de malestar.

4.3.2. Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Definición conceptual: Es la valoración subjetiva que realiza una persona acerca del impacto que tiene su estado de salud en los diversos dominios de su vida (Hidalgo, 2008; Urzúa, 2010).

Definición operacional: La CVRS contempla cinco dimensiones el bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres, apoyo social y pares; y entorno escolar, que fueron evaluadas con el cuestionario KIDSCREEN-27. Se considera que a mayor puntaje en cada una de las dimensiones señaladas, habría una CVRS más alta.

4.4. Técnica de producción y recolección de datos

Los datos fueron recolectados por los equipos ejecutores del PHpV II en cada escuela e ingresados a las bases de datos antes descritas. Se aplicaron tres instrumentos: Teacher Observation of Classroom Adaptation- Revised (TOCA-RR), Pediatric Symptom Checklist – Youth (PSC-Y) y KIDSCREEN-27.

4.4.1. Teacher Observation of Classroom Adaptation- Revised (TOCA-RR)

El Teacher Observation of Classroom Adaptation – Revised (TOCA-R) fue desarrollado por Sheppard Kellam y colaboradores de Johns Hopkins University y del American Institute for Research. Está basado en el modelo teórico de Kellam acerca de la salud mental (George, Squicciarini, Zapata, & Hartley, 2004).

Es un instrumento que evalúa la conducta de los niños en la sala de clases y que es respondido por el profesor jefe durante una entrevista que realiza un entrevistador capacitado. Mide la desadaptación escolar (DE), identificando aquellas conductas desadaptativas y los factores de riesgo que se asocian con problemas de salud mental y un aumento en las probabilidades de presentar un trastorno psiquiátrico (Kellam et al., 2008; Kellam, Ling, Merisca, Brown, & Ialongo, 1998).

El TOCA-RR permite una detección rápida y precisa de niños y niñas que se encuentran en riesgo de desarrollar problemas de salud mental posteriores, tales como consumo abusivo de sustancias, trastornos externalizantes, dificultades en la adaptación escolar, entre otros (Kellam et

al., 2008; Petras, Masyn, Buckley, Ialongo, & Kellam, 2011). Ha demostrado tener un alto poder predictivo de la conducta desde la infancia a la adolescencia temprana e inclusive tardía, siendo ampliamente utilizado como criterio de entrada de niños y niñas a programas preventivos en la escuela (Racz et al., 2013).

En la adaptación realizada en Chile para la población adolescente, el instrumento quedó conformado por 21 ítems agrupados en 4 escalas (ver anexo 8.1): 1) *malas relaciones con pares* (MRP), entendida como una baja integración e interacción con pares y participación en actividades; 2) *baja autonomía* (BA), da cuenta de la dependencia del adolescente hacia el profesor para la realización de actividades escolares y hacia los pares para integrarse; 3) *pobre desempeño escolar* (PDE), refiriéndose a la baja motivación hacia el trabajo escolar, poca persistencia en la tarea y alta distractibilidad; y 4) *respuestas agresivas* (RA), entendida como desobediencia, baja tolerancia a la frustración, y reacciones agresivas físicas y verbales. Cada ítem es respondido utilizando una escala Likert de 6 puntos, desde 1 (Muy de acuerdo) hasta 6 (Muy en desacuerdo). La consistencia interna de cada subescala, evaluada con Alfa de Cronbach, fluctuó entre 0,81 y 0,95 (JUNAEB, 2011, citado en Gallardo, Leiva, & George, 2015).

Para obtener el puntaje de cada factor, se suma los puntajes de los ítems que los forman. El PHpV definió puntajes de corte para cada factor que permite informar de la condición de riesgo, diferenciando por sexo y así determinar quiénes participarán de la intervención preventiva (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2013). Sin embargo, para los fines de este estudio, sólo se utilizaron los puntajes brutos.

4.4.2. Pediatric Symptom Checklist – Youth (PSC-Y)

El Pediatric Symptom Checklist (PSC) fue creado por Jellinek y colaboradores, al alero del Massachussets General Hospital y Harvard University. Fue creado para la población infantil y debía ser respondido por los padres, dando cuenta de las dificultades en el funcionamiento psicosocial del niño (Jellinek et al., 1988).

Posteriormente, se creó el PSC-Y como la versión para adolescentes del PSC. Mediante un autorreporte, evalúa la disfunción psicosocial (DP), entendida como conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes en los adolescentes, evaluando tanto síntomas internalizantes como externalizantes. Esta versión del instrumento tiene un poder predictivo mayor que la versión

original (Gall, Pagano, Desmond, Perrin, & Murphy, 2000; Pagano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000)

El PSC-Y fue traducido y adaptado culturalmente a Chile. Consta de 33 ítems (ver anexo 8.2) y se puntúa utilizando una escala ordinal de 3 puntos, en la que 1 es “nunca”, 2 es “a veces” y 3 “seguido”. (Gallardo et al., 2015). De acuerdo a la última validación del instrumento realizada con población chilena, presenta un Alfa de Cronbach =0,97, indicando una buena consistencia interna (Leiva, George, Guzmán, et al., 2015).

4.4.3. KIDSCREEN-27

Es una versión abreviada del KIDSCREEN-52. Este último fue diseñado para evaluar genéricamente calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Surgió del trabajo conjunto de trece países de Europa, siendo concebido desde sus inicios como un instrumento transcultural (Ravens-Sieberer et al., 2001; Ravens-Sieberer, Gosch, et al., 2008).

El instrumento original consta de 52 ítems y evalúa 10 dominios de la CVRS. Actualmente está disponible en 30 idiomas (Stevanovic, Tadic, Novakovic, Kistic-Tepavcevic, & Ravens-Sieberer, 2013). De acuerdo a la adaptación y validación realizada en Chile, el instrumento completo presenta un alfa de Cronbach de 0,936 y los dominios presentan un alfa de Cronbach mayor a 0,70, excepto el de *autopercepción*, que obtuvo 0,62 (Sepúlveda et al., 2013)

El KIDSCREEN-27 (ver anexo 8.3) está formado por 27 ítems del KIDSCREEN-52 y evalúa cinco dimensiones de la CVRS: 1) *bienestar físico*, entendido como el nivel de actividad física, el nivel de energía y estado físico; 2) *bienestar psicológico*, que comprende emociones positivas, satisfacción con la vida y la ausencia de sentimientos de tristeza y soledad; 3) *autonomía y relación con los padres*, referida a la calidad de la interacción con los padres, atmósfera en el hogar, nivel de autonomía percibida y el grado de satisfacción con los recursos económicos de los que se dispone; 4) *apoyo social y pares*, explora la calidad de la interacción con sus pares; y 5) *entorno escolar*, que comprende la percepción acerca de su capacidad cognitiva, de aprendizaje, concentración y sus sentimientos acerca de la escuela (Ravens-Sieberer et al., 2007; Robitail et al., 2007).

Para responder cada ítem se utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones, que van de “nunca” a “siempre” y desde “nada” a “muchísimo” (Ravens-Sieberer et al., 2005). Luego la puntuación obtenida en cada escala se convierte a puntuación Rasch. Sin embargo, los desarrolladores del instrumento han sugerido que otra forma de tabularlo es transformar los puntajes brutos a valores T, correspondientes a una media de 50 y una desviación estándar de 10; donde los puntajes más altos indican mejor calidad de vida y bienestar general, tal y como ha sido usado en otras investigaciones (Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012; Weitkamp et al., 2013).

De acuerdo a la adaptación y validación realizada en Chile, tiene un alfa de Cronbach de 0,89 para el instrumento completo y mayores a 0,75 para las dimensiones que evalúa, excepto en “entorno escolar” en la que tuvo 0,69. Al correlacionar Ítem-Resto del test, se observaron resultados que están entre 0,50 y 0,62, excepto seis ítems que se encuentran entre 0,42 y 0,49 (Molina, T. et al., 2014).

4.5. Análisis de datos

Para ejecutar los análisis, se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 20) y LISREL 9.4. A continuación se describen las acciones que se utilizaron para llevar a cabo el análisis de los datos.

Primero, se realizó un análisis de las variables involucradas utilizando estadísticos descriptivos. Se describió la disfunción psicosocial; las cuatro dimensiones de la desadaptación escolar; y las cinco dimensiones de la CVRS. Además, se aplicaron pruebas t para analizar la existencia de diferencia entre medias de hombres y mujeres. Siguiendo la tradición psicométrica clásica de la suma de las puntuaciones de cada ítem, se utilizaron las puntuaciones brutas de todas las variables mencionadas, que fueron usadas como variables continuas.

En segundo lugar, se procedió al análisis de estadísticos inferenciales, buscando establecer la existencia de correlación entre estas variables, tomando en consideración la disfunción psicosocial; las cuatro dimensiones de la desadaptación escolar; y las cinco dimensiones evaluadas de la CVRS.

Finalmente, basándose en tres aspectos del modelo propuesto por Wilson & Cleary (1995), la sintomatología reportada, el estatus funcional y la CVRS, se testearon dos modelos teóricos a

través de ecuaciones estructurales (Baron & Kenny, 1986) para las que se utilizó la estimación de máxima verosimilitud. En la figura 2 es posible observar la representación teórica del modelo.

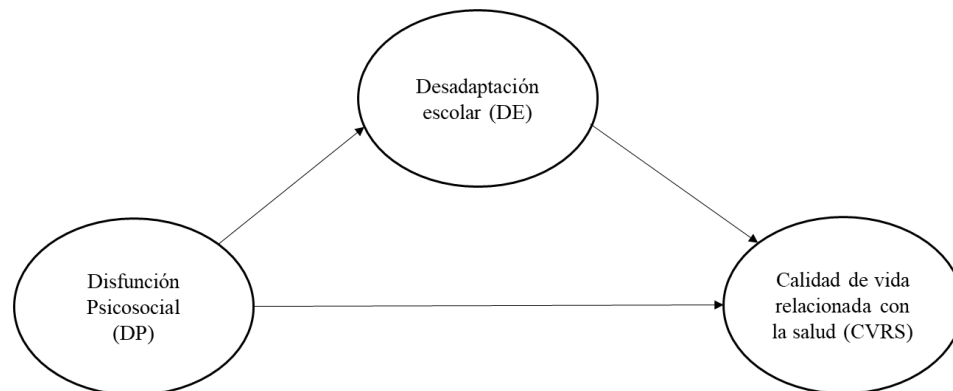
Los modelos de ecuaciones estructurales son una técnica estadística utilizada para testear modelos teóricos y cuyo objetivo es reproducir la matriz de varianza-covarianza poblacional a través de la definición de un modelo teórico (Schumacker & Lomax, 2004).

Como variables latentes, se utilizaron la Disfunción Psicosocial (DP), la Desadaptación Escolar (DE) y la CVRS. Para la DE, las variables observadas fueron las Respuestas Agresivas, Pobre Desempeño Escolar, Malas Relaciones con Pares y Baja Autonomía; mientras que la CVRS, las variables observadas fueron el Bienestar Físico (BF), el Bienestar Psicológico (BP), Autonomía y relación con los Padres (AUF), Apoyo Social y Pares (AS), y Entorno Escolar (EE). En el caso de la DP, la variable observada y la latente fueron la misma.

Para estos modelos, la DP tiene un indicador único medido a través del PSC por lo que el error de medición para esta variable fue fijado a 0. Además, basado en previos estudios, se asumió que las dimensiones de la DE y del CVRS no covarían conjuntamente debido a que en previos análisis confirmatorios se han utilizado la rotación varimax obteniendo buenos resultados (Leiva, George, Rojas, & Rodríguez, 2016). Para la CVRS se utilizó el Bienestar físico como categoría de referencia, mientras que para la Desadaptación Escolar se utilizó el Pobre desempeño escolar en el primer modelo. En el segundo modelo, se utilizó una única variable para la DE, la suma de los puntajes de las dimensiones evaluadas por el TOCA-RR.

Figura 2

Modelo teórico de la relación entre la Disfunción psicosocial, la Desadaptación Escolar y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.



4.6. Procedimientos

La presente investigación se realizó al alero del Proyecto “Apoyo Metodológico/Psicométrico para el Programa Habilidades para la Vida” desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad de Chile. El Programa Habilidades para la Vida (PHpV), dependiente de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), es un programa de prevención y promoción de la salud mental en la escuela. Interviene con toda la comunidad escolar y está presente en todas las regiones del país (George et al., 2008). Dada su implementación a nivel nacional, ha sido descrito como uno de los programas de salud mental más grande a nivel mundial (Murphy et al., 2015; Murphy, Abel, Hoover, Jellinek, & Fazel, 2017).

El programa está dividido en dos, el PHpV I que abarca desde el nivel preescolar hasta el primer ciclo de enseñanza básica, y el PHpV II que se ocupa del segundo ciclo de enseñanza básica (George et al., 2008; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2010). El programa apunta a contribuir al bienestar psicosocial, mejorar el desempeño escolar y los aprendizajes, disminuyendo la deserción escolar (George et al., 2008). Específicamente, en el caso del PHpV II, a corto plazo busca mejorar las competencias interpersonales tanto sociales como cognitivas y afectivas, logrando una convivencia escolar positiva y bienestar psicosocial; mientras que a largo plazo, busca promover la calidad de vida y prevenir daños en salud asociados a conductas violentas, depresión, consumo abusivo de alcohol y drogas (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2013).

Para llevar a cabo la estrategia preventiva en el PHpV-II, la unidad de detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo utiliza dos pruebas de tamizaje que son aplicadas a todos los alumnos de 6° año de enseñanza básica, el Teacher Observation Classroom Adaptation [TOCA-RR] y el Pediatric Symptom Checklist [PSC-Y]. Con los resultados de dichas pruebas, se toman decisiones de intervención, se realizan derivaciones a atención en salud mental en caso de ser necesario y además se comparan con los resultados que obtienen los mismos estudiantes en 8° básico, para realizar seguimiento de la intervención (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2010).

Dado que la presente investigación se realizó en el marco de un proyecto de apoyo al PHpV, se tuvo acceso a las bases de datos. De todos modos, se solicitó por escrito la autorización de la Coordinación Nacional del PHpV, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) para acceder a las bases de datos llamadas “Base consolidado KDS” (con las respuestas al KIDSCREEN-27) y “Respuestas 2° ciclo_sexto 2014” (con las respuestas del TOCA-RR y PSC-Y), y así usar los datos para los fines de esta investigación.

Una vez que se contó con la autorización, se realizó la fusión de las dos bases de datos utilizando el RUT del estudiante como variable llave para la adición de casos y variables. Se eliminaron aquellos casos que no contasen con RUT, que perteneciesen a otro grupo curso y aquellos que no tuviesen la respuesta de todos los ítems de los cuestionarios.

A partir de las respuestas a los ítems, se crearon las dimensiones que componen los distintos cuestionarios, que funcionan como variables continuas.

Usando el programa estadístico SPSS 20.0, primero se realizó un análisis descriptivo de los datos, luego se realizaron pruebas t para comparar la diferencia de medias por sexo en cada una de las variables y luego se realizaron análisis de correlación. A continuación, usando el programa LISREL 9.4, se procedió a testear a través de ecuaciones estructurales, el modelo teórico señalado. Durante esta fase, además se creó una nueva variable que agrupase en una sola las puntuaciones de todas las dimensiones evaluadas por el TOCA-RR.

Finalmente, se redactó el apartado de resultados y posteriormente el de conclusiones.

4.7. Aspectos éticos

Para realizar la investigación propuesta, se solicitó por escrito la autorización del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB para el uso de las bases de datos del programa correspondientes a las evaluaciones de los alumnos de 6° año de enseñanza básica del año 2014.

En la carta enviada a la institución (ver anexos 8.4), se indicó el objetivo de la investigación y se garantizó la confidencialidad de los datos, se comprometió la devolución de un informe con los resultados y la disponibilidad de la investigadora para aclarar cualquier duda durante el proceso de investigación y posteriormente a éste. Adjunta a dicha carta, se envió un formulario (ver anexos 8.5) para que la persona responsable en la Coordinación Nacional del Programa, autorizara a la investigadora a acceder a las bases de datos del año 2014 que contienen las respuestas y resultados

de los cuestionarios TOCA-RR, PSC-Y y KIDSCREEN de los y las estudiantes de 6° año de enseñanza básica del Programa Habilidades para la Vida II (PHpV II).

Acerca de la confidencialidad de la información, se han resguardado los datos de identificación de los y las estudiantes, no proporcionando información alguna que permita identificar personas y/o establecimientos educativos. Cabe mencionar que las metodologías de evaluación que utiliza el programa son informadas a todos los participantes, es decir, estudiantes, profesores, apoderados y equipos directivos de los establecimientos escolares. Así mismo, se garantiza el resguardo de los datos de identificación y así como la confidencialidad de sus respuestas, siendo voluntaria su respuesta a los cuestionarios.

Debido a que se utilizaron datos secundarios y el presente estudio es de diseño retrospectivo, no fue posible contar con asentimientos y consentimientos informados de los estudiantes y sus padres. Considerando esto y para resguardar la identidad de los estudiantes y sus familias, luego de la fusión de las bases de datos mediante el RUT del estudiante como variable llave, se eliminó toda identificación individual.

Finalmente, se solicitó la evaluación del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, pero dado que la presente investigación se realizó con bases de datos secundarias, el Comité de Ética resolvió que no era procedente su evaluación.

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos realizados a las variables en estudio se presentan en tres secciones. La primera de ellas aborda los resultados de análisis descriptivos de las variables Desadaptación Escolar (DE), Disfunción Psicosocial (DP) y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), respondiendo al primer objetivo específico. La segunda sección presenta los resultados obtenidos al realizar un análisis correlacional de las variables, atendiendo al objetivo específico 2. Finalmente, en la tercera sección se presentan los resultados obtenidos al probar un modelo de mediación, respondiendo al objetivo específico 3.

5.1. Resultados descriptivos y comparación de medias por sexo

5.1.1. Variable problemas de salud mental escolar

Disfunción Psicosocial

Al analizar los resultados obtenidos en la evaluación de Disfunción Psicosocial y tomando como referencia toda la muestra, es posible observar en la tabla 2 que, en promedio, esta alcanza un valor de 55,69, existiendo una diferencia significativa entre la media obtenida por las mujeres (56,21) y la obtenida por los hombres (55,26).

La mediana del total de la muestra indica que la mitad de los estudiantes presenta una puntuación menor o igual a 55, mientras que la otra mitad, mayor o igual a dicho valor, presentando valores similares los y las adolescentes. La desviación estándar de la muestra total indica que los resultados se desvían respecto a la media en 7,74 puntos. Asimismo, se observa una puntuación mínima de 34 puntos en esta variable, y una máxima de 83, lo que permite apreciar una variabilidad de 49 puntos al tomar como referencia el rango (por amplitud).

Por una parte, la asimetría positiva se presenta cercana a cero, indicando que las puntuaciones tienden a agruparse por debajo del promedio. Por otro lado, la curtosis negativa, encontrándose igualmente muy cercana a cero, indica que las puntuaciones tienden a estar de forma muy leve, menos concentradas respecto a la media.

Tabla 2

Diferencias de medias entre hombres y mujeres en la variable Disfunción Psicosocial.

	N	Media	D.S.	t	p	IC para la diferencia al 95%
Mujeres	602	56,21	7,87	2,226	0,026	0,113 1,795
Hombres	706	55,26	7,60			
Total	1308	55,69	7,74			

Nota: D.S = Desviación Estándar. IC = Intervalo de confianza.

Desadaptación Escolar

Al analizar los resultados obtenidos en las cuatro dimensiones que conforman la Desadaptación Escolar, en la tabla 3 es posible observar que la puntuación promedio de la muestra con relación al “Pobre Desempeño Escolar” es de 19,87, existiendo una diferencia significativa entre el promedio que presentan las mujeres (18,00) y los hombres (21,45), siendo mayor en estos últimos. Esta mayor tendencia se presenta igualmente en relación a los valores de mediana, que indican que en varones, la mitad de los estudiantes presentan una puntuación de hasta 22 puntos incluidos, mientras que el otro 50% cuenta con una puntuación mayor o igual a dicho valor. Por su parte, las mujeres presentan una mediana cinco puntos menor (17 puntos). La distancia promedio respecto a la media del total es de 8,9, existiendo una pequeña diferencia en favor de los varones (8,92) por sobre las mujeres (8,61). Respecto a la variabilidad por rango por amplitud, es decir, la diferencia entre mayor y menor puntuación observada es de 35 puntos partiendo desde los 7 puntos y extendiéndose hasta los 42 puntos. Respecto a los valores de asimetría, en mujeres las puntuaciones tienden a agruparse levemente por debajo del promedio, situación distinta al caso de los varones en donde estos tienden a situarse muy levemente por sobre la media. Finalmente, tanto para hombres como para mujeres, una curtosis negativa indica que las distribuciones de las puntuaciones se encuentran menos concentradas respecto a la media.

Con relación a las puntuaciones en la dimensión “Respuestas Agresivas”, en la tabla 3 se aprecia que el promedio es de 17,59 para el total de la muestra, existiendo una diferencia significativa entre la media obtenida por las mujeres (15,83) y la obtenida por los varones (19,09) siendo más alto en estos últimos. La mediana, en el caso del total es de 15, mientras que en varones es de 17 y en mujeres de 14. Los resultados de este estadístico, indican que la mitad de la muestra

de varones presenta una puntuación que parte de, a lo menos, 17 puntos, mientras que en las mujeres, la mitad de ellas, presenta un valor mayor o igual a 14 puntos. La distancia promedio respecto a la media para el total es de 8,9 (desviación estándar), mientras que en mujeres es de 8,12 y en varones de 9,34. En el caso de la muestra, la variabilidad por rango es de 40. Finalmente, las puntuaciones en la dimensión “respuestas agresivas” presentan una asimetría positiva en la muestra total, y tanto en hombres como mujeres, indicando concentraciones por debajo de la media. Por su parte, la curtosis en mujeres, indica una mayor concentración de las puntuaciones respecto al promedio (como en el caso de la muestra total), situación contraria a lo observado en varones, en donde los datos se encuentran levemente menos concentrados respecto al promedio.

En relación con las puntuaciones en “Malas Relaciones con Pares”, en la tabla 3 se puede observar que el promedio total es de 14,02 puntos. Al comparar las medias obtenidas por hombres (14,43) y mujeres (13,55), se observa que existe una diferencia significativa entre ambos. La mediana para el caso de los hombres es de 14, indicando que la mitad de la muestra de varones presenta un valor menor o igual a dicho monto y la otra mitad mayor o igual a él. En el caso del total el estadístico toma un valor de 13, mientras que en mujeres de 12,5. En la muestra, la distancia respecto al promedio es similar tanto en hombres (6,21) como en mujeres (6,34), siendo 6,28 para el total de la muestra. La variabilidad por rango para el total es de 30, apreciándose una puntuación mínima en el grupo de 6 y una máxima de 36. La asimetría en todos los casos indica concentraciones hacia los valores bajo el promedio. La curtosis indica una distribución levemente menos agrupadas con respecto al promedio. La curtosis en el total y en varones, indica distribuciones levemente menos agrupadas con respecto al promedio.

Con relación a la dimensión “Baja Autonomía” y de acuerdo a los resultados presentados en la tabla 3, la puntuación promedio es de 15,51 puntos, sin que exista una diferencia significativa en la media obtenida por los hombres (15,69) y mujeres (15,30). El valor de la mediana es de 16 tanto para el total como para los hombres, lo que implica que la mitad de los adolescentes presenta una puntuación menor o igual a 16 puntos de “Baja Autonomía”, mientras que la otra mitad, presenta una puntuación de, a lo menos, dicho valor. En términos del rango o amplitud, éste es de 25, siendo la puntuación menor 5, mientras que una mayor de 30, mientras que la distancia respecto al promedio es de 5,92 para el total, siendo similar en hombres (5,82) y mujeres (6,03). La asimetría indica una distribución muy cercana a cero, con puntuaciones levemente concentradas por debajo

de la media. Las curtosis, por su parte, indica distribuciones levemente menos agrupadas respecto al promedio.

Tabla 3

Diferencias de medias entre hombres y mujeres en las cuatro dimensiones de la Desadaptación Escolar.

	N	Media	D.S.	t	p	IC para la diferencia al 95%	
Pobre Desempeño Escolar							
<i>Mujeres</i>	602	18,00	8,61	-7,084	0,000	-4,405	-2,494
<i>Hombres</i>	706	21,45	8,92				
Total	1308	19,87	8,94				
Respuestas agresivas							
<i>Mujeres</i>	602	15,83	8,12	-6,686	0,000	-4,223	-2,307
<i>Hombres</i>	706	19,09	9,34				
Total	1308	17,59	8,95				
Malas Relaciones con Pares							
<i>Mujeres</i>	602	13,55	6,34	-2,537	0,011	-1,565	-0,200
<i>Hombres</i>	706	14,43	6,21				
Total	1308	14,02	6,28				
Baja autonomía							
<i>Mujeres</i>	602	15,30	6,03	-1,187	0,235	-1,034	0,254
<i>Hombres</i>	706	15,69	5,82				
Total	1308	15,51	5,92				

Nota: D.S = Desviación Estándar. IC = Intervalo de confianza.

5.1.2. Variable Calidad de Vida relacionada con la Salud

Los resultados descriptivos de los puntajes brutos obtenidos a través de la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con el instrumento KIDSCREEN-27, se pueden observar en la tabla 4.

Con respecto a la dimensión Bienestar Físico, la media obtenida por la muestra total fue de 18,30, mientras que la mediana fue de 18, indicando que la mitad de la muestra presenta una

puntuación que parte de, a lo menos, 18 puntos. La distancia promedio respecto a la media para el total es de 3,88 (desviación estándar), siendo similar en hombres y mujeres. Al comparar las medias obtenidas por mujeres (17,59) y por hombres (18,91), se observa que existe una diferencia significativa entre ambas. En el caso de la muestra, la variabilidad por rango es de 18, siendo el menor valor de 7 y el máximo de 25. Finalmente, las puntuaciones en la dimensión Bienestar Físico presentan una asimetría negativa en la muestra total, indicando concentraciones por sobre la media. Por su parte, la curtosis indica una menor concentración de las puntuaciones en torno al promedio.

En relación con las puntuaciones en la dimensión de Bienestar Psicológico, en la tabla 4 se puede observar que el promedio total es de 26,98 puntos, presentando las mujeres una media significativamente menor (25,90) que los hombres (27,91). En el caso de la mediana, ésta tiene un valor de 28 para la muestra total, indicando que la mitad de la muestra presenta un valor menor o igual a 28 y la otra mitad mayor o igual a él. Las mujeres presentan una mediana de 27 puntos y los varones obtuvieron 2 puntos más que las mujeres. En la muestra, la distancia respecto al promedio es de 5,37 para el total, mientras que las mujeres tuvieron una desviación estándar mayor (5,69) que los varones (4,89). La variabilidad por rango es de 26, apreciándose una puntuación mínima en el grupo de 9 y una máxima de 35. La asimetría indica concentraciones hacia los valores que se encuentran sobre el promedio, siendo mucho más notorio en los varones. Por su parte, la curtosis del total indica distribuciones levemente menos agrupadas en torno al promedio, lo que varía al analizar por sexo, ya que las mujeres presentan un valor negativo (-0,45), es decir, con poca concentración en la media, mientras que los varones presentan un valor positivo (0,53), es decir, con una mayor concentración en la media.

Acercas de la dimensión Autonomía y Relación con los Padres, en la tabla 4 se puede observar que la muestra obtuvo una media de 26,86 puntos. Las adolescentes obtuvieron una media menor (26,27) que los varones (27,36), existiendo una diferencia significativa entre ambos. El valor de la mediana para el total de la muestra es de 28 puntos, lo que implica que la mitad de los adolescentes presenta una puntuación menor o igual a 28 puntos, mientras que la otra mitad, presenta una puntuación de, a lo menos, dicho valor. En términos del rango o amplitud, éste es de 28 para el total, siendo la puntuación menor 7, mientras que la mayor es de 35. La asimetría indica concentraciones hacia los valores que se encuentran sobre el promedio tanto para el total como para mujeres y hombres. El total presenta una curtosis positiva que se encuentra cercana a cero indicando una distribución agrupadas en torno al promedio. Esta situación cambia al analizarlo por

sexo, ya que los varones obtienen un valor positivo (0,54) indicando que los datos se concentran alrededor de la media, mientras que las mujeres presentan un valor negativo (-0,45), indicando lo contrario.

Tabla 4

Diferencias de medias entre hombres y mujeres en las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	N	Media	D.S.	t	p	IC para la diferencia al 95%	
Bienestar Físico							
Mujeres	602	17,59	3,85	-6,232	0,000	-1,737	-0,905
Hombres	706	18,91	3,80				
Total	1308	18,30	3,88				
Bienestar Psicológico							
Mujeres	602	25,90	5,69	-6,857	0,000	-2,580	-1,432
Hombres	706	27,91	4,89				
Total	1308	26,98	5,37				
Autonomía y Relación con Padres							
Mujeres	602	26,27	6,01	-3,337	0,001	-1,722	-0,447
Hombres	706	27,36	5,72				
Total	1308	26,86	5,88				
Apoyo social y Pares							
Mujeres	602	16,54	3,56	0,303	0,762	-0,324	0,443
Hombres	706	16,48	3,50				
Total	1308	16,50	3,52				
Entorno Escolar							
Mujeres	602	15,25	3,18	0,997	0,319	-0,176	0,538
Hombres	706	15,07	3,36				
Total	1308	15,15	3,28				

Nota: D.S = Desviación Estándar. IC = Intervalo de confianza.

En la tabla 4, se aprecia que el promedio obtenido en la dimensión Apoyo Social y Pares es de 16,50, sin que exista una diferencia significativa entre hombres y en mujeres (16,48 y 16,54 respectivamente). La mediana es de 17 puntos indicando que la mitad de la muestra presenta una puntuación que parte de, a lo menos, 17. La distancia promedio respecto a la media para el total es

de 3,52 (desviación estándar) y es similar en hombres y mujeres. En el caso de la muestra, la variabilidad por rango es de 16, siendo el valor mínimo 4 y el máximo 20. Esta dimensión presenta una asimetría negativa, indicando concentraciones muy por debajo de la media, tanto para el total, como para hombres y mujeres. Una curtosis positiva indica que las distribuciones de las puntuaciones se encuentran muy concentradas respecto a la media.

Finalmente, con respecto a la dimensión Entorno Escolar, es posible observar en la tabla 4, que la media es de 15,15, sin que exista una diferencia significativa entre hombres (15,07) y mujeres (15,25). La mediana es de 16 puntos indicando que la mitad de la muestra presenta una puntuación que parte de, a lo menos, 16 puntos. La distancia promedio respecto a la media es de 3,28 (desviación estándar) siendo levemente menor en mujeres (3,18) que en varones (3,36). En el caso de la muestra, la variabilidad por rango es de 16, siendo 20 el valor máximo. Esta dimensión presenta una asimetría negativa tanto para el total, como al analizarla por sexo, indicando concentraciones por debajo de la media. Por su parte, la curtosis indica una menor concentración de las puntuaciones respecto al promedio.

5.2. Resultados Correlacionales

Al realizar un análisis de correlaciones de Pearson, entre la Disfunción Psicosocial, las cuatro dimensiones de la Desadaptación Escolar y las cinco dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud, es posible observar que la Disfunción Psicosocial, evaluada con el instrumento PSC-Y, presenta correlaciones significativas con todas las variables del estudio. La intensidad de estas correlaciones oscila entre muy débil y media, como es posible de observar en la tabla 5.

Por un lado, existe una correlación positiva entre la Disfunción Psicosocial y el pobre desempeño escolar, las respuestas agresivas, las Malas Relaciones con Pares y con la Baja Autonomía, indicando que, a medida que aumentan los valores de las puntuaciones de la Disfunción Psicosocial, también lo hacen las puntuaciones de las otras variables. Es decir, la Disfunción Psicosocial se correlaciona con todas las dimensiones de la Desadaptación Escolar, evaluadas con el instrumento TOCA-RR.

Por otro lado, existe una correlación negativa entre la Disfunción Psicosocial con las dimensiones Bienestar Físico, Bienestar Psicológico, Autonomía y Relación con los Padres, Apoyo Social y Pares, y Entorno Escolar, evaluados con el instrumento KIDSCREEN-27. Es decir, a medida que aumentan las puntuaciones en la variable Disfunción Psicosocial, disminuyen las puntuaciones en las cinco dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. En términos generales, se observa una mayor intensidad en los niveles de correlación con estas cinco dimensiones, que con las de Desadaptación Escolar.

Con respecto a la relación entre las dimensiones de la Desadaptación Escolar y las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se puede observar que son de tipo negativas y que no todos los pares de variables presentan una correlación significativa. Tal es el caso de Respuestas Agresivas y Baja Autonomía, que se asocian negativamente sólo con las dimensiones de Bienestar Psicológico y Entorno Escolar.

Distinto es el caso de las dimensiones Pobre Desempeño Escolar y Malas Relaciones con Pares, ya que éstas presentan correlaciones negativas significativas con todas las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud que evalúa el KIDSCREEN-27, si bien la intensidad de estas relaciones va de baja a moderada.

Cabe destacar que la dimensión Entorno Escolar de la CVRS, se relaciona de manera negativa con todas las dimensiones de la Desadaptación Escolar, es decir, que a mayor puntuación en las dimensiones del evaluadas en el TOCA-RR, se observa un menor nivel de calidad de vida en el ámbito del Entorno Escolar.

Tabla 5

Matriz de correlaciones entre la disfunción psicosocial, las dimensiones de la desadaptación escolar y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

	Disfunción Psicosocial	Pobre Desempeño Escolar	Respuestas Agresivas	Malas Relaciones con Pares	Baja Autonomía	Bienestar Físico	Bienestar Psicológico	Autonomía y relación con padres	Apoyo social y pares	Entorno Escolar
Disfunción Psicosocial	1									
Pobre Desempeño Escolar	0,209**	1								
Respuestas Agresivas	0,244**	0,457**	1							
Malas Relaciones con Pares	0,071**	0,491**	0,182**	1						
Baja Autonomía	0,150**	0,253**	0,485**	-0,037	1					
Bienestar Físico	-0,252**	-0,094**	0,014	-0,168**	-0,028	1				
Bienestar Psicológico	-0,471**	-0,142**	-0,075**	-0,125**	-0,080**	0,495**	1			
Autonomía y relación con padres	-0,351**	0,129**	-0,036	-0,133**	-0,035	0,418**	0,628**	1		
Apoyo social y pares	-0,177**	-0,081**	0,010	-0,181**	-0,016	0,333**	0,412**	0,463**	1	
Entorno Escolar	-0,426**	0,355**	-0,238**	-0,174**	-0,124**	0,373**	0,521**	0,508**	0,391**	1

Nota: N=1308. **p<0.01

5.3. Resultados modelo de ecuaciones estructurales

5.3.1. Modelo 1

Dado que existe una correlación entre la disfunción psicosocial y las dimensiones de la desadaptación escolar, se optó por testear un modelo de mediación que considerara el impacto de ambas variables sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

El primer modelo que se testeó, consideró la Disfunción Psicosocial (DP), las cuatro dimensiones del TOCA-RR que evalúan Desadaptación Escolar (DE) y las cinco dimensiones de la CVRS que evalúa el KIDSCREEN-27.

Al evaluar el ajuste del modelo 1, tal y como se presenta en la tabla 6, se puede observar que la matriz de varianza-covarianza del modelo teórico y la matriz de varianza-covarianza observada en la muestra son significativamente diferentes ($\chi^2_{(df=33)}=673,32$; $p<0,001$). Además, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA, por su nombre en inglés) es mayor a 0,08, lo que sugiere que no tiene un ajuste adecuado. Finalmente, el índice de bondad de ajuste (GFI, por su nombre en inglés) es de 0,90, lo que indicaría un ajuste aceptable entre las estructuras teóricas y los datos empíricos. Junto con esto, todas las asociaciones indicadas en el modelo son significativas a 99% de confianza. Este modelo explicaría un 6,5% de la varianza en la desadaptación escolar y un 29,1% de la varianza en la CVRS.

Por un lado, de acuerdo al modelo, el efecto directo de la Disfunción Psicosocial en la Desadaptación Escolar indica que si aumenta en un punto la DP, la DE aumenta en 0,26 puntos ($p<0,001$). Al observar el efecto total de DP en cada una de las dimensiones de la Desadaptación Escolar, se observa que al aumentar en un punto la DP, las variaciones en la puntuación oscilan desde 0,26 ($p<0,001$) en el caso de Pobre Desempeño Escolar hasta 0,06 ($p<0,001$) en el caso de la Baja Autonomía.

Por otro lado, la Disfunción Psicosocial tiene un efecto directo en la CVRS y además uno indirecto a través de la Desadaptación Escolar. En el efecto directo es posible observar que si aumenta en un punto la DP, el índice de CVRS disminuye en 0,36 ($p<0,001$). Además, el efecto indirecto del DP en la CVRS, a través de la Desadaptación Escolar, indica que si aumenta en un

punto la DP, la CVRS disminuye en 0,03 ($p < 0,001$), mientras que el efecto total de la DP sobre la CVRS señala que ante cada punto que aumente la DP, la CVRS disminuiría en 0,39 ($p < 0,001$).

El efecto total de la Disfunción Psicosocial sobre todas las dimensiones de la CVRS es significativo y negativo, como es el caso del Bienestar Psicológico, disminuyendo en 0,55 ($p < 0,001$) con cada punto que aumente la DP; la Autonomía y Relación con los Padres (0,51 puntos, $p < 0,001$) y Entorno Escolar (0,46, $p < 0,001$). Al observar los valores estandarizados de los efectos de la DP en la CVRS, el modelo propuesto arroja que si aumenta en una desviación estándar la Disfunción Psicosocial, la CVRS disminuiría en 0,52 desviaciones estándar. El efecto estandarizado que tiene la DP en cada una de las dimensiones de la CVRS muestra que las dimensiones que más disminuirían son la de Bienestar Psicológico (en 0,43 desviación estándar), Autonomía y Relación con los Padres (0,40 desviación estándar) y Entorno Escolar (0,35 desviación estándar).

Finalmente, con respecto al efecto directo de la Desadaptación escolar sobre la CVRS, éste indica que con cada punto que aumente la Desadaptación Escolar, la CVRS disminuye en 0,10 puntos, mientras que el efecto estandarizado señala que por cada desviación estándar que aumente la DE, la CVRS disminuye en 0,14 desviación estándar (ver figura 3).

En busca de un modelo que tuviese un mejor ajuste que el primero propuesto, se testeó un segundo modelo. Ya que en el primer modelo las dimensiones de la Desadaptación Escolar mostraron tener un efecto menor en la CVRS que la Disfunción Psicosocial, esta vez se consideró la Desadaptación Escolar entendida como un único puntaje global que fuese la sumatoria de las cuatro dimensiones evaluadas por el TOCA-RR; y las cinco dimensiones de la CVRS que evalúa el KIDSCREEN-27. Para esto se creó una nueva variable formada por la suma total de las cuatro dimensiones, a la que se le llamó Desadaptación Escolar Global, que busca reflejar el valor total de la Desadaptación Escolar.

Tabla 6*Efectos directos, indirectos y totales para DP, DE y CVRS en modelos 1 y 2.*

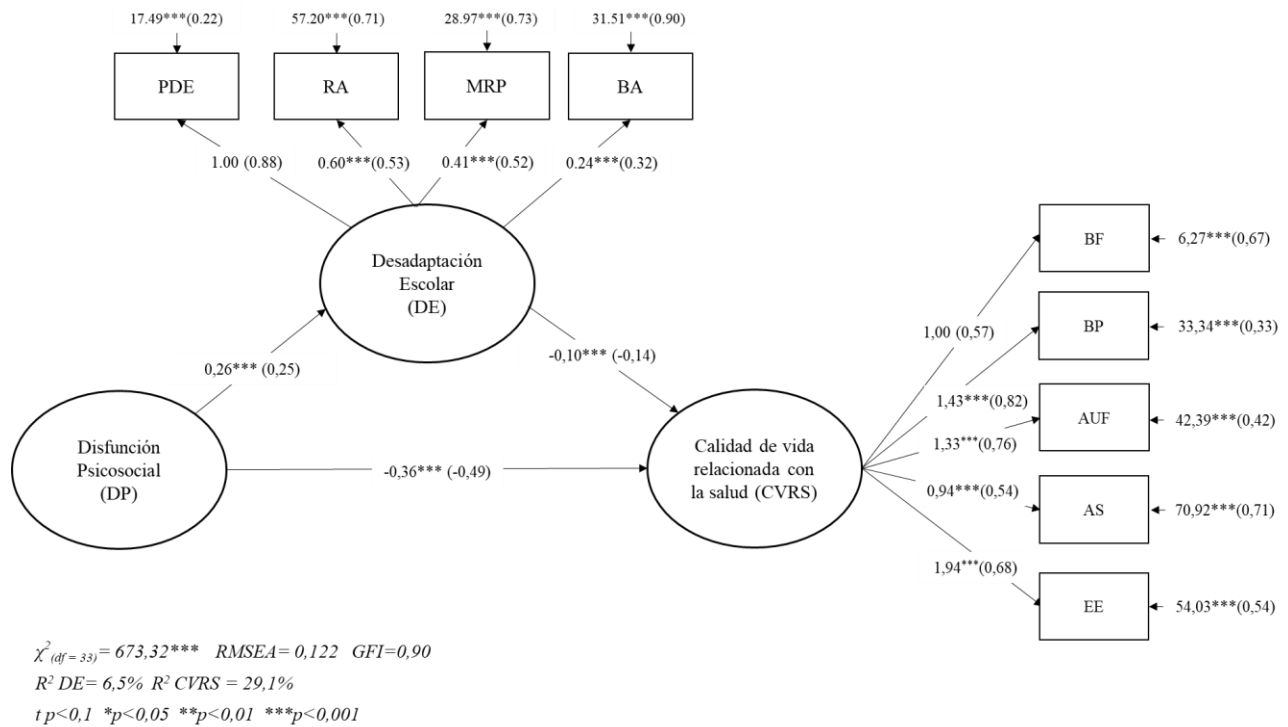
	Modelo 1		Modelo 2	
	No std	Std	No std	Std
Efecto directo				
DP – DE	0,26***(0,03)	0,25	0,70***(0,07)	0,25
DP – CVRS	-0,36***(0,03)	-0,49	-0,37***(0,03)	-0,50
DE – CVRS	-0,10***(0,02)	-0,14	-0,03***(0,01)	0,10
Efecto indirecto				
DP – CVRS	-0,03***(0,01)	-0,04	-0,02***(0,01)	-0,02
Efecto total				
DP-DE	0,26***(0,03)	0,25	0,70***(0,07)	0,25
DP-CVRS	-0,39***(0,03)	-0,52	-0,39***(0,03)	-0,52
DE- CVRS	-0,10***(0,02)	-0,14	-0,03***(0,01)	-0,10
DP-PDE	0,26***(0,03)	0,23	-	-
DP-RA	0,16***(0,02)	0,14	-	-
DP-MRP	0,11***(0,01)	0,13	-	-
DP-BA	0,06***(0,01)	0,08	-	-
DP-BF	-0,39***(0,03)	-0,30	-0,39***(0,03)	-0,30
DP-BP	-0,55***(0,03)	-0,43	-0,55***(0,03)	-0,43
DP-AUF	-0,51***(0,03)	-0,40	-0,51***(0,03)	-0,40
DP-AS	-0,36***(0,03)	-0,28	-0,36***(0,03)	-0,28
DP-EE	-0,46***(0,03)	-0,35	-0,46***(0,03)	-0,35
Error de la varianza				
DE	58,42***(4,57)	0,94	429,74*** (16,80)	0,94
CVRS	23,21***(2,26)	0,72	23,56***(2,29)	0,72
Bondad de ajuste				
χ^2	673,32***		197,70***	
Grados de libertad	33		13	
RMSEA	0,12***		0,10***	
GFI	0,90		0,96	
R ² DE	6,5%		6,3%	
R ² CVRS	29,1%		28,1%	
N	1.308		1.308	

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Nota: No std = No estandarizados; Std = Estandarizados. DP = Disfunción psicossocial; DE = Desadaptación Escolar; CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud; PDE = Pobre Desempeño Escolar; RA = Respuestas Agresivas; MRP = Malas Relaciones con Pares; BA = Baja Autonomía; BF = Bienestar físico; BP= Bienestar Psicológico; AUF = Autonomía y relación con los Padres; AS = Apoyo social y Pares; EE = Entorno Escolar.

Figura 3

Resultado de modelo de ecuaciones estructurales de CVRS en DE y DP.



5.3.2. Modelo 2

Al analizar los estadísticos para evaluar el ajuste del segundo modelo propuesto, presentes en la tabla 6, en primer lugar se puede afirmar que la matriz de varianza-covarianza del modelo teórico y la matriz de varianza-covarianza observada en la muestra son significativamente diferentes ($\chi^2_{(df=13)}=197,70$; $p < 0,001$). Es decir, podría ser que hubiese otros elementos o relaciones que influyen en este modelo y que no han sido consideradas. Además, error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) es mayor a 0,08, por lo que no tiene un ajuste adecuado. Sin embargo, el índice de bondad de ajuste (GFI) es superior a 0,95, lo que indicaría que tiene un buen nivel de ajuste. A pesar de haber mejorado los indicadores de ajuste del modelo, éste aun no es óptimo.

Al analizar las asociaciones indicadas en el modelo, se observa que son significativas a 99% de confianza. Además, este modelo explica un 6,3% de la varianza en la desadaptación escolar y un 27,2% de la varianza en la CVRS.

En este modelo, la Disfunción Psicosocial tiene un efecto directo en la CVRS y además uno indirecto a través de la Desadaptación Escolar. En el efecto directo se observa que si aumenta en un punto la Disfunción Psicosocial, la variable de CVRS disminuye en 0,37 ($p < 0,001$). Junto con esto, el efecto indirecto de la Disfunción Psicosocial en la CVRS, a través de la Desadaptación Escolar, indica que si aumenta en un punto la DP, la CVRS disminuye en 0,02 ($p < 0,001$), siendo 0.01 puntos menor que el primer modelo.

El efecto total de la Disfunción Psicosocial sobre la CVRS señala que ante cada punto que aumente la Disfunción Psicosocial, la CVRS disminuiría en 0,39 puntos, igual que en el primer modelo propuesto.

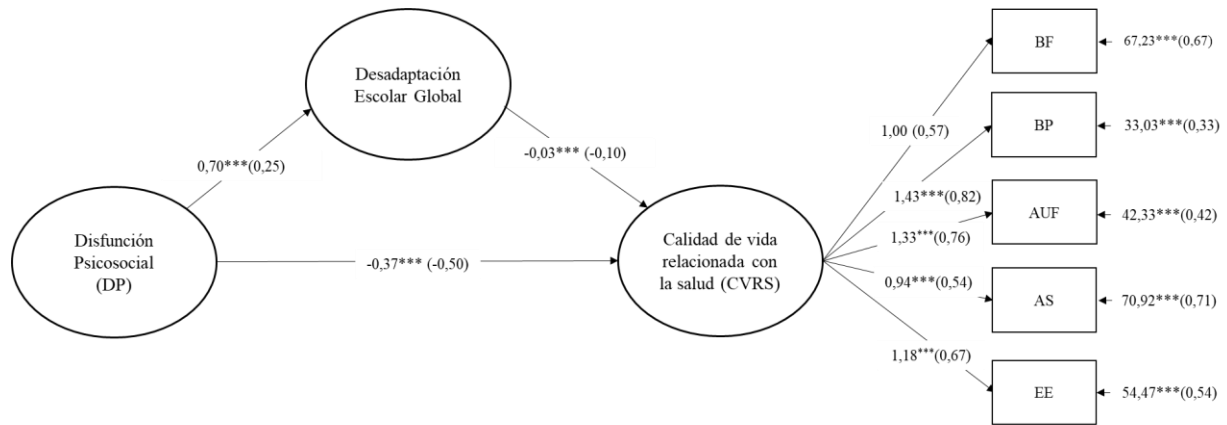
Con respecto al efecto total de la Disfunción Psicosocial sobre las dimensiones de la CVRS, éste es significativo en todas las dimensiones. El modelo arroja los mismos resultados que el primer modelo, siendo las dimensiones que más disminuyen el Bienestar Psicológico; la Autonomía y Relación con los Padres; y Entorno Escolar. Al considerar los valores estandarizados de los efectos de la DP en la CVRS, es posible observar que el segundo modelo propuesto arroja los mismos resultados que el primer modelo.

En cuanto al efecto directo de la Disfunción Psicosocial en la DE, si aumenta en un punto la DP, la DE aumenta en 0,7 puntos, mayor que el primer modelo. Además, el efecto directo de la DE en la CVRS es menor que en el primer modelo propuesto (ver figura 4).

Finalmente, dado los índices de ajuste obtenidos en los modelos 1 y 2, se propone seguir con el segundo modelo, ya que es más parsimonioso y presenta un mejor ajuste que el primer modelo.

Figura 4

Resultado de modelo de ecuaciones estructurales de CVRS en DE, considerando puntaje TOCA global y DP.



$\chi^2_{(df=13)} = 197,70***$ RMSEA = 0,104 GFI = 0,96

$R^2_{DE} = 6,3\%$ $R^2_{CVRS} = 27\%$

$t p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con adolescentes chilenos escolarizados de sexto año de enseñanza básica que participaban de un programa de prevención y promoción de la salud mental. La pregunta que guio esta investigación fue cómo es la relación entre los problemas de salud mental escolar, entendidos como disfunción psicosocial y desadaptación escolar, y la calidad de vida relacionada con la salud.

La evaluación de problemas de salud mental de los adolescentes mediante un screening universal, permite tener información privilegiada para la implementación de un programa preventivo y promocional de la salud mental en la escuela. Para esto, se utilizaron los resultados de los instrumentos TOCA-RR y PSC-Y, que evalúan la desadaptación escolar y la disfunción psicosocial, respectivamente, siguiendo el modelo de la Teoría del ciclo vital /campo social como referencia para comprender la salud mental.

Para cumplir con el primer objetivo, se procedió a describir cómo se presentaban, en la muestra, las variables disfunción psicosocial, desadaptación escolar y calidad de vida relacionada con la salud. En el ámbito de la disfunción psicosocial, entendida como conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes, los adolescentes evaluados tendieron a tener puntuaciones concentradas agrupadas por debajo del promedio, es decir, hacia una menor disfunción psicosocial o mayor bienestar.

Al comparar los resultados obtenidos por hombre y mujeres, fue posible observar que existe una diferencia significativa entre ambos, lo que difiere de los resultados que arrojan estudios como el de Pagano et al. (2000). Esta diferencia es concordante con otras investigaciones que han arrojado que en evaluaciones de bienestar subjetivo, las mujeres suelen obtener puntuaciones que indican un menor bienestar que los varones (Cavallo et al., 2006; Gallardo et al., 2015). Si bien esta diferencia suele aumentar durante la adolescencia media o tardía, ya es posible pesquisarla desde la adolescencia temprana.

Con respecto a la desadaptación escolar o presencia de conductas desadaptativas en la sala de clases, se observó que en todas las variables los hombres obtenían promedios más altos que las

mujeres. Una de las dimensiones en la que se observó la mayor diferencia entre hombres y mujeres fue la de respuestas agresivas. Esta dimensión comprende conductas como la desobediencia, baja tolerancia a la frustración, y reacciones agresivas físicas y verbales. Dichas conductas se han asociado a problemas con la justicia, consumo de alcohol y drogas y que suelen presentarse con más frecuencia en los varones (Liu, Lynne-Landsman, Petras, Masyn, & Ialongo, 2013; Schaeffer, Petras, Ialongo, Poduska, & Kellam, 2003).

Esta diferencia entre hombres y mujeres podría entenderse debido a que la dimensión respuestas agresivas evaluada con el TOCA-RR entraría en la categoría de síntomas externalizantes. En este sentido, se ha observado que los varones suelen presentar más sintomatología externalizante (Carragher et al., 2016) que las mujeres, quienes presentan más sintomatología internalizantes (Thapar, Stephan, Pine, & Thapar, 2012). Junto con esto, se ha visto que los varones tienden a mostrar más comportamiento disruptivo en la escuela que las mujeres (Koth, Bradshaw, & Leaf, 2009).

Con respecto a los resultados en la evaluación de la CVRS, cabe señalar que las tres dimensiones donde existió una mayor diferencia entre el puntaje de hombres y mujeres fueron las de bienestar físico, que evaluaba el nivel de actividad física, el nivel de energía y estado físico percibido; el bienestar psicológico, que comprende emociones positivas, satisfacción con la vida y la ausencia de sentimientos de tristeza y soledad; y autonomía y relación con padres, referida a la calidad de la interacción con los padres, atmósfera en el hogar, nivel de autonomía percibida y el grado de satisfacción con los recursos económicos de los que se dispone, siendo resultados similares a los observados en otras investigaciones realizadas en Chile (González et al., 2016).

La diferencia en los resultados entre hombres y mujeres en las dimensiones de bienestar físico y bienestar psicológico podrían entenderse debido a las consecuencias de los cambios propios de la pubertad. En este sentido, se ha observado que las mujeres presentan mayores reacciones negativas a los cambios corporales y más dificultad en las transiciones en los roles sociales y sexuales asociados a la adolescencia (Patton & Viner, 2007; Susman & Dorn, 2009). Sin embargo, también es necesario considerar la influencia del contexto sociocultural y las expectativas que existen hacia las mujeres, hacia su apariencia física, el uso que pueden darle o no a su cuerpo y los roles que se espera que cumplan.

Del mismo modo, la menor puntuación observada en las mujeres en la dimensión de autonomía y relación con padres podría verse influida por elementos culturales asociados al estilo de crianza, y las libertades y restricciones que imponen las familias a las hijas mujeres.

El segundo objetivo del presente estudio fue establecer la relación que existe entre las tres variables del estudio, es decir, la disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados del análisis correlacional entre la disfunción psicosocial y la desadaptación escolar indican que se relacionan de manera positiva, pero con una intensidad que oscila entre baja y media baja. Por un lado, esto podría indicar que la percepción del profesor es similar a la autopercepción de los y las adolescentes, siendo similar a lo encontrado por Leiva et al. (2016). Así, esto apoya el supuesto de que considerar la percepción del profesor es una buena estrategia para realizar screening y basar decisiones acerca de quiénes podrían verse beneficiados de una intervención preventiva o indicada.

Por otro lado, el que la intensidad de la correlación sea baja, es concordante con los postulados de la teoría del ciclo vital /campo social, que señala que el estatus de adaptación social y el bienestar psicológico son dos dimensiones aparte y que deben ser medidas por separado, es decir, no son intercambiables (Kellam et al., 1991; Kellam & Van Horn, 1997).

Al analizar la relación la disfunción psicosocial y las cinco dimensiones evaluadas de la CVRS, se observaron correlaciones negativas significativas con todas las dimensiones de la CVRS. Este resultado es concordante con lo observado en otras investigaciones, en las que se ha encontrado una alta correlación entre el autorreporte de salud mental y la CVRS (Honkanen et al., 2014). Esto puede deberse a que, como ya han señalado otros estudios, el bienestar o malestar psicológico es uno de los mayores predictores de CVRS (Dey, Mohler-Kuo, et al., 2012). Específicamente, se ha postulado que mientras más intensa sea la sintomatología que presenta un sujeto, presentará una peor calidad de vida.

Al establecer la relación que existe entre la desadaptación escolar y la calidad de vida relacionada con la salud, se pudo observar que en la muestra sólo las dimensiones pobre desempeño escolar y malas relaciones con pares se correlacionaron negativamente con todas dimensiones de la CVRS. La intensidad de esas correlaciones fue baja, excepto por la existente entre pobre desempeño escolar y entorno escolar, que tuvo una intensidad media-baja. La dimensión entorno escolar evalúa la percepción que tienen los sujetos acerca de su capacidad cognitiva, de aprendizaje, concentración y sus sentimientos acerca de la escuela, mientras que pobre desempeño escolar

evalúa la baja motivación hacia el trabajo escolar, poca persistencia en la tarea y alta distractibilidad. Así, ambas dimensiones evalúan la percepción y el funcionamiento en un mismo ámbito, una desde el docente y otra desde el o la adolescente, encontrándose ligadas.

La baja intensidad en las correlaciones entre las dimensiones de la desadaptación escolar y la CVRS, podría deberse a que al momento de evaluar, el profesor compara a los sujetos con sus pares, mientras que en la evaluación de la CVRS el sujeto se compara con sus propios estándares (Hidalgo, 2008; Quiceno & Vinaccia Alpi, 2008).

De acuerdo con estos resultados, la evidencia permite comprobar la primera hipótesis de trabajo, que planteaba que existía una relación significativa entre la desadaptación escolar y la disfunción psicosocial, con la calidad de vida relacionada con la salud. Así, la disfunción psicosocial se relacionaba de manera significativa con todas las dimensiones de la desadaptación escolar y con todas las dimensiones de la CVRS. Mientras que al evaluar la relación entre la desadaptación escolar y la CVRS, es posible observar que dos de las dimensiones de la desadaptación escolar se relacionan de manera significativa con todas las dimensiones de la CVRS, como es el caso del pobre desempeño escolar y malas relaciones con pares; y las otras dos dimensiones, respuesta agresiva y baja autonomía, se relacionan de manera significativa con dos de las dimensiones evaluadas, bienestar psicológico y entorno escolar.

Del mismo modo, los resultados también permiten comprobar la segunda hipótesis, que indicaba que existían diferentes niveles de intensidad en la correlación entre la disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la CVRS. siendo mayor entre la disfunción psicosocial y la CVRS, que en la desadaptación escolar y la CVRS.

El tercer objetivo específico de este estudio fue testear modelos de mediación para representar la relación entre disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la calidad de vida relacionada con la salud. Tomando como referencia el modelo teórico propuesto por Wilson & Cleary (1995), se testearon dos modelos para representar la relación entre las variables del estudio.

En el primer modelo se consideraron la disfunción psicosocial, las cuatro dimensiones de la desadaptación escolar y las cinco dimensiones evaluadas de la CVRS. Si bien este modelo obtuvo un índice de bondad de ajuste aceptable, los demás indicadores de ajuste no lo fueron. A continuación, buscando mejorar el ajuste, se especificó nuevamente el modelo y en vez de considerar las cuatro dimensiones de la desadaptación escolar, se creó una nueva variable que fuese la suma de las cuatro.

Este segundo modelo presentó un índice de bondad de ajuste bueno y logró disminuir el valor de χ^2 , pero sin alcanzar valores óptimos. Si bien este modelo presenta mejores valores de ajuste, pierde la riqueza de la especificidad que otorgaba el primero. Además, el tamaño del efecto observado es menor tanto para la desadaptación escolar como para la CVRS, lo que podría deberse a que es un modelo más general. De esto se desprende la necesidad de testear modelos más complejos.

Estos resultados indicarían que el modelo testeado es parcialmente cierto. Dentro de los factores que pudieron influir en su bajo ajuste, está el que se consideraron pocas variables. El modelo teórico original incorpora variables clínicas, las características individuales y las del entorno, así como las relaciones entre ellas.

De acuerdo con los resultados observados, es posible comprobar la tercera hipótesis, que indicaba que la disfunción psicosocial tiene un efecto directo en la CVRS que permite explicar parcialmente su variación. Al contrastar la cuarta hipótesis, que indicaba que la desadaptación escolar cumple un rol mediador entre la disfunción psicosocial y la CVRS que se relaciona parcialmente con su variación, fue posible observar que se no se comprueba del todo, ya que presentó un bajo tamaño del efecto.

Así, basado en los resultados obtenidos, y respondiendo a la pregunta que condujo esta investigación acerca de cómo es relación entre los problemas de salud mental escolar y la CVRS en adolescentes que participan en un programa de prevención y promoción de la salud mental en la escuela, es posible concluir que la disfunción psicosocial influye en CVRS, mientras que la desadaptación escolar tiene un efecto mucho menor. Esto puede deberse a que las variables psicológicas han demostrado tener una mayor influencia en la CVRS que otras (Gaspar et al., 2012).

El modelo de Wilson & Cleary, (1995) que fue usado parcialmente para modelar la relación entre las tres variables, le otorga la misma relevancia a la sintomatología que presenta un individuo que a su estatus funcional, entendido como la capacidad para responder a ciertas demandas, en su relación con la CVRS. No obstante, en los datos obtenidos se observó que el nivel de adaptación a las tareas sociales tiene un bajo impacto en la CVRS, siendo similar a los hallazgos de Mayo et al., (2015).

Dado el bajo tamaño del efecto de la desadaptación escolar en la CVRS, es posible afirmar que no cumpliría un rol mediador, sino solo como una variable predictora. Sin embargo, dado el

corte transversal de esta investigación, sería relevante que futuras investigaciones de corte longitudinal analizaran esta relación. Cabe recordar que el nivel de adaptación fue evaluado por los profesores jefes y no por los adolescentes, por lo que sería interesante que futuras investigaciones que buscasen evaluar la relación entre la desadaptación escolar y la CVRS utilizaran instrumentos de autoreporte para medir ambas variables.

Ya que la percepción del entorno escolar se relaciona con la disfunción psicosocial y todas las dimensiones de la desadaptación escolar, y cobra especial importancia en intervenciones que apunten a mejorar la salud mental escolar. Tomar en consideración si los adolescentes se han sentido felices en el colegio, qué piensan acerca de su desempeño y la relación que mantienen con los profesores, es clave en aquellas intervenciones que se enfocan desde la psicología positiva no solo para disminuir la sintomatología sino para aumentar el bienestar subjetivo de los adolescentes, considerándolo un objetivo en sí mismo (Noble & McGrath, 2008).

Esto se puede vincular con otras investigaciones que han arrojado que el compromiso con la escuela se asocia fuertemente con la relación profesor-estudiante, y de manera negativa con el estrés escolar. A su vez, estas tres variables son consideradas predictoras del desempeño escolar percibido y del entorno psicosocial escolar (Haapasalo, Välimaa, & Kannas, 2010).

Implicancias

Dentro de las implicancias teóricas para la psicología clínica infanto – juvenil de esta investigación, se encuentra el enriquecer la comprensión que existe acerca de los problemas de salud mental adolescente de la muestra y la CVRS. De acuerdo con los resultados obtenidos, por un lado, existe una relación significativa entre las conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes en los adolescentes y la CVRS. Por otro lado, sólo algunas de las conductas disruptivas en la sala de clases y se relacionan de manera significativa con algunas de las dimensiones de la CVRS, como el pobre desempeño escolar y las malas relaciones con pares. Esto implica relevar una vez más la importancia de las relaciones interpersonales para el desarrollo, especialmente durante la adolescencia y la asociación que tiene la pertenencia a grupos con la salud (Zambon et al., 2010).

A nivel práctico, en el ámbito clínico, dada la asociación entre intensidad de los síntomas y la CVRS, esto permite afirmar que incorporar evaluaciones de la CVRS a las intervenciones

psicoterapéuticas permitiría otra forma de evaluar sus efectos. Es decir, no sólo evaluar la disminución de la sintomatología o la remisión de un determinado trastorno, sino que evaluar si las intervenciones permiten aumentar la sensación de bienestar en los diferentes ámbitos.

Del mismo modo, en el ámbito de la prevención y promoción de la salud mental escolar, se puede incorporar las evaluaciones de CVRS para el monitoreo de estrategias de promoción y prevención, así como de la convivencia escolar y/o como parte de las evaluaciones de los resultados de las intervenciones, considerando el bienestar individual. Así, se estaría incorporando las evaluaciones del bienestar subjetivo de los adolescentes, rescatando sus recursos y no solo centrando la atención en la sintomatología que presentan (Shoshani & Steinmetz, 2014).

Limitaciones y futuras investigaciones

Una de las limitaciones para el desarrollo de esta investigación, fue el haber utilizado datos secundarios y aquellos aspectos que quedaron fuera del control y resguardo de la investigadora. Si bien la institución facilitó el acceso a los datos, al iniciar el trabajo con las bases de datos quedó en evidencia una gran pérdida de datos debido a dificultades en la aplicación de los instrumentos (KIDSCREEN fue aplicado en un nivel diferente a aquel en que se aplicaron el resto de las pruebas) y dificultades en el registro de la información (p.e. cuestionarios incompletos o ausencia de RUT, que fue usado como variable llave para unir las bases de datos).

Otra de las limitaciones de este estudio fue el tipo de puntuación que se utilizó para tabular el instrumento KIDSCREEN. Dado que en su diseño el instrumento contempla la utilización de la puntuación Rasch, el utilizar otra forma de tabular no permite que se puedan realizar comparaciones de los resultados de la muestra con los obtenidos en investigaciones nacionales (Molina et al., 2012; Urzúa, Cortés, Prieto, Vega, & Tapia, 2009) o internacionales (Palacio-Vieira et al., 2010; Rajmil, Herdman, Ravens-Sieberer, Erhart, & Alonso, 2013; Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, & Bullinger, 2008).

Una tercera limitación se relaciona con las propiedades de bondad de ajuste de los modelos propuestos. Uno de los objetivos de esta investigación fue testear un modelo de mediación entre la disfunción psicosocial, la desadaptación escolar y la CVRS. Se testearon dos posibles modelos y si bien el segundo obtuvo mejores valores de ajuste del modelo, ninguno de los dos logró cumplir con los criterios de ajuste esperados. Esto podría deberse a que no se consideraron otras variables

que podrían estar interviniendo en la relación entre salud mental y CVRS, como el clima familiar, el clima en el aula, nivel de autoestima, la percepción global del profesor con respecto a la conducta y desempeño de los estudiantes, por nombrar algunos. Así, es necesario probar modelos más complejos, por lo que sería enriquecedor ampliar la cantidad de variables involucradas en futuras investigaciones.

Dado que fue posible observar una relación entre problemas de salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud en una investigación de tipo transversal, siguiendo la línea de investigaciones como las realizadas por Gallardo et al. (2015) y por Leiva, George, Squicciarini, Simonsohn, y Guzmán (2015), se podría incorporar la evaluación de la CVRS en investigaciones longitudinales acerca de intervenciones preventivas. Así podría evaluarse el efecto de las intervenciones en la CVRS y no solo tomando en consideración los indicadores de salud mental. Así mismo, las evaluaciones de CVRS podrían considerarse para ampliar y enriquecer los indicadores a las evaluaciones de logro de intervenciones psicoterapéuticas.

Sugerencias para el Programa Habilidades para la Vida II

Además de lo ya señalado previamente, para el PHpV II se recomienda incorporar la aplicación del instrumento KIDSCREEN-27 como parte de los procedimientos habituales del programa. En la intervención promocional, su aplicación puede entregar directrices para el diseño de la intervención, señalando qué aspectos es necesario enfatizar. De acuerdo a los resultados de esta investigación, sería relevante potenciar especialmente las dimensiones de bienestar psicológico, que comprende emociones positivas, satisfacción con la vida y la ausencia de sentimientos de tristeza y soledad; y de entorno escolar, que comprende la percepción acerca de su capacidad cognitiva, de aprendizaje, concentración y sus sentimientos acerca de la escuela (Ravens-Sieberer et al., 2007; Robitail et al., 2007), por ser las que más se relacionan con los objetivos del programa y las que presentan una relación con todas las variables que el programa tradicionalmente evalúa.

Junto con esto, puede ser una excelente herramienta para evaluar en los adolescentes los efectos de la intervención promocional, que apunta a promover el desarrollo psicosocial y el bienestar de toda la comunidad educativa (George et al., 2008). Para esto, se requeriría que fuese aplicado al inicio y al término de la intervención.

Además, si se incorpora a la batería de instrumentos que se aplican en el marco de la intervención preventiva, podría ser utilizado tanto para evaluar los efectos de la intervención preventiva, como para reconocer dimensiones positivas que requieren ser reforzadas.

7. REFERENCIAS

- Annett, R. D. (2001). Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 107(5). <https://doi.org/10.1067/mai.2001.114949>
- Bardi, L. (2003). Desarrollo psicológico e identidad sexual. En R. Molina, J. Sandoval, & E. González (Eds.), *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (pp. 32–76). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Baron, R. M., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221–230. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00019>
- Blum, R. W., Astone, N. M., Decker, M. R., & Mouli, C. (2014). A conceptual framework for early adolescence: a platform for research. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 321–331. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0327.A>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606–616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Carragher, N., Teesson, M., Sunderland, M., Newton, N. C., Krueger, R. F., Conrod, P. J., ... Slade, T. (2016). The structure of adolescent psychopathology: a symptom-level analysis. *Psychological Medicine*, 46(5), 981–994. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002470>
- Catalano, R., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 379(9826), 1653–1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60238-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60238-4)
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Lemma, P., ... Kiaer,

- T. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15(10), 1577–1585. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0037-5>
- Cea D’Ancona, M. Á. (2001). La organización de la investigación. En *Metodología Cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación Social* (3a reimpre, pp. 81–122). Madrid: Editorial síntesis.
- Chen, H.-Y., & Cisler, R. a. (2011). Assessing Health-Related Quality of Life Among Children With Special Health Care Needs in the United States. *Children’s Health Care*, 40(4), 311–325. <https://doi.org/10.1080/02739615.2011.617239>
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & the ADHD European Guidelines Group. (2009). Practitioner Review: Quality of life in child mental health - Conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 544–561. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x>
- Compas, B., & Ressler, K. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology. Volume 1: Individual bases of adolescent development* (Third Edit, pp. 561–588). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764–772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Cortada de Kohan, N., Macbeth, G., & López Alonso, A. (2009). *Técnicas de Investigación Científica* (1a edición). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cummins, R. a. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 47(4), 303–314. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000400007>
- Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders : a systematic review. *Quality of Life Research*, 21, 1797–1814. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0109-7>
- Dey, M., Mohler-Kuo, M., & Landolt, M. A. (2012). Health-related quality of life among children with mental health problems: a population-based approach. *Health and Quality of Life*

Outcomes, 10(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-73>

- Dolan, L. J., Kellam, S., Brown, C. H., Werthamer-Larsson, L., Rebok, G. W., Mayer, L. S., ... Wheeler, L. (1993). The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(3), 317–345. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(93\)90013-L](https://doi.org/10.1016/0193-3973(93)90013-L)
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M., & Ialongo, N. (2010). Integrated models of school-based prevention: logic and theory. *Psychology in the Schools*, 47(1), 71–88. <https://doi.org/10.1002/pits.20452>
- Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*, 2, 166–176. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., & Battistutta, D. (2006). Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: A comparison of screening methods. *Prevention Science*, 7(4), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0026-5>
- Gall, G., Pagano, M., Desmond, M. S., Perrin, J., & Murphy, M. (2000). Utility of psychosocial screening at a School-Based Health Center. *Journal of School Health*, 70(7), 292–298.
- Gallardo, I., Leiva, L., & George, M. (2015). Evaluación de la Aplicación Piloto de una Intervención Preventiva de Salud Mental en la Escuela : Variaciones en la Desadaptación Escolar y en la Disfunción Psicosocial Adolescente Evaluation of a Pilot Preventive Mental Health Intervention in Schools : C, 24, 1–13. <https://doi.org/10.7764/psykhe.24.2.649>
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I., & Ferreira, A. (2012). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: Subjective Well Being. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 177–186. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37306
- George, M., Guzmán, M. P., Hartley, M., Squicciarini, A. M., & Silva, C. (2008). Programa Habilidades para la vida. Santiago de Chile: JUNAEB.
- George, M., Squicciarini, A. M., Zapata, R., & Hartley, M. (2004). Detección Precoz de Factores

- de Riesgo de Salud Mental en Escolares Detection of Early Mental Health Risk Factors in Primary Schools. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile...*, XIII(2), 9–20.
- Glascoc, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 173–179. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20068>
- González, E., Martínez, V., Molina, T., George, M., Sepúlveda, R., Molina, R., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2016). Diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados chilenos. *Revista Médica de Chile*, 144, 298–306.
- Green, J., McLaughlin, K. A., Alegría, M., Costello, E. J., Gruber, M. J., Hoagwood, K., ... Kessler, R. C. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(5), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.002>
- Haapasalo, I., Välimaa, R., & Kannas, L. (2010). How comprehensive school students perceive their psychosocial school environment. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54(2), 133–150. <https://doi.org/10.1080/00313831003637915>
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425–433. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062004000500003>
- Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R., ... George, M. (2015). Bullying y Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 143, 716–723.
- Hidalgo, C. (2008). *De los comportamientos de riesgo a la calidad de vida de los adolescentes*. México D.F.: Universidad de Guadalajara.
- Honkanen, M., Määttä, H., Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., & Koivumaa-Honkanen, H. (2014). Teachers' assessments of children's mental problems with respect to adolescents' subsequent self-reported mental health. *Journal of Adolescent Health*, 54(1), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.041>
- Ialongo, N. (2002). Wedding the public health and clinical psychological perspectives as a prevention scientist. *Prevention & Treatment*, 5(1). <https://doi.org/10.1037/1522-3736.5.1.54a>
- Ialongo, N., Werthamer, L., Kellam, S., Brown, C. H., Wang, S., & Lin, Y. (1999). Proximal impact

- of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27(5), 599–641. <https://doi.org/10.1023/A:1022137920532>
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). The evidence of mental health promotion effectiveness : *International Journal of Health Promotion and Education*.
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education, Suppl 2*, 47–55, 64, 70. <https://doi.org/10.1177/10253823050120020108>
- Jellinek, M. S., Murphy, M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S., & Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*, 112(2), 201–209. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(88\)80056-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80056-8)
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2010). *Términos de referencia técnico administrativas programa intervención psicosocial en segundo ciclo básico para ejecutores comunales Habilidades para la Vida JUNAEB 2010*.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2013). *Términos de Referencia Administrativos y Técnico para la Presentación de Proyectos de Continuidad del Programa Habilidades para la Vida II para Estudiantes de Segundo Ciclo Básico Periodo 2014-2016*. Santiago de Chile: JUNAEB, Ministerio de Educación.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2014). *Programa Habilidades para la Vida. Resumen Ejecutivo*. Santiago de Chile: JUNAEB, Ministerio de Educación.
- Keenaghan, C., Kilroe, J., Health Service Executive, & The KIDSCREEN Group Europe. (2008). *A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland. Results of the KIDSCREEN National Survey 2005*. Dublin.
- Kellam, S., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N., Wang, W., Toyinbo, P., ... Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004>
- Kellam, S., Koretz, D., & Moscicki, E. K. (1999). Core elements of developmental epidemiologically based prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 27(4), 463–482.
- Kellam, S., Ling, X., Merisca, R., Brown, C. H., & Ialongo, N. (1998). The effect of the level of

- aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology*, 10(2), S0954579498001564. <https://doi.org/10.1017/S0954579498001564>
- Kellam, S., & Van Horn, Y. V. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: a scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 177–188. <https://doi.org/10.1023/a:1024610211625>
- Kellam, S., Werthamer-Larsson, L., Dolan, L. J., Brown, C. H., Mayer, L. S., Rebok, G. W., ... Wheeler, L. (1991). Developmental epidemiologically based preventive trials: Baseline modeling of early target behaviors and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 563–584. <https://doi.org/10.1007/BF00937992>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Koth, C. W., Bradshaw, C. P., & Leaf, P. J. (2009). Teacher Observation of Classroom Adaptation-Checklist: Development and Factor Structure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 15–30. <https://doi.org/10.1177/0748175609333560>
- Leiva, L., George, M., Guzmán, J., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Antivilo, A. (2015). Propiedades psicométricas del Teacher Observation of Classroom Adaptation (TOCA-RR) y Pediatric Symptom Checklist Scale (PSC) en una muestra de adolescentes escolarizados que participan en el Programa Nacional Habilidades para la Vida II. *Manuscrito En Preparación*.
- Leiva, L., George, M., Rojas, R., & Rodríguez, F. (2016). Apoyo Metodológico/Psicométrico Programa Habilidades para la Vida JUNAEB. Informe 4. Santiago de Chile.
- Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: Desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1285–1298. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.ipsm>
- Levitt, J. M., Saka, N., Hunter-Romanelli, L., & Hoagwood, K. (2007). Early identification of

- mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology, 45*(2), 163–191. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.11.005>
- Liu, W., Lynne-Landsman, S. D., Petras, H., Masyn, K., & Ialongo, N. (2013). The Evaluation of Two First-Grade Preventive Interventions on Childhood Aggression and Adolescent Marijuana Use: A Latent Transition Longitudinal Mixture Model. *Prevention Science, 14*(3), 206–217. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0375-9>
- Luengo, X. (2003). Características de la adolescencia normal. En R. Molina, J. Sandoval, & E. González (Eds.), *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (pp. 16–23). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Maag, J. W., & Katsiyannis, a. (2010). School-Based Mental Health Services: Funding Options and Issues. *Journal of Disability Policy Studies, 21*(3), 173–180. <https://doi.org/10.1177/1044207310385551>
- Macklem, G. L. (2014). *Preventive Mental Health at School. Evidence-Based Services for Students*. Ney Rork: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8609-1>
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health, 7*(1), 79–92. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2004.71273.x>
- Mayo, N. E., Scott, S. C., Bayley, M., Cheung, A., Garland, J., Jutai, J., & Wood-Dauphinee, S. (2015). Modeling health-related quality of life in people recovering from stroke. *Quality of Life Research, 24*(1), 41–53. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0605-4>
- Ministerio de Salud. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Chile 2000*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. (2009). Orientaciones Técnicas: Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental. Dirigidas a los equipos de Atención Primaria de Salud. Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2014). *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. (Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS [OMS IESM/WHO AIMS]). Segundo Informe*. Santiago de Chile.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública, 18*(4–5), 346–358.

<https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>

- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, A., ... Sepúlveda, R. (2012). *Estudio Nacional de Calidad de Vida relacionado con la Salud Adolescente*. Universidad de Chile.
- Molina, R., Sepúlveda, R., Molina, T., Martínez, V., González, E., Leal, I., ... Hidalgo, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), 149–160. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2014.31976>
- Molina, T., Montaña, R., González, E., Sepúlveda, R., Hidalgo-Rasmussen, C., Martínez, V., ... George, M. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 142, 1415–1421.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington D.C.: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- Murphy, M., Abel, M. R., Hoover, S., Jellinek, M., & Fazel, M. (2017). Scope, scale, and dose of the world's largest school-based mental health programs. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(5), 218–228. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000149>
- Murphy, M., Guzmán, J., McCarthy, A. E., Squicciarini, A. M., George, M., Canenguez, K. M., ... Jellinek, M. S. (2015). Mental health predicts better academic outcomes: A longitudinal study of elementary school students in Chile. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 245–256. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0464-4>
- National Research Council, & Institute of Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. (Y. and Y. A. R. A. and P. I. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, M. E. O'Connell, T. Boat, K. E. Warner, & D. of B. and S. S. and E. Board on Children, Youth, and Families, Eds.). Washington D.C.: The National Academy Press. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00231.x>
- Noble, T., & McGrath, H. (2008). The positive educational practices framework: A tool for facilitating the work of educational psychologists in promoting pupil wellbeing. *Educational and Child Psychology*, 25(2), 119–134.

- Offord, D., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(7), 686–694. <https://doi.org/10.1097/00004583-199807000-00007>
- Organización Mundial de la salud. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Francia.
- Organización Mundial de la salud. (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. En *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Ginebra.
- Organización Mundial de la salud. (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Retrieved from <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section1>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas, 67.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra.
- Pagano, M., Cassidy, L. J., Little, M., Murphy, M., & Jellinek, M. S. (2000). Identifying Psychosocial Dysfunction in School-age Children: The Pediatric Symptom Checklist as a Self-report Measure. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91–106.
- Patton, G., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369, 1130–1139. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3)
- Petersen, C., Schmidt, S., Power, M., & Bullinger, M. (2005). Development and pilot-testing of a health-related quality of life chronic generic module for children and adolescents with chronic health conditions: A European perspective. *Quality of Life Research*, 14(4), 1065–1077. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2575-z>
- Petras, H., Kellam, S., Brown, C. H., Muthén, B. O., Ialongo, N., & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: Effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.10.015>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia Alpi, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología Y Salud*, 18(1), 37–44.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., ... The European

- KIDSCREEN Group. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research, 16*, 1347–1356. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., & Bullinger, M. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17 Suppl 1*, 148–156. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1016-x>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., ... Group, E. K. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial- Und Präventivmedizin, 46*, 294–302. <https://doi.org/10.1007/BF01321080>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., ... Phillips, K. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in Health, 11*(4), 645–658. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A., ... Döpfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17 Suppl 1*, 22–33. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1003-2>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M. C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., ... Phillips, K. (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research, 16*(8), 1335–1345. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9241-1>
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-Based Mental Health Services: A Research Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(4), 223–241. <https://doi.org/10.1023/A:1026425104386>
- Sawyer, M., Arney, F., Baghurst, P., Clark, J., Graetz, B., Kosky, R., ... Zubrick, S. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *The Australian and New*

- Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 806–814. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00964.x>
- Sawyer, M., Reynolds, K., Couper, J., French, D., Kennedy, D., Martin, J., ... Baghurst, P. (2004). Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness -a two year prospective study. *Quality of Life Research*, 13(7), 1309–19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15473509>
- Sawyer, M., Whaites, L., Rey, J., Hazell, P., Graetz, B., & Baghurst, P. (2002). Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530–537. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010>
- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A., & Patton, G. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60531-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60531-5)
- Schaeffer, C. M., Petras, H., Ialongo, N., Poduska, J., & Kellam, S. (2003). Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Developmental Psychology*, 39(6), 1020–1035. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.6.1020>
- Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & Petermann, F. (2013). Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: The burden of the multiply victimised. *Journal of Adolescence*, 36(3), 587–601. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.006>
- Schumacker, R., & Lomax, R. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (4th ed.). New York: Taylor & Francis.
- Sepúlveda, G. (1991). Desarrollo psicológico en la edad juvenil. En C. Valenzuela Yuraidini, M. G. Sepúlveda, & C. Almonte Vyhmeister (Eds.), *Desarrollo normal y trastornos psicosociales en la edad juvenil* (pp. 11–21). Santiago de Chile: Serie científica Médica. Centro de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía. In M. Valdivia & M. I. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del Adolescente* (pp. 19–36). Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Sepúlveda, R., Molina, T., Molina, R., Martínez, V., González, E., George, M., ... Hidalgo-

- Rasmussen, C. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica De Chile*, *141*, 1283–1292. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001000007>
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents' Mental Health and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, *15*(6), 1289–1311. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9476-1>
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., ... Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *11*(4), 742–64. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>
- Stevanovic, D., Tadic, I., Novakovic, T., Kiscic-Tepavcevic, D., & Ravens-Sieberer, U. (2013). Evaluating the Serbian version of the KIDSCREEN quality-of-life questionnaires: Reliability, validity, and agreement between children's and parents' ratings. *Quality of Life Research*, *22*(7), 1729–1737. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0286-4>
- Suárez, E. (2013). Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. Santiago de Chile: Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de Chile.
- Susman, E., & Dorn, L. (2009). Puberty: Its role in development. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology. Volume 1: Individual bases of adolescent development* (Third edit, pp. 116–151). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Tennant, R., Goens, C., & Barlow, J. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health*, *6*(1), 25–32. Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1934751&show=abstract>
- Thapar, A., Stephan, C., Pine, D., & Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, *379*(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4). Depression
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–9. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista*

- Médica de Chile*, 138(3), 358–365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A. (2012). Autoreporte de salud y enfermedad en la adolescencia: Cuestionario chip-ae en adolescentes escolarizados chilenos. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(4), 336–344. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000400003>
- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 30, 61–71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A., Albornoz, N., & Jara, C. (2013). Calidad de vida en la infancia : estudio comparativo entre una zona rural y urbana en el norte de Chile, 84(3), 276–284.
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S., & Tapia, K. (2009a). Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(3), 238–244. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000300005>
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S., & Tapia, K. (2009b). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Auto Reporte de la Calidad de Vida KIDSCREEN-27 en Adolscntes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 27(1), 83–92. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000300005>
- Urzúa, A., & Mercado, G. (2008). La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo – Kindl. *Terapia Psicológica*, 26(1), 133–141.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447–457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715670>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(129), 1–7. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010>
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and

adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(SUPPL. 1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59–65.

Zambon, A., Morgan, A., Vereecken, C., Colombini, S., Boyce, W., Mazur, J., ... Cavallo, F. (2010). The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from six countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 89–95. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088443>

9.	Rompe objetos	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
10.	Aprende de acuerdo a su capacidad	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
11.	Es gritón con los demás	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
12.	Juega con los compañeros	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
13.	Demuestra entusiasmo y agrado por aprender	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
14.	Busca demasiada atención de los compañeros	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
15.	Se aferra al profesor	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
16.	Persiste en la tarea	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
17.	Tiene muchos amigos	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
18.	Necesita afecto para motivarse en el trabajo	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
19.	Reacciona negativamente frente a la crítica y el fracaso	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
20.	No cumple reglas sin protestar / Tramita	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()
21.	Comparte con sus compañeros / Es solidario	Casi nunca	1	2	3	4	5	6	Casi siempre	()

PUNTAJE GLOBAL

A. CUÁL ES SU CALIFICACION DEL PROGRESO DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Probable fracaso
- 6. Fracaso

B. CUÁL ES SU CALIFICACION GLOBAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE.

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala
- 6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

8.2. ANEXO 2: Pediatric Symptom Checklist – Youth (PSC-Y)

Fecha aplicación / /

Nombre del estudiante: _____
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

RUT _____ - _____ Edad _____

Dirección: _____

A continuación, marca con un círculo la alternativa (sólo una) que represente mejor tu situación:

a) Vives con:

1) Madre 2) Padre 3) Ambos 4) Otro familiar 5) Otra situación

b) Tienes una enfermedad que te hace faltar al colegio frecuentemente 1) SI 2) NO

c) Vives con familiar que se controla frecuentemente por alguna enfermedad mental 1) SI 2) NO

d) En tu tiempo libre participas de actividades fuera de la escuela como clubes deportivos, agrupaciones culturales, iglesia, recreativas u otras. 1) SI 2) NO

SECCIÓN PARA LLENADO POR EQUIPO:

RBD - _____
Escuela (nombre - sigla) Comuna

Profesor(a): _____ Iniciales profesor(a): _____ Curso _____
nombre (usar siempre la misma) (incluir letra)

Familia del niño es beneficiaria del Chile Solidario	1.SI (1)	2. NO (2)
--	----------	-----------

CUESTIONARIO

Por favor marca con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que te pasa o cómo te sientes.

1. Tienes malestares y dolores	Nunca	A veces	Seguido
2. Te aíslas y prefieres estar solo(a)	Nunca	A veces	Seguido
3. Tienes poca energía/ te cansas fácilmente	Nunca	A veces	Seguido
4. Te cuesta estar tranquilo(a)	Nunca	A veces	Seguido
5. Tienes malas relaciones con tu profesor(a)	Nunca	A veces	Seguido
6. Tienes interés por la escuela	Nunca	A veces	Seguido
7. Eres inquieto(a)	Nunca	A veces	Seguido
8. Sueñas despierto(a), estás en tu propio mundo	Nunca	A veces	Seguido
9. Te distraes fácilmente	Nunca	A veces	Seguido
10. Temes a las situaciones nuevas	Nunca	A veces	Seguido
11. Te sientes triste	Nunca	A veces	Seguido
12. Eres irritable, enojón/enojona	Nunca	A veces	Seguido
13. Te sientes pesimista /piensas que las cosas van a salir mal	Nunca	A veces	Seguido
14. Te cuesta concentrarte	Nunca	A veces	Seguido
15. No te interesan los amigos(as)	Nunca	A veces	Seguido
16. Peleas con otros(as) compañeros(as)	Nunca	A veces	Seguido
17. Tienes malas notas	Nunca	A veces	Seguido
18. Te sientes poca cosa	Nunca	A veces	Seguido
19. Vas al médico por malestares y no te encuentran nada	Nunca	A veces	Seguido
20. Te cuesta quedarte dormido / duermes mal	Nunca	A veces	Seguido
21. Te cuesta separarte de tus padres	Nunca	A veces	Seguido
22. Sientes que eres malo(a)	Nunca	A veces	Seguido
23. eres arriesgado(a)	Nunca	A veces	Seguido
24. Sufres heridas frecuentemente	Nunca	A veces	Seguido
25. Te aburres	Nunca	A veces	Seguido
26. Actúas como si fueras más chico(a)	Nunca	A veces	Seguido
27. Ignoras las órdenes que te dan	Nunca	A veces	Seguido
28. Expresas tus sentimientos	Nunca	A veces	Seguido
29. Comprendes los sentimientos de los demás	Nunca	A veces	Seguido
30. Molestas a los demás	Nunca	A veces	Seguido
31. Culpas a los demás de tus problemas	Nunca	A veces	Seguido
32. Tomas cosas ajenas	Nunca	A veces	Seguido
33. Te cuesta mucho compartir	Nunca	A veces	Seguido
TOTAL			

8.3. ANEXO 3: KIDSCREEN-27

Bienestar físico					
1. En general ¿Cómo dirías que es tu salud?	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
2. ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
3. ¿Has estado físicamente activo/a (ej. corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
4. ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Bienestar psicológico					
6. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
7. ¿Has estado de buen humor?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8. ¿Lo has pasado bien?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9. ¿Te has sentido triste?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
10. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
11. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
12. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

Autonomía y relación con los padres					
13. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
14. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15. ¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
16. ¿Tu mamá y/o papá te han tratado en forma justa?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
17. ¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

18. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
19. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Apoyo social y pares					
20 ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
21 ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
22 ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
23 ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Entorno escolar					
24 ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
25 ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
26 ¿Has sido capaz de poner atención?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
27 ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

8.4. ANEXO 4: Carta solicitud autorización JUNAEB



Santiago, 25 de Junio de 2015

Sra. Ana María Squicciarini Navarro

Encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida

Departamento de Salud del Estudiante

Dirección Nacional

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

PRESENTE

Junto con saludarle cordialmente, quienes suscriben la presente carta se dirigen a usted solicitando su colaboración para el desarrollo de una investigación a realizar por la alumna Ma. Francisca Rodríguez Aguilera, en el marco de su trabajo de tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, bajo la guía de la Ps. Myriam George Lara, académica del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Dicha investigación busca estudiar la relación que podría existir entre determinados problemas de salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes.

Su colaboración consistiría en proporcionar las bases de datos del año 2014 que contienen las respuestas y resultados de los cuestionarios TOCA-RR, PSC-Y y KIDSCREEN de los y las estudiantes de 6° año de enseñanza básica del Programa Habilidades para la Vida II (P-HpV II). Junto con esto, para contextualizar la investigación ya mencionada, se le solicitan algunos documentos acerca de la implementación del programa, como por ejemplo, las normas y orientaciones técnicas del HpV II.

Cabe señalar que en la presente investigación se resguardarán los datos de identificación de los y las estudiantes, no proporcionando información alguna que permita identificar personas y/o establecimientos educativos. Eventualmente, si fuese necesario señalar un nombre propio, se utilizará un nombre de fantasía para mantener el resguardo de la confidencialidad de los datos.

Asimismo, la alumna se compromete a entregar un informe escrito del estudio en formato de la Revista de Psicología de la Universidad de Chile, una vez que se haya obtenido la aprobación de la defensa de la tesis.

Si se encuentra de acuerdo con la solicitud expresada, se le agradecería que firme el formulario de autorización que se presenta en la siguiente página.

Desde ya se le manifiesta nuestra disponibilidad ante cualquier consulta que pudiese tener, para lo cual puede escribir al correo electrónico franciscarodrigueza@gmail.com

Ps. Ma. Francisca Rodríguez Aguilera

Alumna del Magíster en Psicología,
mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil
UNIVERSIDAD DE CHILE

Ps. Myriam George Lara

Académica Departamento Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE CHILE

8.5. ANEXO 5: Formulario de Autorización

Yo, ANA MARÍA SQUICCIARINI NAVARRO, Encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB, autorizo proporcionar a MA. FRANCISCA RODRÍGUEZ AGUILERA, alumna del Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, las bases de datos del reporte de respuestas y resultados de los cuestionarios TOCA-RR, PSC-Y y KIDSCREEN de los y las estudiantes de 6° año de enseñanza básica del Programa Habilidades para la Vida, del año 2014, así como las orientaciones técnicas del HpV-II.

Esto, en el contexto de una investigación a realizar por la alumna, en el marco de su trabajo de tesis bajo la guía de la Ps. Myriam George Lara, académica del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Dicha investigación busca estudiar la relación entre determinados problemas de salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes

ANA MARÍA SQUICCIARINI NAVARRO

Encargada Nacional del Programa Habilidades para la vida

Departamento de la Salud del estudiante

Dirección Nacional

JUNAEB

Santiago, 6 de Julio de 2015