



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE
ADOLESCENTES EN VULNERABILIDAD SOCIAL DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA RESILIENCIA

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Investigadora Responsable:
Lic. en Ps. Marcela Pineda Gálvez

Profesora Patrocinante:
Ps. Loreto Leiva Bahamondes

Santiago de Chile
2011

A Nicolás, mi hijo, la luz que ilumina mi vida

AGRADECIMIENTOS

Dedico este espacio a todas aquellas personas que hicieron posible esta investigación.

Del Liceo Chiloé, agradezco a su director don Ever Abello, a la señora Jefa de la Unidad Técnica, Ma. Eugenia Grandón, a Romina Vilches y, especialmente, a la “tía Mónica”.

Del Colegio Hernán Aguirre Mackay, agradezco a su Directora, señora Emperatriz Duque y a la Psicóloga del establecimiento Paola Espinoza.

Del Colegio Polivalente Raulí, agradezco a su Directora, señora Mónica Mera y, a la Jefa de la Unidad Técnica, señora Roxana Díaz.

Del Colegio San Alfonso, agradezco a su Director don César Foix y a su Orientadora, señora Gina Becerra.

Y por sobre todo, agradezco a todos los adolescentes que voluntariamente colaboraron con este estudio.

Tengo palabras de gratitud por su paciencia conmigo a mi profesora guía, Loreto Leiva y a Ma. José Reyes, por creer en mí, todavía.

En un lugar muy especial agradezco a mi familia, mis padres, hermanas, sobrinos, primos, y en especial a mi hijo Nicolás.

Pequeñito, gracias por llegar a mi vida.

INDICE

	Pág.
I. <u>RESUMEN</u>	6
II. <u>INTRODUCCIÓN</u>	7
III. <u>ANTECEDENTES</u>	9
3.1. Pobreza y Vulnerabilidad Social	9
3.2. Adolescencia y Riesgo Social	11
3.3. Resiliencia como Intervención Psicosocial	13
IV. <u>HIPÓTESIS</u>	18
V. <u>OBJETIVOS</u>	18
5.1. Objetivo General.....	18
5.2. Objetivos Específicos	18
VI. <u>MÉTODO</u>	20
6.1. Diseño.....	20
6.2. Participantes.....	20
6.3. Técnicas de recolección de datos.....	22
6.3.1. Cuestionario de Antecedentes Personales	22
6.3.2. Escala de Resiliencia SV-RES.	22
6.3.3. Escala de Autoestima de Coopersmith.....	23
6.3.4. Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12).....	24
6.3.5. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.....	26
6.3.6. Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein	27
6.4. Análisis	28
6.4.1. Resiliencia	29
6.4.2. Autoestima Personal	29
6.4.3. Autoestima Familiar.....	29
6.4.4. Autoestima Escolar	29
6.4.5. Autoestima Social.....	30
6.4.6. Salud Mental.....	30
6.4.7. Percepción de Funcionamiento Familiar	30
6.4.8. Apoyo Social Percibido	30
6.5. Procedimiento.....	31

6.6. Aspectos Éticos	32
VII. <u>RESULTADOS</u>	34
7.1. Caracterización de los adolescentes	34
7.1.1. Antecedentes personales.....	34
7.1.2. Antecedentes familiares.....	35
7.2. Características de los adolescentes respecto a las variables exploradas.....	36
7.2.1. Resiliencia	36
7.2.2. Autoestima.....	41
7.2.3. Salud Mental.....	46
7.2.4. Percepción de Funcionamiento Familiar	48
7.2.5. Apoyo social percibido	50
7.3. Relación entre las variables estudiadas	51
VIII. <u>DISCUSIÓN</u>	53
IX. <u>CONCLUSIONES</u>	58
X. <u>REFERENCIAS</u>	60
XI. <u>ANEXOS</u>	67

I. **RESUMEN**

Esta investigación indaga en los recursos individuales que se encuentran asociados a la capacidad de resiliencia de una población de adolescentes en vulnerabilidad social de la comuna de Puente Alto. Se evalúa una muestra compuesta por 232 adolescentes de ambos sexos, a los cuales se administró una batería de cuestionarios con el fin de evaluar la relación entre la capacidad de resiliencia y otras variables como autoestima, salud mental general, percepción de relación familiar y apoyo social percibido.

Se logró determinar una alta correlación entre la capacidad de resiliencia, autoestima y salud mental general de los jóvenes, pese a obtener bajos índices en la mayoría de las escalas, lo que denota una desventaja notable de este grupo respecto a la población general. Del mismo modo, se aprecia una marcada diferencia entre hombres y mujeres, lo que confirma los efectos adversos de la vulnerabilidad social sobre el sexo femenino.

Palabras claves: Resiliencia, Adolescencia, Vulnerabilidad Social.

II. INTRODUCCIÓN

Amplia es la literatura respecto a los efectos adversos que genera la pobreza sobre el desarrollo humano en sus primeras etapas, principalmente respecto a su salud física y psicológica (Jenkins et al., 2008; Kotliarenco, Cáceres & Álvarez, 1996; Rutter, 2005). Estos mismos autores señalan que no es la carencia económica en sí misma la que produce daño a los niños y adolescentes, sino que son los efectos de la pobreza sobre su entorno los que perjudican a los menores. La exposición a actos de violencia, la cesantía, el hacinamiento, son factores que incrementan el estrés y el conflicto en la familia donde se desarrolla el menor, limitando, a su vez, las habilidades de los padres en la protección y cuidado de sus hijos (Fergus & Zimmerman, 2005; Jenkins et al., 2008; Rutter, 2005; Smilkstein, 1980).

Krauskopf (2007), afirma que existe una exposición diferencial a la adversidad entre niños y adolescentes, pues los primeros cuentan con la protección que entrega la familia como principal fuente de interacción social, mientras que en el adolescente esta interacción paulatinamente se amplía a otros espacios como el colegio, el grupo de pares y la comunidad. De esta manera, los riesgos a los que el adolescente se expone son mayores en la medida en que la familia no filtra esta exposición, circunstancia que ocurre en un período complejo de su desarrollo. En este sentido, el adolescente que crece en un ambiente carenciado ve particularmente dificultado su desarrollo, pues se enfrenta simultáneamente a las adversidades que acarrearán las condiciones de vida deficientes y las dificultades propias de la etapa del ciclo vital (Florenzano & Valdés, 2005; Krauskopf, 2007).

En este contexto, surge el concepto de resiliencia como una estrategia de intervención psicosocial utilizada para hacer de soporte en esta dificultad del adolescente (Florenzano & Valdés, 2005; Jenkins et al., 2008; Krauskopf, 2007). La base del planteamiento entorno a la resiliencia, describe la presencia en todo ser humano de escudos protectores que resguardan la intervención de factores negativos, de manera de restringir su acción sobre el sujeto, o incluso transformar sus efectos en elementos

beneficiosos que el individuo puede utilizar para superar la situación adversa (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez Ojeda, Infante & Grotberg, 1998; Vidal, 2008).

El presente estudio tiene como objetivo identificar las características individuales que se encuentran asociadas a la capacidad de resiliencia de una población de adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad social en la comuna de Puente Alto. El propósito es evaluar en ellos su capacidad de resiliencia y relacionar esta propiedad con otras variables como autoestima, salud mental general, percepción de relación familiar y apoyo social percibido, con el fin de conocer cuáles son los factores personales, familiares y sociales que es necesario potenciar, lo que permite reelaborar la experiencia de vida fortaleciendo los factores protectores por sobre los eventos traumáticos y, así, favorecer un desarrollo integral.

III. ANTECEDENTES

3.1. Pobreza y Vulnerabilidad Social

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, ha hecho un llamado a los gobiernos del mundo a tomar conciencia y combatir el aumento sostenido de las desigualdades políticas, económicas y sociales que inciden sobre las condiciones de vida de las personas. Este organismo ha sustentado esta propuesta, en base a investigaciones que dan cuenta de cómo el contexto social y cultural donde nace, crece y se desarrolla un individuo, resulta fundamental a la hora de evaluar las oportunidades y las opciones que se le presentan durante su vida, pues si las condiciones son deficientes y los recursos insuficientes, éstos podrían afectar negativamente su calidad y esperanza de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

Una de las principales consecuencias de la falta de justicia social y económica históricamente ha sido la pobreza, la cual es descrita por Perona, Crucella, Rocchi y Silva (2000), como una situación de carencia, una condición de deterioro y menoscabo efectivo, que es el resultado de una dificultad permanente para solventar necesidades básicas, que impide tanto la subsistencia del individuo como su desarrollo personal y que refleja, además, la imposibilidad de superar dicha situación.

Llevando este concepto a cifras, en el año 2009, la Fundación para la Superación de la Pobreza realiza una caracterización de esta situación en Chile, afirmando que un 13,7% de la población vive bajo la línea de la pobreza, mientras un 3,2% vive en condiciones de indigencia. Si bien esta cifra significa un avance en la lucha del país por terminar con esta situación, y a la vez, no resulta tan impresionante como los datos que se obtiene de otros países del mundo, el escenario se torna preocupante cuando se reconoce la transitoriedad de las condiciones de vida descritas. El estudio presentado señala que el 34,1% de la población fue pobre alguna vez durante los últimos 15 años, mientras que un

29,8% lo fue dos veces, obteniéndose, además, un 4,4% de la población que se ha mantenido pobre en este mismo periodo.

El análisis de estos datos habla de algo más que una carencia actual, describen una condición potencial de precariedad que puede ser entendida a través del concepto de vulnerabilidad. La noción de vulnerabilidad se caracteriza por ampliar la visión de la pobreza, pues si bien la incluye, trasciende a ella, pues se explica como una situación de fragilidad proyectada hacia el futuro a partir de las condiciones de vida deterioradas que se presentan en la actualidad. De esta manera, en torno a este concepto se agrupan, por un lado, a los “vulnerados” aludiendo a quienes se describen como pobres, aquellos que ya sufren carencias efectivas y, probablemente, mantengan esas mismas condiciones a futuro y, por otro lado, se incorpora a los “vulnerables”, haciendo referencia a aquellas personas que si bien no constatan perjuicio en su situación actual, presentan una alta posibilidad de ver afectadas sus condiciones de vida en el futuro (Perona et al, 2000)¹.

El contexto donde prioritariamente se ha construido el concepto de vulnerabilidad es en el ámbito social. El concepto de vulnerabilidad social, como refiere Vidal (2008), alude al impacto que tiene sobre la vida de las personas y, más aún sobre las comunidades, las variabilidades del sistema económico y social. Se considera que el acceso a la educación, a la salud y la vivienda son, entre otros, indicadores que permiten observar la adaptabilidad de los individuos a las condiciones que entrega el sistema circundante, de manera que se evidencian las diferencias que surgen de la desigualdad (Fondo para la Superación de la Pobreza [FSP], 2009).

En consecuencia, la vulnerabilidad social refleja las consecuencias directas de la precariedad presente y del riesgo potencial sobre las personas que se exponen a ella, perjuicio que afecta el plano físico, mental y social de quienes viven en esta situación (Jenkins et al., 2008; Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997).

¹ En los últimos cuarenta años, las investigaciones que abordan el tema, no sólo han debido ampliar su visión de la pobreza al entenderla como una privación social más que una privación netamente física, sino además, han debido incorporar el estudio de las diferencias de género en los efectos de la pobreza, así como en los procesos que facilitan dicha diferencia (Chant, 2003)

3.2. Adolescencia y Riesgo Social

Uno de los aspectos más preocupantes que se concluyen de las mediciones e investigaciones que se realizan en torno al tema de la pobreza, guarda relación con la alta concentración de población infantil y juvenil en sus cifras, de manera que el porcentaje de pobreza disminuye considerablemente en los tramos de mayor edad (FSP, 2009; Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2006; Ministerio de Planificación [MIDEPLAN], 2006).

Las razones que explican la importante presencia de menores de edad en situación de pobreza, se relacionan con factores culturales y económicos (FSP, 1999). No obstante, estos menores no sólo ven afectada su calidad de vida actual sino que, además, son herederos de las condiciones de pobreza de sus padres, pues esta situación se transmite de generación en generación, de manera que el presente pobre de un niño determina su futuro pobre como adulto, en lo que se entiende como transferencia generacional de la pobreza (Perona; 2000; Vidal, 2008).

Asimismo, más allá de la herencia socioeconómica, el niño o adolescente, se ve afectado por las consecuencias propias de la situación de vulnerabilidad. La ausencia de recursos y la imposibilidad de generarlos, la exposición a actos violentos y las experiencias dolorosas, son algunos de los factores que generan un estado permanente de estrés en los hogares pobres (Jenkins et al., 2008; Kotliarenco et al., 1996; Rutter, 2005). El deterioro de la capacidad de la familia para otorgar el cuidado, la estimulación y soporte afectivo que el niño requiere para su desarrollo, fomenta la prevalencia de problemas de salud mental en la vida adulta (Florenzano & Valdés, 2005; INJUV, 2006), lo que se ve acentuado en los casos en que la incapacidad familiar se acompaña de violencia física, psicológica y/o sexual hacia los menores (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer & Maughan, 2007)

Sin embargo, como señala Krauskopf (2007), la adversidad tiene un efecto distinto en el adolescente que en el niño, básicamente debido a que los modos de interacción social resultan ser diferentes entre estas etapas. Se entiende a la infancia como la etapa fundante de la interacción con el medio, donde la familia forma parte prioritaria de dicha

interacción, debido a que actúa con un rol mayormente protector. El adolescente, no obstante, se encuentra en un escenario distinto, paulatinamente, en la medida en que él avanza en edad, los espacios de relación, es decir, la familia, los amigos, el ámbito escolar, la comunidad, abren al menor un mayor espectro de riesgos, pero así también, de conocimientos para el crecimiento psicosocial.

El período adolescente, en sí mismo, se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital de constantes cambios, tanto corporales, como psicológicos y sociales, que conducen a la maduración biopsicosocial que el individuo necesita para su vida adulta (Luengo, 2003; Melillo, 2007). La superación exitosa de este período, depende de las oportunidades que el medio le otorgue, así como del despliegue de las propias destrezas (Florenzano & Valdés, 2005; Krauskopf, 2007; Munist & Suárez Ojeda, 2004).

Comúnmente, la adolescencia ha sido interpretada como una etapa de crisis en el desarrollo humano, un período cuya complejidad esta dada por la aparición simultánea de sentimientos, pensamientos y comportamientos contradictorios y conflictivos (Rodríguez, 2006). Según plantea Sepúlveda (2006), esta agitación interna del adolescente se explica como el resultado esperable de un proceso de incesante e intensa búsqueda por definir su propia identidad. Ella advierte que una de las metas centrales del desarrollo psicológico del adolescente es la construcción de identidad personal, y reafirma que, si bien el ser humano durante todo el ciclo vital intenta reconocerse y ser reconocido por otros como un ser único y autónomo, esta búsqueda no se expresa con tanto ímpetu ni urgencia como en la edad adolescente. A pesar de ello, la autora añade, en ciertos contextos u ocasiones históricas, el entorno social no ha logrado reconocer ni entregar espacios de expresión al adolescente, generando finalmente un conflicto mediante el cual el sujeto se posesiona de esta identidad rebelde, como una forma de conquistar un espacio social y en respuesta a la incompreensión y la exclusión por parte del entorno.

Esto ocurre en el contexto de vulnerabilidad, el cual limita el desarrollo de destrezas y la integración social, pero aún más, invisibiliza al adolescente en una etapa de urgente búsqueda de identidad. Por el contrario, la falta de empatía del entorno con el proceso de la adolescencia, visualiza al menor sólo cuando éste causa problemas a los demás o se encuentra en crisis. De esta manera, el anonimato es peor a la identidad negativa, de la

cual se apropia, exponiéndolo a riesgos que pueden perjudicar dramáticamente su presente y futuro (Florenzano & Valdés, 2005; Krauskopf, 2007; Melillo, 2007).

3.3. Resiliencia como Intervención Psicosocial

Ha sido relativamente nuevo el interés de las políticas públicas en salud por considerar a la adolescencia en sus programas de intervención, debido, principalmente, a que se le considera como un grupo etario sano (Burt, 2002; OPS, 2010). La mayoría de las consecuencias directas de las vivencias, conductas y hábitos adquiridos durante esta etapa no repercuten sino ya en la adultez, por lo que el foco por mucho tiempo estuvo en combatir las enfermedades y trastornos ya manifestados, más que en la prevención de éstos (Burt, 2002). Se ha constatado sin embargo, que los adolescentes son víctimas frecuentes de actos violentos, como accidentes, homicidios o suicidios, es decir, acciones que involucran comportamientos peligrosos que pudieron ser evitados con anterioridad (Florenzano & Valdés, 2005; Maddaleno & Breinbauer, 2007; OPS, 2010).

Los adolescentes no solamente pueden ser víctimas de peligros provenientes del entorno social, sino que en ocasiones, ellos pueden atentar contra sí mismos, realizando actos intencionados, o bien, involuntarios, que no sólo alteran su desarrollo, sino que también perjudican su salud y ponen en riesgo su vida (Florenzano & Valdés, 2005; Maddaleno & Breinbauer, 2007; Rodríguez, 2006). Estas acciones, llamadas conductas de riesgo, pueden ser adquiridas a través de modelos observados en el ambiente familiar o social, siendo no privativas de contextos vulnerables, aunque debido a las circunstancias que caracterizan estos espacios, la frecuencia es mucho mayor en ellos. En efecto, se ha constatado que habitualmente este tipo de prácticas se relacionan con traumas infantiles y juveniles, los que se encuentran, a su vez, con mayor presencia en contextos carenciados (Collishaw et al, 2007; Florenzano & Valdés, 2005; Jenkins et al., 2008). De esta manera, el espectro de riesgos que rodean al adolescente se amplía incorporando a su propio comportamiento como un nuevo factor que incide de manera importante en su calidad de vida actual y futura (Munist & Suárez Ojeda, 2004)

El conjunto de factores de riesgo han sido estudiados por las ciencias humanas y, prioritariamente por el modelo biomédico, a través del enfoque de riesgo, cuyo propósito ha sido explorar aquellas variables que podrían estar implicadas en producir daño al sujeto en su ámbito biológico, psicológico y social (Krauskopf, 2007; Munist et al, 1998; Munist & Suárez Ojeda, 2004; Vidal, 2008). Se ha criticado la estrategia utilizada por este enfoque, pues ha enfatizado los efectos negativos, es decir, ha indagado en las patologías, trastornos o síntomas que suelen ser la manifestación de alguno tipo de daño. Es así, como investigaciones efectuadas en base al planteamiento del enfoque de riesgo, han demostrado como circunstancias personales, familiares y sociales, tales como temperamento difícil, baja autoestima, enfermedad mental de los padres, conflicto marital y/o precariedad socioeconómica, incrementan la probabilidad de sufrir desórdenes afectivos y conductuales y, a partir de ellos, adoptar comportamientos autodestructivos (Collishaw et al, 2007; Florenzano & Valdés, 2005; Jenkins et al., 2008).

La crítica a este enfoque se sustenta en que, a pesar de esta evidencia, se ha podido comprobar que no todos los individuos reaccionan del mismo modo al presenciar las circunstancias descritas y, aún más, algunos individuos, habiendo experimentado situaciones estresantes y traumáticas, lejos de verse afectados por ello, han salido fortalecidos por dichas experiencias (Jenkins et al., 2008; Munist et al, 1998; Vidal, 2008). Existe evidencia que contrasta las predicciones nefastas del enfoque de riesgo, describiendo un desarrollo satisfactorio en personas condenadas a sufrir las consecuencias de la adversidad.

La sistematización de los estudios que muestran estas nuevas evidencias han dado origen al concepto de resiliencia, como una estrategia complementaria al enfoque de riesgo, que contempla y aborda los llamados factores protectores, es decir, aquellas circunstancias que favorecen el desarrollo saludable de los individuos, contribuyendo, a la vez, a reducir los efectos negativos de un escenario desfavorable (Florenzano & Valdés, 2005; Munist et al, 1998; Munist & Suárez Ojeda, 2004; Vidal, 2008).

La resiliencia se ha descrito como una capacidad individual que nace de la interacción entre factores personales y ambientales (Jenkins et al, 2008; Saavedra y Villalta, 2008), que le permite al individuo enfrentar situaciones difíciles, no sólo siendo

capaz de resistir y protegerse del daño sino, además, de construir un comportamiento vital positivo a pesar de dicha dificultad (Florenzano & Valdés, 2005; Vanistendael, 1996; Vidal, 2008). En el caso de los adolescentes, Fergus y Zimmerman (2005), señalan que la teoría de la resiliencia atiende a los riesgos a los que ellos se exponen, destacando las fortalezas del individuo por sobre sus deficiencias. Asimismo, estos autores describen dos tipos de factores protectores, aquellos que se encuentran en el mismo joven a modo de habilidades personales, y aquellos recursos que el entorno le entrega.

Entre los recursos personales descritos como fundamentales en individuos resilientes se ha destacado el desarrollo de una autoestima adecuada (Collishaw et al., 2007; Florenzano & Valdés, 2005; Kotliarenko et al., 1997; Melillo, 2007; Munist et al., 1998; Vanistendael, 1996). Según refieren Bertrán, Noemí y Romero (1998) se ha observado un alto nivel de autoestima en niños de características resilientes, lo que se ha asociado, además, a comportamientos adaptativos como una mayor autonomía y una actitud activa en la resolución de conflictos, así como, una mayor motivación de logro. Según estos autores, desde la infancia una persona puede desarrollar una autoestima sólida en la medida en que crece sintiéndose querido, valioso y capaz, lo que se pone a prueba en momentos en que debe enfrentar situaciones difíciles o conflictos severos y prolongados (Bertrán et al., 1998).

La adquisición de una visión positiva de sí mismo surge en el adolescente a partir de las experiencias vividas y, principalmente, de una actitud favorable de la familia y el entorno social hacia él (Bertrán et al., 1998; Florenzano & Valdés, 2005). Desde la primera infancia, la familia asume el rol principal en fomentar un adecuado autoconcepto en el menor a través de lo que Vanistendael (1996) plantea como aceptación incondicional. El autor señala que en la medida en que una familia presente un buen funcionamiento dedicará atención, cuidado y preocupación por el niño, otorgándole el sostén fundamental para el desarrollo futuro de una actitud resiliente (Florenzano & Valdés, 2005).

La calidad de la interacción de la familia ha sido descrita como uno de los factores protectores externos al sujeto de mayor importancia (Florenzano & Valdés, 2005). Si bien es esperable que los procesos de diferenciación e individuación por los que transita el

adolescente, generen conflictos por el cuestionamiento que él realiza de las normas del grupo familiar (Melillo, 2007; Munist et al, 1998; Munist & Suárez Ojeda, 2004), una dinámica familiar adecuada y unos padres sensibles y empáticos con los procesos del adolescente, permiten el desarrollo integral y satisfactorio de las potencialidades del joven (Florenzano & Valdés, 2005; Wolnitzky et al., 1989).

Del mismo modo, la interacción social que establece el joven adolescente con sus amistades o pares conforma un nuevo factor protector externo destacado, en tanto provee un soporte afectivo adicional y, aún más, en algunos casos, suple las falencias del grupo familiar disfuncional (Florenzano & Valdés, 2005; Melillo, 2007). Según Melillo (2007), el grupo actúa como un agente de socialización, en el cual el joven adolescente pone en práctica conductas, destrezas y roles que contribuyen a la formación de su propia identidad. La influencia de los pares puede ser positivamente determinante en el desarrollo de la autoestima y habilidades en la resolución de problemas, lo que facilita el desarrollo de la resiliencia (Florenzano & Valdés, 2005; Krauskopf, 2007; Melillo, 2007).

Estos recursos personales y sociales actúan como pilares por sobre los cuales el adolescente construye su capacidad de resiliencia, lo que se ve fuertemente perturbado en contextos socialmente carenciados donde, como ya fue explicitado, las condiciones de adversidad atentan contra la salud mental de los adolescentes desde el ámbito personal, familiar y social (Burt, 2002; Jenkins et al., 2008). En relación a ello, Krauskopf (2007) señala, que si bien el planteamiento de la resiliencia no puede frente a la pobreza o la injusticia social, su promoción contribuye a otorgar herramientas personales o grupales a los adolescentes para que sean ellos mismos quienes realicen cambios consistentes en el curso que ha tomado su desarrollo. Los jóvenes resilientes pueden adoptar comportamientos saludables y pueden ser gestores de su futuro, es por ello, que el fomento resulta clave en este periodo, pues es la adolescencia el momento del ciclo vital en que el joven puede tomar una nueva dirección en su vida (Krauskopf, 2007).

En la labor de promover y fomentar la resiliencia entre los adolescentes, resulta de gran utilidad indagar en estos factores personales, familiares y sociales que configuran los recursos individuales del joven, pues así, se pueden orientar de manera eficiente las intervenciones psicosociales que contribuyan a reforzar aquellas áreas que se encuentran

debilitadas, mientras se potencian y enriquecen, aún más, las que se encuentran fortalecidas.

Siguiendo esta necesidad se presenta esta investigación, cuyo propósito es indagar en los recursos individuales con que cuenta una población de adolescentes chilenos provenientes de ambientes socioeconómicos deficientes. Se evalúa, en primer término, el grado de resiliencia que presentan los jóvenes, para luego explorar el nivel de autoestima y el estado de salud mental, a modo de recursos personales, para continuar examinando la percepción sobre el funcionamiento familiar y sobre el soporte que le entregan sus amistades, como recursos sociales y externos a ellos. Se plantea como problema de investigación el interés por conocer la relación entre estas variables y el nivel de resiliencia que pueden presentar los adolescentes.

IV. HIPÓTESIS

Los adolescentes en vulnerabilidad social de la comuna de Puente Alto presentarán una capacidad de resiliencia disminuida respecto de la población general.

La capacidad de resiliencia observada en los adolescentes en vulnerabilidad social de la comuna de Puente Alto, estará asociada positivamente con otras variables tales como autoestima, estado de salud mental, percepción de funcionamiento familiar y apoyo social percibido.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Describir y comparar las características individuales que inciden en la capacidad de resiliencia de una población de adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir y comparar el grado de resiliencia que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, respecto a variables sociodemográficas personales y familiares².
- Describir y comparar el grado de autoestima que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, respecto a variables sociodemográficas personales y familiares.
- Describir y comparar el estado de salud mental que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, respecto a variables sociodemográficas personales y familiares.

² Cada una de las variables fue analizada en base a datos sociodemográficos personales consignados por los mismos adolescentes, tales como sexo, fracaso escolar e historial médico, así como, antecedentes familiares como cesantía y consumo de sustancias. Lo anterior es explicitado con mayor detalle en el Método.

- Describir y comparar la percepción del funcionamiento familiar que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, respecto a variables sociodemográficas personales y familiares. referidos
- Describir y comparar la percepción de apoyo social que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, respecto a variables sociodemográficas personales y familiares.
- Identificar los factores que se encuentran asociados a la capacidad de resiliencia que presentan los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto.

VI. MÉTODO

6.1. Diseño

El presente estudio es una investigación que se enmarca dentro de una metodología de tipo cuantitativa. Corresponde a un tipo de estudio descriptivo, comparativo y correlacional. Es descriptivo debido a que su propósito es evaluar, para así definir y describir, algunas de las características que reflejan la capacidad de resiliencia de los adolescentes vulnerables que constituyen la muestra. Es una investigación comparativa pues pretende contrastar y asociar las propiedades observadas entre quienes obtengan las mayores puntuaciones y quienes obtengan los puntajes más bajos. Asimismo, se puede considerar como un estudio correlacional pues intenta relacionar dichas características de ambos grupos con otras propiedades evaluadas mediante otros instrumentos complementarios (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

El diseño de investigación utilizado es no experimental, pues no se realiza manipulación de variables. Por último, debido a que se realiza sólo una evaluación, se considera, además, transeccional (Hernández et al, 2003).

6.2. Participantes

Se trabajó con una muestra intencionada. El tamaño muestral se calculó en base a un $\alpha=0,05$, es decir, con un nivel de confianza de 95%, y un tamaño efecto de 0,5 a partir de lo cual se logró definir una muestra mínima de 210 individuos. Pese a la dificultad para acceder a los adolescentes y contar con su colaboración, se logró completar una muestra de 232 jóvenes voluntarios, cuyas características específicas están dadas por el contexto de pobreza y vulnerabilidad escolar (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB], 2005).

La muestra seleccionada estuvo compuesta por adolescentes de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 14 y los 19 años, es decir, adolescentes de las etapas media y tardía (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009a). Los menores seleccionados para el estudio son alumnos que están cursando entre 1ero y 4to. año de la Enseñanza Media en cuatro establecimientos educacionales de la comuna de Puente Alto, cuyos índices de vulnerabilidad escolar superan el 80%, según los criterios descritos por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB, 2005; JUNAEB, 2010).

Se trabajó con tres establecimientos educacionales de dependencia particular subvencionado, el Colegio Hernán Aguirre Mackay, que presenta un índice de vulnerabilidad de 86,7%, el Colegio Polivalente Raulí, evaluado con un índice de 81,9%, y el Colegio San Alfonso, que presenta un índice de 81,3%. Se incorporó un cuarto establecimiento, el Centro Educacional Liceo Chiloé, siendo el único de dependencia municipal y presentando, además, el indicador más alto de vulnerabilidad escolar de la comuna y uno de los más altos del país, con un 96,4%.

Para poder participar en el estudio los menores debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

1. Tener entre 14 y 19 años al momento de efectuarse la evaluación.
2. Estar cursando la Enseñanza Media en el colegio seleccionado.
3. Haber consentido informadamente la participación en la investigación.
4. Haber sido autorizado por los padres o cuidadores para participar en el estudio, lo que pudo ser corroborado mediante la firma del apoderado en el Formulario de Consentimiento Informado entregado al alumno.
5. Haber contestado las evaluaciones en su totalidad.

Cabe señalar, que en el caso de los alumnos mayores de 18 años, dada su mayoría de edad, éstos fueron incorporados al estudio si ellos consintieron en ello, sin requerir la autorización firmada del apoderado.

6.3. Técnicas de recolección de datos

Con el fin de explorar las variables consideradas en el estudio, se administró, en primer término, un Cuestionario de Antecedentes Personales, para luego utilizar una batería de instrumentos: la Escala de Resiliencia SV-RES, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el Cuestionario de Salud de Goldberg y los Cuestionarios APGAR familiar y de las amistades de Smilkstein.

6.3.1. Cuestionario de Antecedentes Personales

El propósito por el cual se elaboró este instrumento, fue para obtener información referente a datos sociodemográficos del adolescente y su grupo familiar (Ver Anexo I). Es así, como se indaga en antecedentes personales como edad, curso y colegio, además, de explorar su historial escolar y médico. Por otro lado, se realiza una pesquisa sobre antecedentes familiares, como nivel de escolaridad de los padres o cuidadores y la relación que mantiene el encuestado con ellos, además, de averiguar la presencia de cesantía y consumo de alcohol y/o drogas al interior del grupo familiar.

6.3.2. Escala de Resiliencia SV-RES.

Este instrumento fue elaborado en nuestro país por dos académicos de la Universidad Católica del Maule en el año 2008, el Dr. Eugenio Saavedra y el Dr. Marco Villalta, cuyo objetivo principal fue crear una escala que permitiera evaluar el nivel de resiliencia en población nacional y que, además, contara con la propiedad de discriminar entre áreas fortalecidas del individuo de áreas mayormente debilitadas (Saavedra & Villalta, 2008).

El trasfondo teórico de la escala se encuentra en la convergencia de la perspectiva de Edith Grotberg y los propios planteamientos del Dr. Saavedra respecto al concepto de resiliencia, visiones que los autores de la escala consideran, además, complementarias (Saavedra & Villalta, 2008). Por un lado, Grotberg señala que los individuos construyen la realidad a través del lenguaje, de manera de contar con tres fuentes que le permiten asumir un comportamiento saludable, y que reflejan el modo como el sujeto interpreta el

mundo que le rodea, esto es, haciendo mención a la percepción que tiene sobre el apoyo que recibe (yo tengo...), refiriendo las condiciones y fortalezas personales y psicológicas de sí mismo (yo soy... yo estoy...), o bien, haciendo referencia a la capacidad para resolver conflictos y relacionarse con los demás (yo puedo...) (Grotberg, 1996; Saavedra & Villalta, 2008). Por su parte, Saavedra (2005), crea un modelo teórico que explica el comportamiento adaptativo y resiliente de los individuos, resolviendo la presencia de factores estructurales como las condiciones básicas presentes y una visión positiva de sí mismo, lo que ayudaría al individuo a adoptar una visión abordable del problema a enfrentar, que lo llevaría, finalmente, a actuar de manera resiliente. Estos planteamientos teóricos son resumidos por los autores en una matriz de doble entrada que da origen a doce dimensiones o factores a evaluar: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje, Generatividad. (Ver Anexos II y III)

La Escala de Resiliencia SV-RES es un instrumento tipo cuestionario, construido a modo de escala *likert* que otorga cinco opciones de respuesta y que consiste en 60 ítems agrupados en los 12 factores anteriormente descritos, de manera que cada factor es evaluado mediante cinco ítems (Ver Anexo IV). La transformación a percentil de las puntuaciones obtenidas facilita la interpretación de la escala de manera que entre 0 y 25 puntos, se considera un nivel de resiliencia bajo, entre 26 y 74, el nivel de resiliencia es promedio, mientras que una puntuación entre 75 y 99 es interpretada como un nivel de resiliencia alto.

Por último, cabe destacar la validación que realizan los autores del instrumento en población entre 15 y 65 años en nuestro país, trabajo en el que reportan un coeficiente de Pearson de 0.76 y un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.96 (Saavedra & Villalta, 2008)

6.3.3. Escala de Autoestima de Coopersmith

Desarrollado originalmente por Coopermith en 1959, ha sido un instrumento ampliamente utilizado en investigación. En Chile, Brinkmann, Segure y Solar (1989)

realizaron su validación y estandarización en población adolescente para la cual elaboraron normas en puntajes T, efectuando, además, el análisis de confiabilidad y validez, en los cuales detectaron valores entre 0.81 y 0.93 en las distintas escalas, estimaciones similares a las encontradas en la escala original (Brinkmann et al. 1989)

Este instrumento es un inventario de auto-reporte que evalúa la autoestima en cuatro dimensiones del sujeto: en relación a los padres o a la familia (Escala H), a nivel social o de pares (Escala S), a nivel escolar o académico (Escala E) y de manera personal en relación a sí mismo (Escala G), permitiendo, además, realizar una evaluación integrativa de los demás aspectos evaluados a través de una Escala Total que se forma partir del promedio de las demás. Como complemento a las escalas que evalúan las dimensiones señaladas, este instrumento incorpora una escala de mentira (Escala M) que permite evaluar el grado de confiabilidad de las respuestas del individuo (Montt & Ulloa, 1996).

La Escala de Autoestima de Coopersmith está compuesta por 58 afirmaciones que deben ser resueltas en base a la identificación el sujeto con lo sugerido, de manera que si asume como algo que le ocurre (Igual que yo) o bien no lo percibe como propio (Distinto de mí), otorgándose dos puntos a cada respuesta que se ajuste a la escala medida, según refiere la pauta de corrección y las normas elaboradas por Brinkmann y su equipo (1989) en base a puntuaciones T ($\bar{X}=50$; $DS=50$) (Ver Anexo V).

6.3.4. Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12).

Este instrumento fue elaborado por David Goldberg con el objetivo de detectar psicopatología de manera rápida y sensible, discriminando sintomatología asociada a enfermedad mental general, de aquella proveniente de un cuadro psicótico, o bien, de un deterioro orgánico-cerebral (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003; Trucco, Campusano & Larraín, 1979). Es uno de los cuestionarios más utilizados a nivel mundial y en nuestro país tanto en investigación, como en trabajo clínico y en estudios longitudinales, pues se ha constatado que, además, evalúa cambios en el estado clínico del los sujetos (Trucco et al, 1979).

En su versión original el cuestionario fue diseñado en base a 60 ítems, desarrollándose posteriormente nuevas versiones de 30, 28 y 12 preguntas, de las cuales se han validado en nuestro país las versiones de 30 y 12 ítems (Humphreys, Ibáñez, Fullerton, Acuña, Florenzano & Marchandón, 1991; Trucco et al., 1979). Respecto a la versión abreviada de 12 preguntas, Araya, Wynn y Lewis (1992) comprueban tanta efectividad en este cuestionario como la observada en los cuestionarios más extensos en su uso en atención primaria de salud, describiendo una sensibilidad del 78% y un valor predictivo del 55%. Del mismo modo, Garmendia (2007), desarrolla un estudio factorial en el que concluye propiedades psicométricas adecuadas en la exploración de cuadro psiquiátricos menores, estimando un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.90.

La mayor parte de los estudios realizados en Chile focalizan sus objetivos en la evaluación de la salud mental en población de estudiantes (Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé & Zamora, 2009), o bien, en usuarios de atención primaria de salud (Fullerton, Florenzano & Acuña, 2000; Fullerton et al., 2003). Sin embargo, no existen investigaciones respecto a la validez de este cuestionario en población adolescente chilena, sólo se han incluido a sujetos a partir de los 15 años en una muestra de población hospitalaria general en evaluación mediante el GHQ-12 (Fullerton et al., 2000; Fullerton et al., 2003).

La evaluación que realiza el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12) se sustenta en la percepción del mismo individuo sobre su bienestar general y el reporte que hace de algunos de sus estados emocionales (Baeriswyl, 2007). Este reporte se hace mediante la respuesta de las proposiciones representadas en una escala *likert* de cuatro alternativas (Ver Anexo VI). Según afirma Baeriswyl (2007), la puntuación se asigna otorgando cero punto a las primeras dos opciones y concediendo un punto por las últimas dos, lo que arroja una puntuación total de 12 puntos. Se categoriza la puntuación del siguiente modo: entre 0 y 4 puntos obtenidos, se asume ausencia de psicopatología; entre 5 y 6 puntos, se considera un psicopatología subumbral, mientras que entre 7 y 12 puntos, se establece que hay indicadores de presencia de psicopatología (Baeriswyl, 2007; Fullerton et al., 2003). Respecto a lo anterior, cabe mencionar el estudio de Lewis y Araya (1995), quienes sugieren utilizar criterios de corte más altos debido a la prevalencia

sobreestimada de los trastornos psiquiátricos en poblaciones latinoamericanas y, particularmente, en la chilena (Fullerton et al., 2003).

6.3.5. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.

Es un instrumento elaborado originalmente en 1978 por G. Smilkstein, que explora la dinámica familiar percibida por uno de sus miembros, en relación al grado de satisfacción con su vida familiar (Baeriswyl, 2007; Jara, Maddaleno, Florenzano & Salazar, 1989; Smilkstein, 1978). En Chile ha sido traducido y validado, resultando ser un cuestionario útil y seguro en su utilización con adolescentes (Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano & Salazar, 1987), siendo empleado, además, en numerosas investigaciones en nuestro país en los que ha demostrado resultados satisfactorios (Baeriswyl, 2007; Jara et al, 1989; Wolnitzky et al., 1989). Se considera como desventaja su brevedad, por lo que sólo puede considerarse como un instrumento de tamizaje de la dinámica familiar, habiendo demostrado en estudios chilenos una especificidad de un 84% y una sensibilidad de un 89% en la presencia de un problema de salud mental dentro de la familia (Baeriswyl, 2007; Jara et al, 1989), mientras el mismo autor reporta un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.80 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982)

Según Baeriswyl (2007), Smilkstein crea este cuestionario concibiendo familia como un grupo psicosocial constituido por miembros que mantienen un compromiso de apoyo mutuo. Siguiendo este postulado, en una familia es posible identificar un funcionamiento sano a través de cinco criterios, los que en su conjunto componen la sigla APGAR en el idioma inglés (Maddaleno et al., 1987; Forero, Avendaño, Duarte & Campo-Arias 2006). Estos criterios son: Adaptabilidad (Adaptability), descrita como la capacidad para usar recursos familiares y comunitarios para ser utilizados en el enfrentamiento y resolución de situaciones estresantes y/o de crisis; Participación o Cooperación (Partnership), es decir, la capacidad para compartir los problemas y buscar medios de resolución de estos, mediante la comunicación y participación de los miembros de la familia; Gradiente de Crecimiento o Desarrollo (Growth), entendida como la capacidad del grupo familiar para atravesar cada una de las etapas del ciclo vital, logrando la madurez necesaria que permita la individualización y separación de sus miembros; Afecto o Afectividad

(Affection), es decir, la capacidad para experimentar cariño, atención y preocupación entre los miembros de la familia, facilitando la expresión de emociones como miedo, afecto, amor, pena y rabia; Resolución o Capacidad Resolutiva (Resolve), entendido como la capacidad para comprometerse con el grupo familiar compartiendo tiempo y dedicando recursos personales en ello (Forero et al., 2006; Jara et al., 1989; Maddaleno et al., 1987; Smilkstein, 1978; Smilkstein, 1980)

El cuestionario APGAR familiar esta conformado por cinco ítems que reúnen los criterios formulados por Smilkstein. La puntuación que se obtiene oscila entre los 0 y los 10 puntos, que derivan de tres alternativas de respuesta por ítem: la opción “casi nunca”, que entrega 0 punto, la opción “a veces” que cede un punto y la alternativa “casi siempre” que concede 2 puntos (Ver Anexo VI). Finalmente, las categorías de puntuación total señalan que obtener entre 7 y 10 puntos da cuenta de una familia funcional; entre 4 y 6 puntos, la familia es calificada de disfuncional y; entre 0 y 3 puntos se percibe una disfuncionalidad importante a nivel familiar (Jara et al, 1989; Wolnitzky et al., 1989; Baeriswyl, 2007).

6.3.6. Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein.

En base a la elaboración del Cuestionario APGAR familiar, Smilkstein y su equipo desarrollan un nuevo instrumento orientado a evaluar la satisfacción del individuo respecto al apoyo social entregado por sus amistades. Esta nueva herramienta fue pensada como un elemento complementario a la evaluación familiar, observándose una alta correlación entre ambos instrumentos lo que otorga validez al Cuestionario APGAR de las amistades (Smilkstein et al., 1982).

Su estructura básica sigue los mismos criterios sobre los cuales se construye el Cuestionario APGAR familiar, es decir, se miden la adaptabilidad, la participación o cooperación, la gradiente de crecimiento o desarrollo, la afectividad y la capacidad de resolución, aunque esta vez, estos criterios se aplican al entorno social del sujeto (Smilkstein, 1980; Smilkstein, 1982).

En Chile se han realizado investigaciones en que se utiliza este instrumento, siempre en conjunto con el Cuestionario APGAR familiar (Vargas et al, 1988; Wolnitzky et al., 1989) e incluso haciendo uso, además, de un tercer instrumento análogo llamado APGAR laboral, también desarrollado por el mismo autor (Páez, Larrea, Vega, Saavedra, Rojas, & Hurtado, 1989; Smilkstein et al., 1982). Entre estos trabajos destaca una medición efectuada en población de adolescentes estudiantes de enseñanza media de un liceo municipal de Santiago, población objetivo con características similares a las que está orientado el presente estudio (Wolnitzky et al., 1989).

El Cuestionario APGAR de las amistades mantiene el formato de su versión familiar, es decir, está conformado por cinco ítems que pueden ser resueltos en tres opciones de respuesta puntuadas entre 0 y 2 puntos (“Casi nunca” (0 punto), “A veces” (1 punto) y “Casi siempre” (2 puntos)) (Ver Anexo VII). Asimismo, se mantienen las categorías de puntuación descritas para el primer instrumento, describiendo esta vez, la satisfacción o percepción del apoyo social recibido (Páez et al, 1989; Vargas et al, 1988; Wolnitzky et al. 1989)

6.4. Análisis

La información que se obtuvo de la administración de los instrumentos de medición fue transformada a valores siguiendo las instrucciones que cada cuestionario contiene. Estos valores y datos fueron codificados y analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva e inferencial. Se organizaron las puntuaciones en distribuciones de frecuencias para calcular las medidas de tendencia central y se evaluó, además, la dispersión de la variable. Finalizado este proceso, y en base a un nivel de confianza de 95%, se realizaron análisis estadísticos paramétricos, tales como Coeficiente de Correlación de Pearson, Prueba *t* de Student (para muestras independientes) y Análisis de Varianza (ANOVA)³.

³ Se efectuaron Análisis de Varianza (ANOVA) simple y factorial, sin embargo, ésta última no será reportada por no aportar con resultados estadísticamente significativos.

En relación a las variables que fueron evaluadas en la presente investigación, éstas se definen conceptual y operacionalmente a continuación:

6.4.1. Resiliencia

Definición Conceptual.- Capacidad de una persona para hacer frente y sobreponerse ante situaciones biográficas difíciles, manteniendo un comportamiento positivo y, logrando con ello, un desarrollo sano y un nivel de vida apropiado (Kotliarenco, Cáceres & Álvarez, 1996; Saavedra, 2005; Vanistendael, 1995).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la resiliencia se define operacionalmente por el puntaje obtenido mediante la Escala de Resiliencia SV-RES.

6.4.2. Autoestima Personal

Definición Conceptual.- Sentimientos y actitudes que el sujeto tiene sobre sus propios atributos, rasgos y características de personalidad. Refiere a la valoración, sea ésta positiva o negativa, sobre sí mismo (Brinkmann et al, 1989).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la autoestima personal se define operacionalmente por el puntaje obtenido mediante la Escala G de la Escala de Autoestima de Coopersmith.

6.4.3. Autoestima Familiar

Definición Conceptual.- Imagen que los padres tienen del individuo según la percepción de él mismo y de los sentimientos que esto le genera (Brinkmann et al, 1989).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la autoestima familiar se define operacionalmente por el puntaje obtenido mediante la Escala H de la Escala de Autoestima de Coopersmith.

6.4.4. Autoestima Escolar

Definición Conceptual.- Valoración y evaluación que hace el individuo del propio desempeño y rendimiento escolar (Brinkmann et al, 1989).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la autoestima escolar se define operacionalmente por el puntaje obtenido mediante la Escala E de la Escala de Autoestima de Coopersmith.

6.4.5. Autoestima Social

Definición Conceptual.- Evaluación que hace el sujeto sobre el propio desempeño social y el grado de aceptación que percibe de parte del grupo (Brinkmann et al, 1989).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la autoestima social se define operacionalmente por el puntaje obtenido mediante la Escala S de la Escala de Autoestima de Coopersmith.

6.4.6. Salud Mental

Definición Conceptual.- Estado de bienestar psicológico y emocional en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, mostrándose capaz de afrontar las dificultades que se le presentan en la vida, de manera de poder trabajar y contribuir adecuadamente a su familia y comunidad (Baeriswyl, 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009b)

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, es la medida que se obtiene a partir de la puntuación total observada a través del Cuestionario de Salud de Goldberg en su versión de 12 preguntas (GHQ-12).

6.4.7. Percepción de Funcionamiento Familiar

Definición Conceptual.- Valoración o grado de satisfacción que el individuo atribuye al modo en que interactúan los miembros de una familia, es decir, la dinámica que se genera entre ellos. La funcionalidad de una familia puede ser considerada, también, como la capacidad del grupo familiar para hacerse cargo de las labores y funciones que debe desempeñar como grupo, teniendo en consideración el ciclo vital en que se encuentra y las expectativas que le son exigidas desde el entorno (Caballero & Fernández, 2006 en Baeriswyl, 2007)

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, la percepción del funcionamiento familiar se define por la puntuación obtenida a través del APGAR Familiar de Smilkstein.

6.4.8. Apoyo Social Percibido

Definición Conceptual.- Valoración o grado de satisfacción que el individuo otorga a las personas de su entorno unidos a él por amistad, en relación a la demostración de afecto, preocupación y cuidado (Vargas et al., 1988; Wolnitzky et al., 1989)

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, el apoyo social percibido se define operacionalmente por la puntuación obtenida a través del Cuestionario APGAR de amistades de Smilkstein.

6.5. Procedimiento

Luego de obtener la autorización de parte de la dirección de cada establecimiento educacional, se inició la implementación del estudio, cuyo procedimiento se efectuó de manera similar en los cuatro centros educacionales.

Se comprometieron tres visitas a los alumnos de los cursos establecidos, es decir, de primero a cuarto año de la Enseñanza Media, exceptuando al Colegio San Alfonso, en el que sólo se permitió el trabajo con alumnos de primero a tercer año medio⁴. En una primera jornada se presentó la investigadora responsable explicando los objetivos y el procedimiento del estudio a los alumnos. En dicha oportunidad, además, se hizo entrega de un Formulario de Consentimiento Informado dirigido al alumno y una carta dirigida a los padres (Ver Anexos IX y X, respectivamente). Se solicitó a los adolescentes quienes estuvieron interesados en participar en la investigación, leer, completar con sus datos y firmar juntos a sus padres los documentos entregados a fin de confirmar su participación. En el caso de alumnos mayores de 18 años se solicitó sólo la propia firma en el formulario de consentimiento informado, aunque aún así se informó al apoderado.

Se inició una segunda jornada confirmando a los alumnos participantes de la investigación, para luego distribuir entre ellos, el Cuestionario de Antecedentes Personales que fue completado antes de comenzar las evaluaciones. Finalizado este proceso, se entregó a los adolescentes la Escala de Resiliencia SV-RES, se dieron las instrucciones verbalmente, dando cabida a las consultas necesarias para luego esperar

⁴ Como se explicará más adelante, la imposibilidad de incorporar a la muestra a los alumnos de cuarto año medio de este establecimiento, podría ser uno de los factores que inciden en una concentración importante de jóvenes en el grupo de edad entre 14 y 16 años. Sin embargo, se hace necesario señalar que el descenso del alumnado en el grupo etario tardío fue observado como una constante en los establecimientos educacionales visitados.

que la totalidad de los participantes finalizaran su llenado. Sólo en el momento en que la totalidad de los alumnos entregaron el instrumento señalado, se les hizo entrega del Cuestionario de Salud de Goldberg, para nuevamente dar las instrucciones de manera verbal. Del mismo modo, en la tercera y última jornada, se siguió el mismo procedimiento para la administración del Inventario de Autoestima de Coopersmith y las escalas de APGAR familiar y de amistades de Smilkstein, es decir se entregó el instrumento de medición, se dieron las instrucciones de manera verbal y, sólo cuando todos los alumnos contestaron y entregaron el material descrito, se les entregó una nueva escala⁵.

6.6. Aspectos Éticos

Debido a su condición de menores de edad de los participantes del estudio, se dispuso de un rígido procedimiento cuyo objetivo fue proteger la integridad de los adolescentes.

En primer término, al momento de presentar el estudio, se hizo entrega de un Formulario de Consentimiento Informado dirigido a los adolescentes, en el que se explicaron los objetivos y la justificación del estudio, su procedimiento y las condiciones de éste. Entre los aspectos que incluía este documento, destacó la garantía de confidencialidad de los datos solicitados a los menores y el uso exclusivo de ellos con fines de la investigación. Asimismo, se planteó la opción voluntaria de participar y la opción de retiro si el menor así lo prefería.

No obstante lo anterior, se hizo hincapié en la posibilidad detectar indicadores de psicopatología a través de uno de los instrumentos (Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12), por lo cual se dispuso que en el caso de que ello ocurriese, la investigadora informaría a los padres y al menor la derivación de dichos casos para ser atendidos por la psicóloga del colegio.

⁵ El orden en la entrega de los instrumentos de medición, responde solamente a una condición práctica, que no guarda relación con los propósitos del estudio.

Este documento fue leído por la investigadora ante el grupo y se explicó verbalmente cada uno de los puntos señalados, de manera de resolver cualquier duda que pudiese surgir de él y poder, del mismo modo, captar la atención y concentración de los alumnos. El propósito de esta acción fue obtener la autorización escrita e informada de los adolescentes quienes quisieron formar parte de la investigación, para lo cual se solicitó el nombre, el RUT y la firma de los jóvenes.

En este mismo formulario, se incorporó, además, un espacio en que se solicitaba la firma del apoderado, pues se anexó al Formulario de Consentimiento Informado, una carta a ellos dirigida que comunicaba sobre el estudio. Se explicó a los alumnos que era condición fundamental para su participación, contar con la autorización de los padres o apoderados, de manera que si el apoderado mostraba conformidad con la participación del menor, debería autorizar por escrito en dicho formulario, de lo contrario, se daría por entendida su renuncia. Fue condición excluyente la autorización de un adulto responsable. En el caso de los alumnos mayores de 18 años, los padres y apoderados fueron igualmente informados, pese a que sólo fue requerida la firma personal del adolescente para considerar su participación en el estudio.

VII. RESULTADOS

7.1. Caracterización de los adolescentes

En primer término, se realizó un análisis descriptivo de la muestra, en base a la información individual que los adolescentes reportaron a través del Cuestionario de Antecedentes Personales, que se administró al iniciar el estudio.

7.1.1. Antecedentes personales

El grupo de participantes que constituye la muestra estuvo compuesto mayoritariamente por adolescentes mujeres, quienes representaron un 66,4% de la muestra general. Se observa, asimismo, una mayor presencia de jóvenes del sexo femenino en el grupo de adolescencia media, es decir, entre los 14 y 16 años, en un 69,9% del total de este rango de edad.

Por otro lado, el grupo de edad de la adolescencia media concentró el 70,3% de los estudiantes, el que estaba conformado principalmente por alumnos de primero y segundo año medio, con un 62,1% del total de la muestra.

Tabla 1

Distribución de los adolescentes por curso, grupo etario y sexo.

Curso	Grupos de edad				Total
	14 a 16 años		17 a 19 años		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Primero Medio	31	55	1	2	89 (38,4%)
Segundo Medio	16	42	7	9	74 (31,9%)
Tercero Medio	2	17	12	25	56 (24,1%)
Cuarto Medio	0	0	9	4	13 (5,6%)
Total	49 (21,1%)	114 (49,1%)	29 (12,5%)	40 (17,2%)	232 (100%)

En el ámbito escolar, se reconoce un promedio de notas entre 5.0 y 6.0 en el 58,2% de los adolescentes, en cambio, un 29,3% reporta un promedio entre la nota 4.0 y 5.0. Entre quienes voluntariamente entregan su nota promedio exacta, esto es el 65,5% del total de los encuestados, se estima una media de 5,3 como la calificación promedio de este grupo. Como dato complementario, cabe señalar que el 38,8% de los jóvenes, refiere haber repetido de curso al menos una vez en su historia escolar.

En cuanto a su historial médico, el 63,8% de los adolescentes no reporta antecedentes relativos, en cambio, el 20,3% hace mención a enfermedades físicas, mientras el 13,4% refiere estar afectado por un trastorno psicológico. Resulta interesante destacar que este último grupo lo conforman 31 adolescentes, 29 de los cuales, pertenecen al sexo femenino.

7.1.2. Antecedentes familiares

El entorno familiar de los adolescentes se caracteriza, principalmente, por estar conformado por grupos familiares de cinco personas en promedio, siendo mayormente frecuentes las familias constituidas por ambos padres y uno o más hermanos, lo que ocurre en el 37,9% de los casos. El segundo grupo mayoritario lo conforman las familias que, en esta misma estructura, incorporan a otros miembros como abuelos, tíos o sobrinos, lo que acontece en el 16,8%, observándose, también, casos frecuentes de adolescentes que viven solamente con su madre y sus hermanos, representados éstos, por un 12,5%.

En el reporte sobre el nivel educacional de los padres o cuidadores, los adolescentes señalan que, en el caso de la figura paterna, un 33,2% cuenta, al menos, con la enseñanza básica completa, egresando de la enseñanza media sólo un 20,7% de ellos. En cambio, respecto al nivel educacional de las madres o cuidadoras, se infiere que un 40,1% de ellas posee estudios básicos completos, mientras el 17,2% obtiene la licencia de enseñanza media. De la información entregada por los jóvenes, se desprende, además, que solamente un 9,1% de los padres y el 7,8% de las madres cuenta con estudios superiores.

En relación a la presencia de cesantía en el grupo familiar, los adolescentes reconocen dicha situación en el 25,4% de los casos, para al menos uno de los padres, especificando que el 84,1% de los padres y el 50% de las madres cuentan con trabajo en la actualidad.

Al indagar en la relación que los jóvenes mantienen con sus padres, se observa que el 58,7% dice tener una buena o muy buena relación con su figura paterna, mientras que un 80,2% tiene la misma apreciación respecto a su madre, siendo ella misma la figura cercana más comúnmente referida con un 43,1%, seguida de los amigos (15,5%) y los hermanos, con un 13,8% de las menciones.

Por último, se aprecia un 23,7% de los adolescentes que reconoce consumo de alcohol y/o drogas al interior de su grupo familiar.

7.2. Características de los adolescentes respecto a las variables exploradas

Se describen, a continuación, los resultados del comportamiento de los adolescentes participantes en cada uno de los instrumentos de medición. Más adelante, se exponen los datos extraídos a partir de los análisis comparativos realizados para cada variable en relación al sexo, el fracaso escolar, el estado de salud general, así como la cesantía y el consumo de sustancias.

7.2.1. Resiliencia

Al analizar el comportamiento del grupo ante la Escala de Resiliencia SV-RES, se pudo observar una media de 246,63 ($DS = 30,310$), la que al ser transformada a percentil, adquiere un valor de 38,8, puntaje que posiciona al grupo dentro de un grado de resiliencia promedio. Al diferenciar por sexo, se obtienen puntuaciones dentro del rango señalado para ambos grupos, de manera tal que los hombres se ubican en una media de 248,69 ($DS = 31,074$), mientras las mujeres se sitúan más bajo en una media de 245,58 ($DS = 29,964$) (Ver Anexo XI).

Siguiendo la interpretación que entrega el instrumento respecto a la escala de percentiles, el 47,8% de los participantes muestra un grado de resiliencia promedio, mientras el 34,9% presenta un nivel bajo, restando sólo un 17,4% de jóvenes que alcanza un alto nivel de resiliencia. La Figura 1 muestra el mismo razonamiento según el sexo, en el que un 51,3% de los adolescentes varones y un 46,1% de las mujeres, consiguen puntuaciones dentro de un nivel medio, en tanto, el 30,8% de los hombres y el 37% de las mujeres obtiene puntuaciones que los catalogan con un grado de resiliencia bajo.

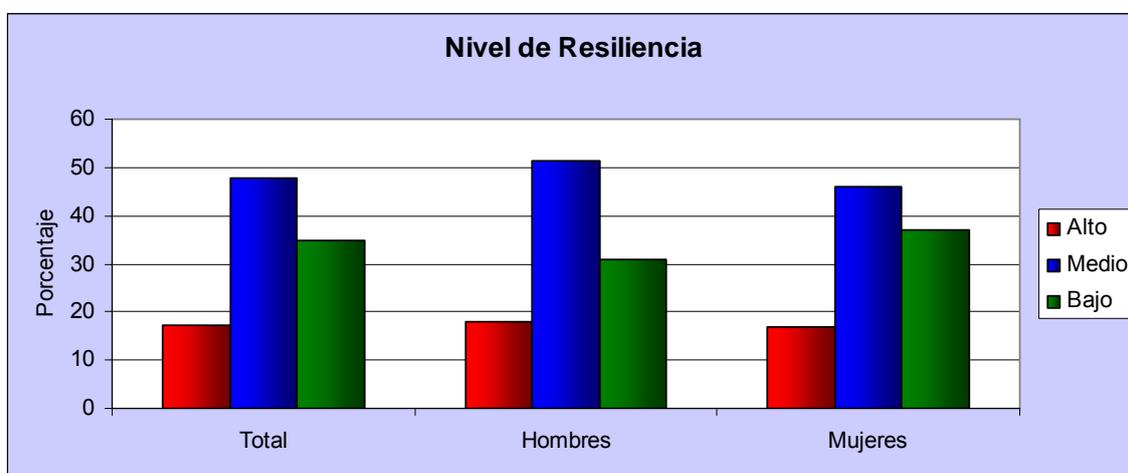


Figura 1. Nivel de resiliencia del grupo total y según el sexo (Percentiles).

En el estudio detallado de los factores que configuran el concepto de resiliencia, se observan las medias para cada una de las doce dimensiones, pudiéndose concluir posicionamientos promedios para todas ellas. Pese a ello, es posible reconocer puntuaciones medias más altas en el grupo de los hombres en la gran mayoría de las dimensiones, siendo la excepción los factores Satisfacción (F3) y Modelos (F7) (Ver Anexo XI).

La Figura 2 grafica la distribución del grupo en los factores a partir de la transformación de los puntajes a percentiles, mostrando a la mayoría de los jóvenes situado en los niveles medios, en los que factores como Autonomía (F2), Satisfacción

(F3), Vínculos (F5), Modelos (F7) y Metas (F8), sobrepasan incluso el 50% de los casos en el mencionado nivel.

En la misma gráfica es posible observar cinco factores en los que más de un 30% de los adolescentes alcanza niveles bajos de resiliencia. Estos son: Identidad (F1), Pragmatismo (F4) y Metas (F8), en los que se reúne un 33,2% de los jóvenes, en tanto, Vínculos (F5) concentra a un 32,8% y Autoeficacia (F10) agrupa a un 35,3% en este nivel. El caso contrario se produce en tres factores que agrupan a quienes alcanzan niveles altos de resiliencia, lo que ocurre en el factor Redes (F6) con un 32,3% y los factores Modelos (F7) y Generatividad (F12), ambos con un 31% de los casos.

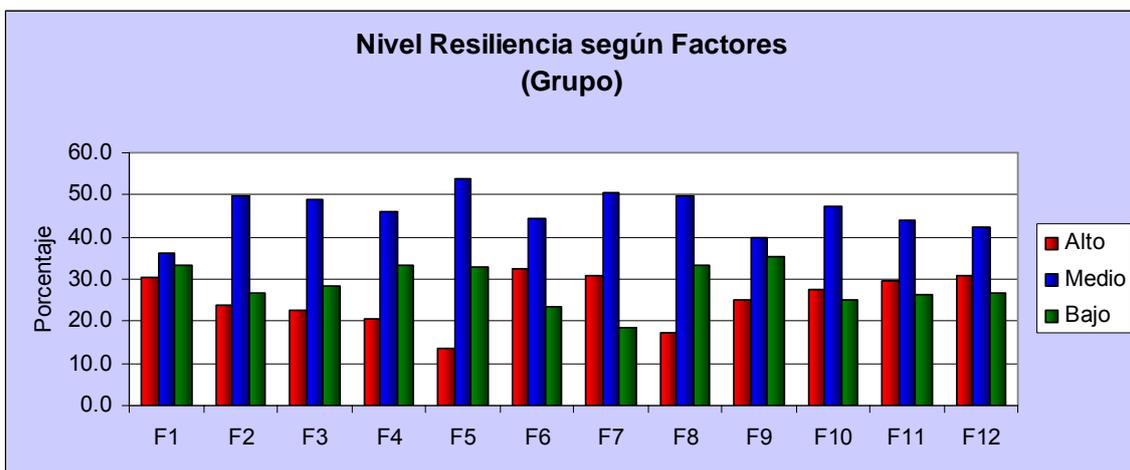


Figura 2. Nivel de resiliencia del grupo total y según el sexo, según factores (Percentiles)

Se realiza un examen de estos mismos factores diferenciados por sexo, encontrándose, en el caso de los adolescentes varones, una tendencia marcada al nivel medio, de manera que, en casi la totalidad de los factores evaluados, los jóvenes obtienen mayoritariamente puntuaciones en el mencionado nivel de resiliencia. Como muestra la Figura 3, destacan entre ellos, tres factores en los que más del 50% de los jóvenes consigue una puntuación dentro de la categoría señalada, siendo éstos Autonomía (F2) con un 52,6%, Modelos (F7) con un 53,8% y Vínculos (F5) que reúne a un 55,1% de los adolescentes.

Se distingue el factor Identidad (F1) por ser el único en el cual la mayoría de los varones (42,3%) se sitúa en un nivel alto de resiliencia, mientras se observa el mismo nivel en los factores Redes (F6) Autoeficacia (F10), Aprendizaje (F11) y Generatividad (F12), aunque en éstos la proporción supera levemente el 30%.

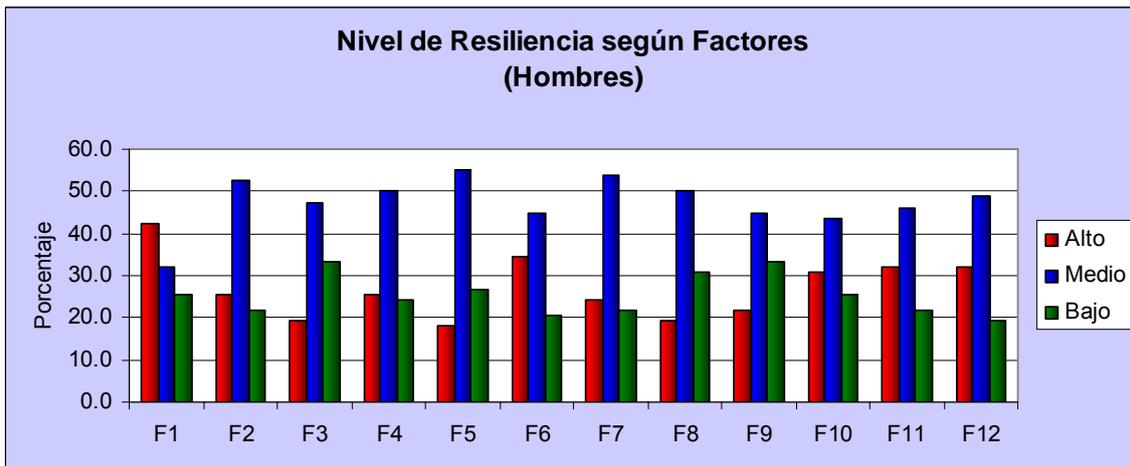


Figura 3. Nivel de resiliencia según factores para el grupo de hombres (Percentiles)

La Figura 4 grafica el mismo ejercicio, esta vez, realizado en el sexo femenino, mostrando como ellas reciben mayoritariamente puntuaciones medias con porcentajes que exceden el 45% en los factores Autonomía (F2), Modelos (F7), Metas (F8) y Autoeficacia (F10), en tanto, los factores Satisfacción (F3) y Vínculos (F5) superan el 50% de las niñas reunidas en el rango medio.

Por otro lado, los factores que reúnen a más del 30% de las adolescentes mujeres con niveles altos de resiliencia son Generatividad (F12) con un 30,5%, Redes (F6) con un 31,2% y Modelos (F7), en el cual el 34,4% de las niñas se agrupa en esta categoría. Por el contrario, se distinguen seis factores que superan el 30% de mujeres, cuyas puntuaciones corresponden a un nivel de resiliencia bajo, estos son Identidad (F1), Pragmatismo (F4), Vínculos (F5), Metas (F8), Afectividad (F9) y Generatividad (F12).

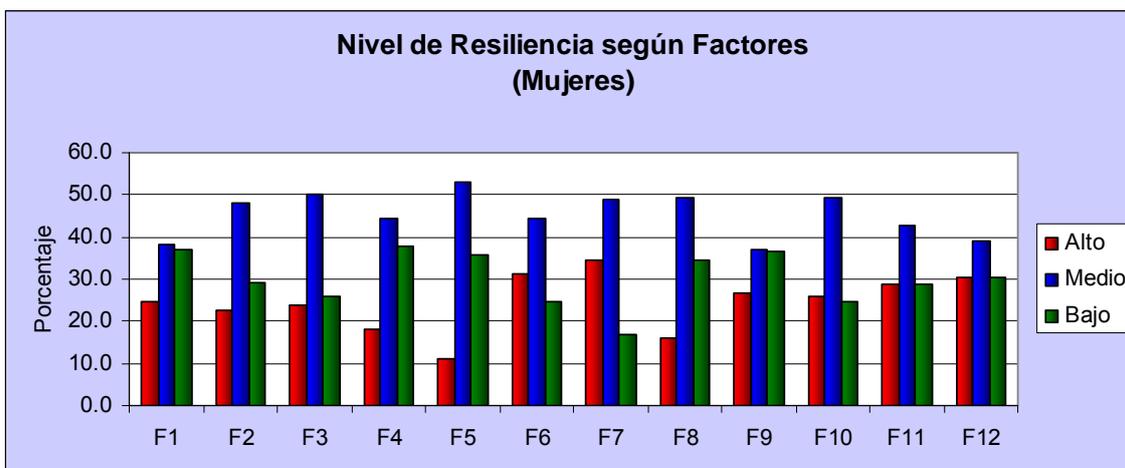


Figura 4. Nivel de resiliencia según factores para el grupo de mujeres (Percentiles)

Se realizaron pruebas *t* de Student para comparar las medias, tanto en la escala total como en los factores, en relación al reporte de algunas variables personales y familiares.

Al realizar este análisis en relación al sexo de los participantes, se encontró sólo una diferencia en el factor Identidad (F1) ($t(230) = 2,406; p < 0,05$), de manera que los adolescentes varones alcanzan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en dicha dimensión (Ver Anexo XII). Del mismo modo, se aprecia como el fracaso escolar, visto a través de la variable repitencia, afecta el grado de resiliencia en el factor Generatividad (F12), pues quienes reconocen haber repetido uno o más cursos, tienden a obtener puntajes más bajos en este factor ($t(230) = -2,124; p < 0,05$) (Ver Anexo XIII).

Las variables que adquieren mayor peso sobre la capacidad de resiliencia de los adolescentes, no obstante, guardan relación con problemáticas psicosociales del grupo familiar como la cesantía y el consumo de alcohol y/o drogas. Es así, como se constata que los jóvenes que reportan una situación actual de cesantía en su familia, tienden a obtener puntuaciones más deficientes en los factores de Vínculos (F5) ($t(230) = -1,982; p < 0,05$) y Modelos (F7) ($t(230) = -2,266; p < 0,05$) respecto a aquellos adolescentes que no describen dicha condición (Ver Anexo XIV). Por otro lado, se aprecia una disminución significativa del nivel de resiliencia en los menores que reportan consumo de sustancias al

interior del grupo familiar, lo que se observa tanto en la escala general ($t(230) = -2,633$; $p < 0,01$), como en los factores Satisfacción (F3) ($t(230) = -2,278$; $p < 0,05$), Pragmatismo (F4) ($t(230) = -2,188$; $p < 0,05$), Vínculos (F5) ($t(230) = -2,769$; $p < 0,01$), Metas (F8) ($t(230) = -2,422$; $p < 0,05$), Autoeficacia (F10) ($t(230) = -2,380$; $p < 0,05$), Aprendizaje (F11) ($t(230) = -2,842$; $p < 0,01$) y Generatividad (F12) ($t(230) = -2,798$; $p < 0,01$) (Ver Anexo XV).

Resulta interesante mencionar la tendencia de los menores que reportan algún tipo de enfermedad, a presentar una baja puntuación en el factor Vínculos (F5) de la escala de resiliencia ($t(228) = -2,058$; $p < 0,05$), respecto al grupo que se describe como sano (Ver Anexo XVI).

7.2.2. Autoestima

El análisis de los resultados obtenidos a través del Cuestionario de autoestima de Coopersmith, requiere como condición previa descartar los casos cuyas puntuaciones no sean confiables, en base a los criterios que el instrumento establece y que pueden ser explorados a través de la escala de mentira del cuestionario. Esta escala, que evalúa la fiabilidad de los datos, determina que un 15,5% de los adolescentes que componen la muestra, es decir, 36 de ellos, no califican en sus reportes como fiables, por lo que se realiza el examen de los resultados a partir de la información entregada por los 196 jóvenes restantes.

De esta manera, a partir de una muestra de 196 adolescentes, se estima la media del grupo en un puntaje de 56,81 ($DS = 15,799$) en su escala total, lo que puede ser interpretado, al ser transformado en puntuaciones T, como la ubicación general del grupo en un nivel medio de autoestima. Asimismo, como se puede observar en la Tabla 6, las medias de las demás subescalas sugieren, del mismo modo, un posicionamiento del grupo en niveles medios.

Tabla 6

Puntuación media y desviación típica de las escalas del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.

	Puntajes brutos		Puntuaciones T	
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS
Escala Total	56,81	15,799	44,65	12,376
Escala Personal	31,50	9,832	45,06	11,970
Escala Social	10,42	2,866	51,46	8,557
Escala Escolar	8,05	3,671	50,74	12,584
Escala Familiar	6,84	4,015	44,72	9,837

Al transformar los puntajes brutos a puntuaciones T, para organizar los casos entorno a una categoría o nivel de autoestima, es posible ver en la escala total a un mayoritario 47,4% de los adolescentes presentando un nivel de autoestima promedio, mientras un 40,3% obtiene puntuaciones que lo ubican en un nivel bajo, evidenciando, finalmente, sólo un 12,2% de jóvenes con niveles altos de autoestima (N=24).

La Figura 6 muestra, así también, el comportamiento del grupo en las demás subescalas, haciendo posible observar una gran concentración de jóvenes con niveles de autoestima promedio que sobrepasa el 55% en cada una de las dimensiones evaluadas, destacando, un 67,3% de adolescentes quienes presentan una autoestima social dentro de la categoría mencionada. Respecto a los niveles bajos observados, se distinguen las escalas de autoestima personal y familiar, las cuales evidencian un respectivo 32,1% y un 34,7% de jóvenes que obtiene puntuaciones deficientes para dichas dimensiones. Por el contrario, es posible observar un nivel de autoestima social elevado en un 20,4% de los adolescentes, mientras, el 23,5%, lo consigue en relación a su autoestima escolar.

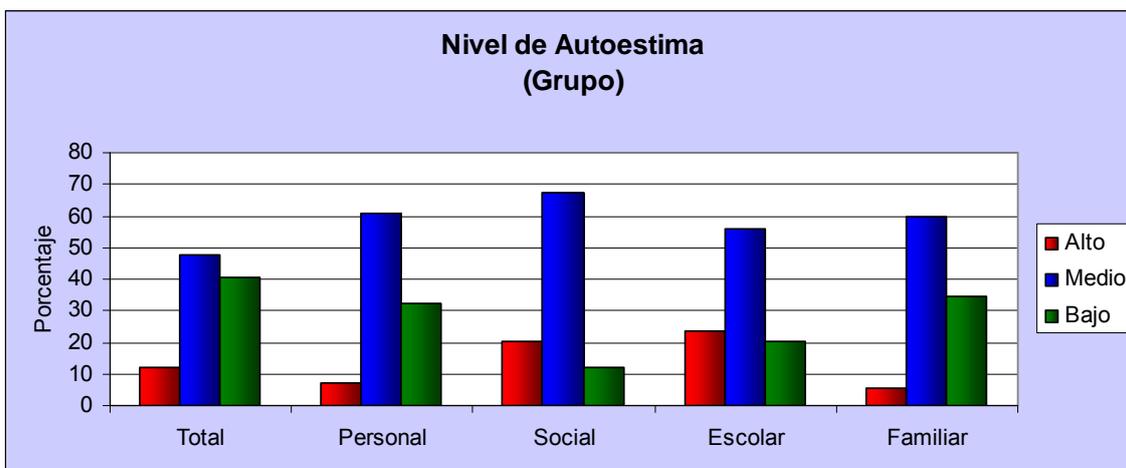


Figura 6. Nivel de autoestima general y subescalas para el grupo total.

Este mismo análisis se realiza en el subconjunto de los adolescentes hombres, en los que se aprecia, para cada una de las dimensiones exploradas y a modo general, una tendencia marcada a obtener puntuaciones que califican dentro de un nivel medio de autoestima. Entre ellos, se distingue un 67,7% de jóvenes que presentan una autoestima social en el nivel mencionado, mientras un 72,7% obtiene puntuaciones, para la misma categoría, en la escala personal.

Como se aprecia en la Figura 7, en la escala familiar, el 30,6% de los varones presenta un grado de autoestima baja, lo que ocurre, de igual forma, con un 21% de jóvenes en la escala personal y un 27,4% en la escala total. Por otro lado, el 24,2% de los adolescentes dan cuenta de altos grados de autoestima en su plano social, coincidiendo con un 27,4% que también presenta niveles elevados en el ámbito escolar.

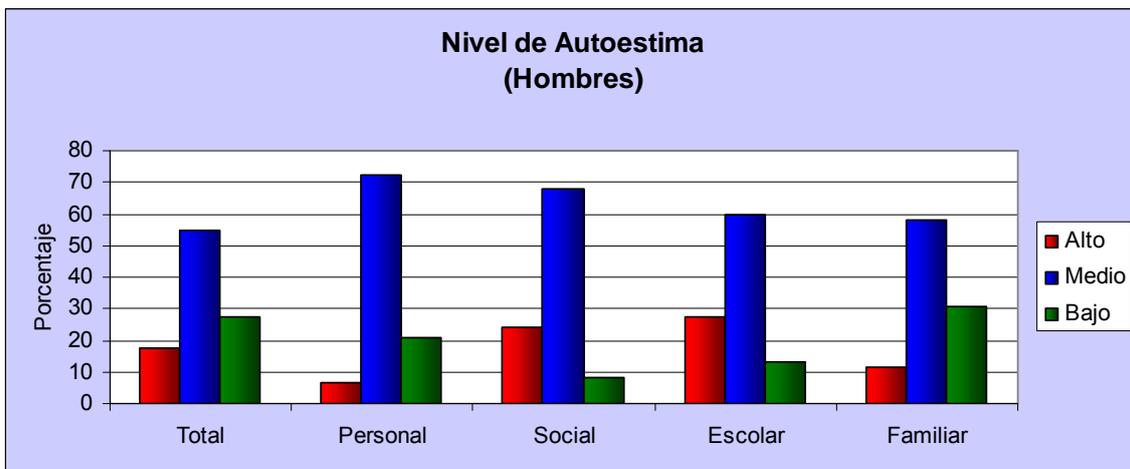


Figura 7. Nivel de autoestima general y subescalas para el grupo de hombres.

Por su parte, los niveles de autoestima evaluados en las adolescentes mujeres, también muestran una marcada concentración en los niveles medios en las subescalas, aunque no así, en la escala total. Es en esta última, precisamente, donde un 46,3% de las adolescentes se reúnen, como mayoría, en un nivel bajo, mientras un 44% obtiene puntuaciones que las posiciona dentro de un nivel medio.

En relación a las demás escalas, vistas a través de la Figura 8, se observan niveles medios que sobrepasan el 50% de los casos, encontrando notables mayorías en las escala familiar (60,4%) y social (67,2%). Por otra parte, es posible ver porcentajes no menores de adolescentes que presentan grados bajos de autoestima, lo que puede ser visualizado en el 23,9% de las niñas respecto a la escala escolar, el 36,6% en relación a la escala familiar, y un 37,3% en cuanto a la escala personal.

Finalmente, las adolescentes mujeres consiguen puntuaciones altas de autoestima de manera destacada, solamente respecto al plano social, con un 18,7%, y en relación al ámbito escolar con un 21,6%.

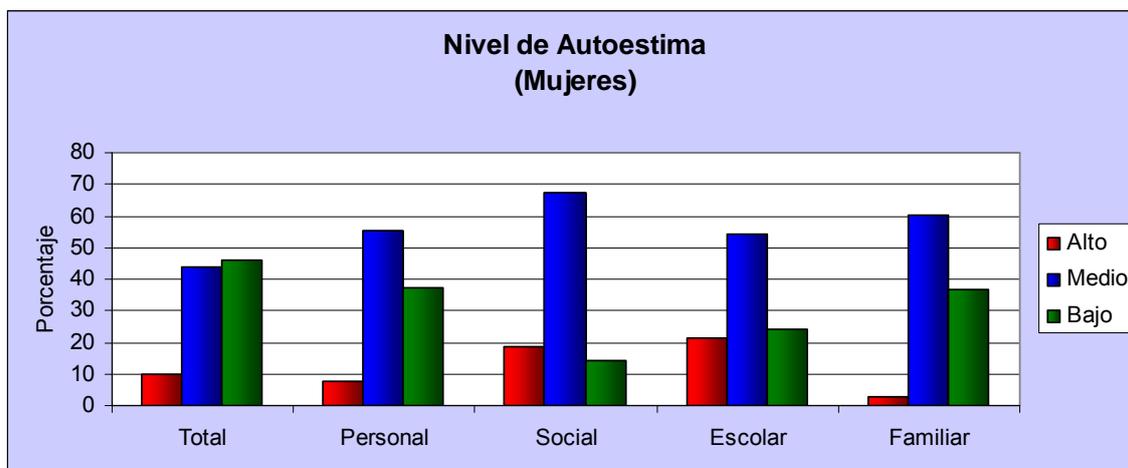


Figura 8. Nivel de autoestima general y subescalas para el grupo de mujeres.

Al utilizar pruebas *t* de Student para comparar las puntuaciones medias de las escalas, se reafirma la diferencia entre los sexos, de manera que los hombres muestran una mejor autoestima en el plano personal ($t(194) = 2,980$; $p < 0,01$), familiar ($t(194) = 2,247$; $p < 0,05$) y general ($t(194) = 3,141$; $p < 0,01$), evaluado este último, a través de la escala total (Ver Anexo XVII).

Otro aspecto personal que está asociado es el fracaso escolar, encontrándose evidencia significativa que da cuenta de una menor autoestima en los adolescentes repitentes ($t(194) = -2,176$; $p < 0,05$), lo que se observa, precisamente, en la dimensión que la involucra, esta es, la autoestima escolar (Ver Anexo XVIII).

Sin embargo, uno de las variables personales que mayor incidencia tiene sobre la autoestima es el estado de salud reportado por los adolescentes. Así, es posible apreciar un nivel de autoestima menor entre quienes reconocen alguna enfermedad, particularmente, afectando el plano personal ($t(192) = -2,146$; $p < 0,05$), escolar ($t(192) = -2,044$; $p < 0,05$), familiar ($t(192) = -2,839$; $p < 0,01$) y general ($t(192) = -2,778$; $p < 0,01$) (Ver Anexo XIX).

Mediante un análisis de varianza (ANOVA), se evaluó la autoestima respecto al historial médico referido por los mismos jóvenes, es decir, la presencia de enfermedad

física, trastorno psicológico, ambos tipos de afecciones, o bien, ninguna de ellas, a partir de lo cual, se concluye que es el grupo de jóvenes que manifiestan tener o haber tenido algún trastorno psicológico, el que muestra una diferencia respecto a quienes no reportan enfermedades de ningún tipo, diferencia que es significativa sólo para las escalas familiar ($F(3,192)=5,015; p<0,01$) y total ($F(3,192)=4,211; p<0,01$)^{6 7} (Ver Anexo XX).

La cesantía al interior del grupo familiar, se presenta como un factor que perjudica la valoración que los adolescentes tienen de sí mismos, en tanto, evidencia una disminución de su autoestima en el ámbito escolar ($t(194) = -2,214; p<0,05$), personal ($t(194) = -2,183; p<0,05$) y, por ende, ($t(194) = -2,611; p\leq 0,01$) general (Ver Anexo XXI). De la misma manera, el consumo de alcohol y/o drogas incide en esta variable al deteriorar la autoestima personal ($t(194) = -3,040; p<0,01$), familiar ($t(194) = -3,418; p\leq 0,001$) y general ($t(194) = -3,313; p\leq 0,001$) (Ver Anexo XXII).

7.2.3. Salud Mental

En relación al estado de salud mental de los adolescentes, observado a través del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-12), se aprecia ausencia de síntomas alusivos en un 59,5% de los adolescentes, mientras se sospecha de sintomatología subyacente en un 14,7%, y un 25,9% (N=60) presenta indicadores de trastornos de salud mental actuales. Como muestra la Figura 5, al diferenciar según el sexo, es posible observar ausencia de sintomatología en el 79,5% de los hombres y en el 49,4% de las mujeres, encontrando, en cambio, sintomatología en el 10,3% de los hombres y en el 33,8% de las mujeres.

⁶ En esta ocasión, la prueba de homogeneidad se cumple sólo para la escala total. Sin embargo, las diferencias observadas en ANOVA, dan cuenta de la factibilidad del resultado para la escala familiar.

⁷ Las pruebas de contraste realizadas a posteriori, se efectuaron utilizando los tests de Bonferroni y Tukey.



Figura 5. Indicadores de psicopatología del grupo total y según el sexo.

Esta diferencia entre los sexos en el comportamiento ante este instrumento, se puede reconocer, asimismo, mediante la comparación de las puntuaciones medias, demostrando una tendencia de las adolescentes mujeres a presentar mayor sintomatología asociada a trastornos de salud mental respecto a los adolescentes hombres ($t(230) = -4,879$; $p < 0,001$) (Ver Anexo XXIII).

Al revisar el historial médico referido por los jóvenes, es posible observar una mayor presencia de síntomas alusivos a psicopatología entre quienes reportan voluntariamente algún tipo de enfermedad ($t(228) = 3,326$; $p \leq 0,001$). Al comparar, a través de un análisis de varianza, los grupos conformados por adolescentes que señalan estar o haber estado aquejados de algún trastorno físico, de un trastorno psicológico, de ambos tipos de enfermedad, o bien, de ninguno de ellos, se logra determinar mayor sintomatología psicopatológica entre aquellos jóvenes que refieren tener o haber tenido algún trastorno psicológico ($F(3,228) = 5,347$; $p \leq 0,001$)⁸ (Ver Anexo XXIV y XXV, respectivamente). Se respalda esta evidencia al observar que el 42% (N=13) del total de adolescentes que declararon sentirse afectados por un trastorno psicológico, presentan efectivamente síntomas actuales, mientras 9 de ellos, es decir un 29%, presenta sintomatología

⁸ Pese a que la prueba de homogeneidad no se cumple, los resultados extraídos del Análisis de Varianza (ANOVA) resultan significativos al constatar la diferencia entre quienes refieren un trastorno psicológico y quienes se describen como sanos.

subumbral, coincidiendo en ambos grupos, el estar conformados por adolescentes del sexo femenino.

Asimismo, se aprecia un efecto negativo en la salud mental de los adolescentes que refieren cesantía en el grupo familiar, por sobre los demás menores ($t(230) = 2,132$; $p < 0,05$), lo que también ocurre en el grupo que reconoce presenciar el consumo de sustancias de algún pariente cercano ($t(230) = 2,699$; $p < 0,01$) (Ver Anexo XXVI y XXVII, respectivamente).

7.2.4. Percepción de Funcionamiento Familiar

A través del Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein, y haciendo uso de las categorías que el instrumento sugiere, es posible observar una percepción de funcionamiento familiar adecuado en un 45,7% de los adolescentes, mientras los demás jóvenes se agrupan en porcentajes iguales de 27,2%, para referir disfuncionalidad y disfuncionalidad severa dentro de sus familias.

Dividiendo el grupo según el sexo, como se observa en la Figura 9, se aprecia un 55,1% de adolescentes hombres que refieren una dinámica familiar apropiada, porcentaje que disminuye en el grupo de las mujeres, quienes tienen la misma apreciación en un 40,9% de los casos. Por el contrario, un 32,5% de las adolescentes mujeres refieren disfuncionalidad severa en sus familias, en tanto, los jóvenes opinan de manera similar en el 16,7% de los casos.

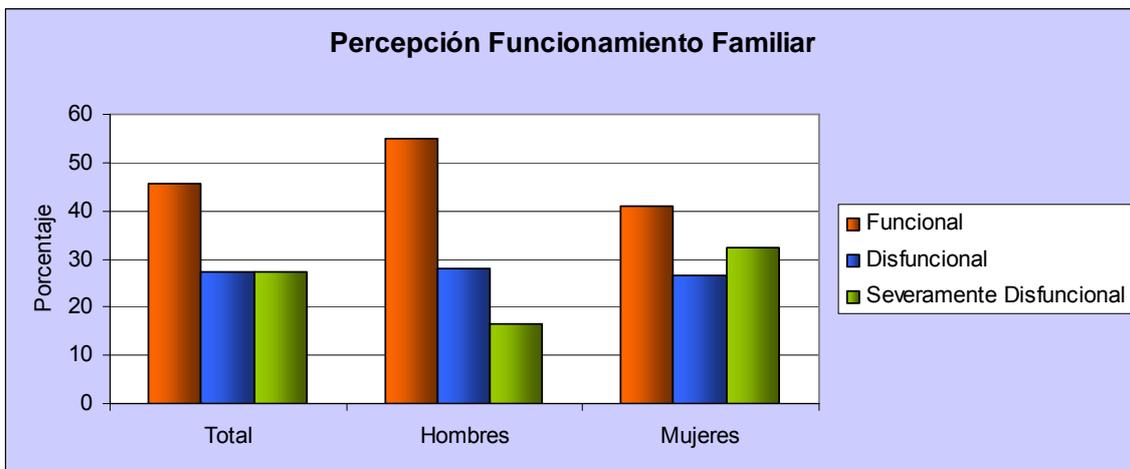


Figura 9. Percepción de funcionamiento familiar del grupo total y según el sexo.

La diferencia en el reporte efectuado entre hombres y mujeres resulta significativa a través de la comparación de las medias ($t(230) = 2,337; p < 0,05$), lo que se traduce en una percepción mayormente positiva de la dinámica familiar en la visión de los hombres (Ver Anexo XXVIII).

Otra diferencia se observa en relación al historial de salud reportado por los adolescentes, en tanto se aprecian puntuaciones más bajas entre quienes reconocen algún tipo de enfermedad, lo que implica en ellos una percepción más conflictiva del entorno familiar ($t(228) = -2,948; p < 0,01$) (Ver Anexo XXIX). A través del análisis de varianzas, se logra determinar una visión mayormente negativa de la dinámica familiar entre aquellos adolescentes que reportan trastornos psicológicos, respecto a quienes dicen tener o haber tenido alguna enfermedad física, un trastorno físico y psicológico, o bien, no poseer antecedentes médicos ($F(3,228) = 3,807; p < 0,05$)⁹ (Ver Anexo XXX).

Al traducir lo anterior en cifras, se puede ver como un 51,7% de los menores que presentaron sintomatología asociada a problemas de salud mental a través del Cuestionario de Salud de Goldberg, perciben una funcionalidad altamente alterada en su

⁹ En esta ocasión, nuevamente no se cumple la prueba de homogeneidad, pese a los cual los resultados obtenidos de ANOVA resultan significativos, dada la diferencia observada entre los grupos señalados.

grupo familiar, mientras, por el contrario, un 58% de los adolescentes que no presentaron síntomas en dicho instrumento, tienen una percepción de una funcionalidad adecuada.

Por último, se reconoce una tendencia mayor a percibir un ambiente familiar alterado entre los adolescentes que reportan una situación de cesantía de alguno de sus cuidadores ($t(230) = -1,980$; $p < 0,05$), lo que también ocurre entre quienes señalan la presencia de consumo de sustancias al interior del grupo familiar ($t(230) = -2,824$; $p < 0,01$) (Ver Anexo XXXI y XXXII, respectivamente).

7.2.5. Apoyo social percibido

Por medio del Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein se evaluó la percepción de apoyo social, cuyos resultados muestran altas puntuaciones en esta variable, tanto para el grupo general como para cada uno de los sexos.

Como se observa en la Figura 10, el 68,1% de los adolescentes se muestra satisfecho respecto al apoyo que recibe de sus amigos, porcentaje que aumenta a 73,4% en el grupo conformado por las adolescentes del sexo femenino, y que se reduce a un 57,7%, en el caso de los hombres. Por el contrario, el 14,1% de los adolescentes hombres perciben escaso apoyo social, insatisfacción que se observa en el 2,6% de las mujeres.

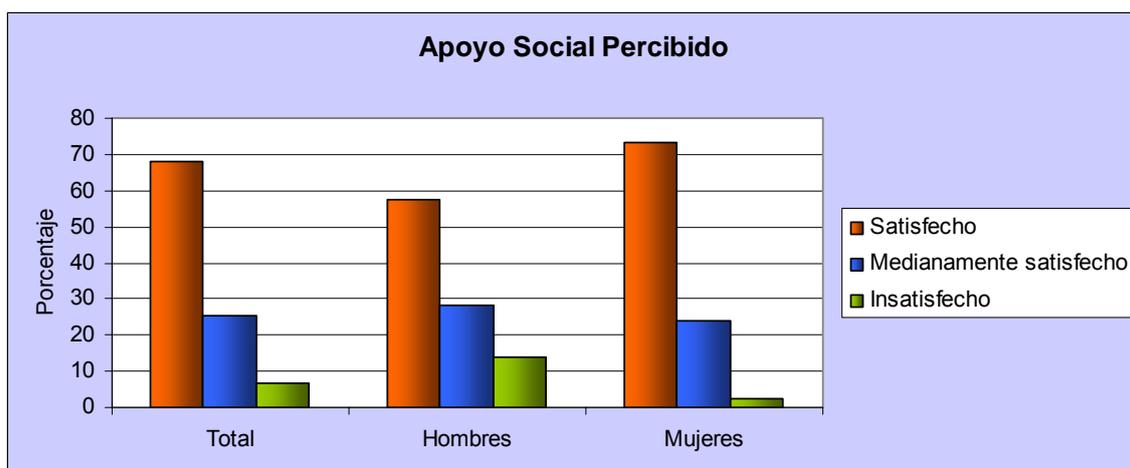


Figura 10. Apoyo Social Percibido del grupo total y según el sexo.

Utilizando la prueba *t* de Student, se evalúa la percepción sobre el soporte social entre los sexos, encontrando evidencia de una apreciación mayormente positiva de parte de las mujeres, lo que se traduce en una mayor disposición de ellas para apoyarse en sus amistades ($t(230) = -3,583; p < 0,001$) (Ver Anexo XXXIII).

No se encontraron diferencias significativas en el estudio comparativo del apoyo social percibido, respecto a otras variables como repitencia, enfermedad, cesantía y/o consumo de sustancias.

7.3. Relación entre las variables estudiadas

Por último, con el fin de complementar la información recogida de cada uno de los cuestionarios y escalas utilizados en el presente estudio, se realizó una estimación de la relación existente entre las variables evaluadas, lo que se resume en una matriz de correlaciones¹⁰ (Ver Anexo XXXIV). Cabe mencionar que sólo son reportadas las correlaciones que resultaron ser significativas estadísticamente.

Se evaluó la correlación existente entre el grado de resiliencia y las demás variables. Así, se aprecia una alta y positiva asociación entre la resiliencia y el nivel de autoestima manifestado por los adolescentes ($r = 0,561; p < 0,01$), resultado similar al observado en relación a la percepción de funcionamiento familiar ($r = 0,536; p < 0,01$). En cuanto a la relación entre el nivel de resiliencia y el grado de salud mental, se pudo constatar una fuerte correlación ($r = -0,520; p < 0,01$), que en este caso resulta negativa, debido a que el Cuestionario de salud de Goldberg expresa mayor daño psicológico en la medida en que aumenta la puntuación del instrumento. Por último, se observa una correlación directa y significativa entre el nivel de resiliencia y la percepción de apoyo social ($r = 0,226; p < 0,01$), aunque la intensidad de la relación puede ser interpretada como baja.

¹⁰ Para describir la intensidad de la correlación existente entre las variables, se hizo uso de los criterios estipulados por Cohen (1988 en Aron & Aron, 2001)

En cuanto a la correlación entre el estado de salud mental y las variables restantes, se constata una asociación significativa respecto al nivel de autoestima ($r = -0,627$; $p < 0,01$), mientras se reconoce, asimismo, una relación de mediana intensidad con la percepción del funcionamiento familiar ($r = -0,431$; $p < 0,01$), dependencia que en ambos casos se describe como negativa por las características del instrumento de medición ya mencionados con anterioridad.

Finalmente, se evidencia una correlación de mediana intensidad entre el grado de autoestima y el funcionamiento familiar percibido por los menores, relación que, aún así, resulta significativa para un nivel de confianza de 99%.

VIII. DISCUSIÓN

La resiliencia, descrita como la capacidad de tolerar y hacer frente a las circunstancias difíciles de la vida, adquiere un valor fundamental para el adolescente que ha crecido en ambientes carenciados: le permite desarrollarse y avanzar sorteando los obstáculos que se le presentan, determinando, así, un futuro saludable en su vida de adulto. Para lograr ese fin, el joven debe hacer uso tanto de sus habilidades personales, como de aquellas herramientas que el medio social cercano le provee. Sin embargo, las circunstancias sociales desaventajadas, con frecuencia, limitan dichos recursos personales y ambientales, reduciendo la probabilidad de éxito en este desafío, lo que implicará, lamentablemente, un deterioro importante de la calidad de vida del menor.

Con el fin de abordar esta problemática, se orienta el propósito de este estudio en indagar en aquellos recursos individuales que posee una población de adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto, con el fin de conocer y comparar las características implicadas en su capacidad de resiliencia.

En el plano personal, inicialmente, se evalúa la resiliencia a través de la escala SV-RES, en la que se pudo observar un posicionamiento del grupo por debajo del percentil 50, lo que connota una desventaja respecto al resto de la población. Este resultado concuerda con lo planteado por Munist y Suárez Ojeda (2004), de acuerdo a los efectos negativos del contexto social adverso sobre la resiliencia, en el sentido que esta tendencia demuestra un menoscabo de los jóvenes como resultado de las dificultades que conlleva el medio social de escasos recursos.

Esta desventaja se manifiesta a pesar de una concentración mayoritaria de puntuaciones correspondientes a niveles medios de resiliencia, afectando en particular al grupo de las mujeres, lo que contradice los postulados de los autores de la escala. Saavedra y Villalta (2005), quienes sostienen no haber advertido diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su capacidad de resiliencia. En este estudio se

aprecian divergencias entre los sexos que resultan significativas, no sólo para la medición de la resiliencia, sino que se expresan de manera transversal en esta investigación.

Es así, como esta diferencia entre hombres y mujeres se distingue, de igual manera, en la evaluación de la autoestima, en la que se pudo apreciar como las mujeres tienden a resentir mayormente la valoración por sí mismas en el ámbito personal y familiar, así como, de manera global. Mediante este resultado, se logra concordar con el estudio de Millán, Valenzuela y Vargas (1994) quienes estudian, entre otros aspectos, la autoestima de adolescentes chilenos, concluyendo, asimismo, una diferencia desfavorable para las adolescentes mujeres.

Resulta destacable la asociación entre la capacidad de resiliencia y la autoestima, siendo constatada estadísticamente ésta última como la probable mejor variable predictora de la resiliencia. Varios de los autores que abordan la temática de la resiliencia, dan cuenta de la dependencia entre estas variables, con quienes se coincide por medio de los hallazgos recién mencionados (Bertrán et al., 1998; Collishaw et al., 2007; Florenzano & Valdés, 2005; Kotliarenco et al., 1997; Melillo, 2007; Munist et al, 1998; Munist & Suárez Ojeda, 2004; Vanistendael, 1996).

Sin embargo, uno de los hallazgos más interesantes del estudio, está asociado a la estrecha correlación observada entre el grado de resiliencia, el nivel de autoestima y el estado de salud mental. Efectivamente, como ya había sido referida por algunos autores (Florenzano & Valdés, 2005; Jenkins et al., 2008; Montt & Ulloa, 1996), se logró apreciar una tendencia marcada hacia bajos niveles de resiliencia y de autoestima entre los jóvenes quienes dicen padecer o haber sido afectados en algún momento por trastornos de salud mental.

Se puede interpretar esta observación como un efecto esperado, debido al contexto social en el que se enmarca el estudio, ya que es una asociación ya confirmada aquella que da cuenta de un deterioro en la salud mental de quienes han estado expuestos a entornos sociales empobrecidos (Jenkins et al., 2008; Kotliarenco, Cáceres & Álvarez, 1996; Rutter, 2005).

No obstante, se hace necesario complementar los resultados recién expuestos, ya que la gran mayoría de quienes obtienen los niveles coincidentes de autoestima y resiliencia disminuidos, junto a un estado de salud mental alterado, son precisamente adolescentes del sexo femenino. En este sentido se confirma el carácter vulnerable de las mujeres, no sólo, en términos socioeconómicos (FSP, 2009), sino, además, como individuos psicológicamente susceptibles a los efectos del ambiente.

Otro de los aspectos que se ve afectado producto de las circunstancias psicosociales, es el ámbito escolar, en tanto, las condiciones de precariedad influyen negativamente en la valorización que se le otorga a la educación (Sapelli & Torche, 2004).

Se aprecia en la composición de la muestra una alta concentración de jóvenes en los primeros dos años de la enseñanza media, proporción que rodea al 70% y que implica, una menor presencia de adolescentes de tercer y cuarto año medio, lo que deriva, por ende, en una escasa representación del grupo de edad entre 17 a 19 años. Una de las causas de esta circunstancia, podría ser la restricción de uno de los establecimientos educacionales para incorporar a la muestra a los alumnos de cuarto año medio; sin embargo, la presencia disminuida de adolescentes en una etapa tardía, fue observada como una constante dentro del alumnado general de los colegios.

Lo anterior puede ser explicado a través de los planteamientos de Sapelli y Torche (2004), quienes describen el fenómeno de la deserción escolar en Chile como un proceso que se inicia a los 14 años aproximadamente, determinando un descenso paulatino del alumnado en los cursos tardíos, lo que se manifiesta con mayor fuerza en sectores de escasos recursos, debido a sus condiciones sociodemográficas.

Se confirman en el estudio las versiones que dan cuenta de una correlación estrecha entre el fracaso escolar y una baja autoestima (Florenzano & Valdés, 2005, Montt & Ulloa, 1996), encontrándose, además, evidencia significativa en la relación de estas variables y la resiliencia. Como era de esperar, el antecedente de repitencia afecta la autoestima, específicamente en el área que aborda la valoración del individuo respecto a su ámbito escolar.

En el plano familiar, en tanto, los resultados de la evaluación dan cuenta de una visión mayoritariamente negativa de parte de los jóvenes respecto a la dinámica que se produce al interior de ésta. Si bien no fue un objetivo específico de esta investigación indagar en las variables que inciden en dicha disfuncionalidad, la pesquisa sobre circunstancias familiares complejas, como presencia de cesantía y/o consumo de sustancias, contribuyen a especular sobre asociaciones entre estas variables.

Se encuentra una asociación importante entre la percepción de funcionalidad familiar y la capacidad de resiliencia, de manera tal, que los adolescentes que se muestran menos resilientes son aquellos que advierten, con mayor frecuencia, una dinámica familiar irregular, siendo este grupo, también, más proclive a presentar trastornos emocionales y presentando, además, mayores problemas con su autoestima. La correlación entre estas variables resulta estadísticamente fuerte, pudiéndose concluir que no sólo la autoestima, sino que la percepción de funcionalidad familiar y el estado de salud mental, funcionan como variables predictoras de la resiliencia.

De la misma manera, en el presente estudio, se pudo apreciar los efectos perjudiciales de situaciones familiares difíciles como la cesantía y el consumo de sustancias, encontrándose un menoscabo importante en la autoestima, en el estado de salud mental, en la percepción de funcionamiento familiar y, por sobre todo, en la capacidad de resiliencia de los adolescentes que reportaban estas condiciones.

Estos hallazgos concuerdan con los planteamientos que hablan del perjuicio y el deterioro emocional que implican las experiencias familiares adversas, dando cuenta del amplio espectro de ámbitos que se ven afectados a partir de un ambiente familiar alterado (Fergus & Zimmerman, 2005; Florenzano & Valdés, 2005; Jenkins et al., 2008; Rutter, 2005; Smilkstein, 1980).

En cuanto a la calidad de la red de apoyo social familiar y de las amistades que describen los adolescentes, se obtienen resultados dispares a los presentados por Wolnitzky et al. (1989). En el presente estudio, se aprecia una relación inversa entre la valoración del apoyo social recibido de parte de sus amigos y la percepción de la

dinámica familiar, de manera que a mayor disfuncionalidad percibida, mayor es la satisfacción con el soporte que otorgan los amigos.

Esta tendencia se ve reflejada con fuerza en el grupo de las adolescentes mujeres, quienes, como ya ha sido mencionado con anterioridad, se muestran mayormente propensas a presentar una capacidad de resiliencia debilitada, pero así también, cuentan con menores niveles de autoestima, mientras se muestran más susceptibles a presentar trastornos emocionales. En el ámbito familiar, las mujeres tienden a percibir mayor severidad en la disfuncionalidad, lo que puede ser el motivo por el cual ellas manifiestan una mayor valoración de las redes de apoyo. Esta aseveración adquiere sentido al corroborar los postulados que explican como las adolescentes con baja autoestima, establecen una relación de dependencia con el medio, buscando aprobación y seguridad en otros, lo que calza de manera interesante con los resultados observados (MINSAL, 2009a; Montt & Ulloa, 1996).

Al analizar estos resultados desventajosos para el grupo de las adolescentes mujeres, resulta factible presumir el motivo por el cual se aprecia un conjunto mayor de niñas participantes en este estudio, lo que no pudo ser respondido por otras variables, sino que, al parecer, responde a una mayor disposición de ellas a integrarse debido a una necesidad propia de la etapa del ciclo vital y la situación de carencia afectiva y social.

IX. CONCLUSIONES

Se concluye el cumplimiento satisfactorio de los objetivos trazados de esta investigación, confirmando la hipótesis inicial de una desventaja de los adolescentes vulnerables de la comuna de Puente Alto respecto a su capacidad de resiliencia, lo que se encuentra asociado a dificultades personales, tales como una autoestima disminuida y un deterioro en su estado de salud mental, en tanto, se relaciona, además, a una tendencia a percibir una mayor disfuncionalidad familiar.

Si bien se logró establecer una asociación entre la capacidad de resiliencia de los adolescentes y el apoyo social percibido por ellos, ésta última no presentó una relación significativa con las demás variables, aunque, sin embargo, se pudo establecer una correlación lógica que las vincula y que entrega elementos que pueden ser desarrollados en investigaciones posteriores.

Se logró reconocer en esta población de adolescentes diversos factores que han sido descritos como influyentes en su desarrollo integral. Se aprecian los efectos del fracaso escolar, así como, el daño producido por la exposición a la cesantía y a la ingesta de drogas y/o alcohol.

No obstante, existen dos observaciones que caracterizan con mayor potencia a la población descrita. La primera de ellas, hace mención a la manifestación en todos los ámbitos de cierta susceptibilidad del grupo a presentar trastornos emocionales. La segunda refiere a la lamentable disposición de las mujeres a verse mayormente afectadas por las circunstancias adversas del entorno.

Resultan preocupantes las dificultades observadas en la población femenina del estudio, aún más cuando se presume que estos inconvenientes actuales determinarán complicaciones en el desarrollo integral de la adolescente en su vida de adulto, lo que queda demostrado en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, en la que se desprende como una de las principales conclusiones, una mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre las mujeres de escasos recursos (MINSAL, 2011).

A partir de estas evidencias, resulta imprescindible fomentar las intervenciones psicosociales prematuras en adolescentes en riesgo social, orientándolas hacia un enfoque de género, en el que se respete las construcciones sociales que le otorga el ser hombre o mujer en el contexto social y cultural en el que ellos se desenvuelven.

El trabajo en prevención de conductas de riesgo debe ser potenciado y valorado, tanto o más, que la intervención en problemáticas ya instauradas como delincuencia, embarazo adolescente o consumo de sustancias. El enfoque de la resiliencia está orientado a fortalecer integralmente al individuo desde su potencialidad, más que de sus carencias, y debe nacer desde antes que se perciban trastornos en el joven, pues el foco de la intervención tiende a centrarse en el síntoma actual, más que en el capacidad de superación que subyace del adolescente. Un error común de nuestra sociedad es centrar nuestra atención en aquellos jóvenes que presentan conductas disruptivas y antisociales, sin atender, de igual manera, a aquellos adolescentes que pasan desapercibidos en sus problemáticas personales y que, evidentemente, pasarán a ser parte de la población que padece trastornos afectivos en su vida futura.

Para realizar un trabajo serio con los adolescentes chilenos, las intervenciones deben estar respaldadas por estudios nacionales que den cuenta de la realidad de la población adolescente, y aún más, de aquella que acarrea los costos de la desigualdad social. De esta manera, se concuerda con lo planteado por Burt (2002), quien señala que intervenir en adolescentes es una responsabilidad social, e invertir recursos en su salud es una necesidad imperiosa, debido a que muchas de las conductas actuales de los jóvenes, tendrán costos altos en el futuro, tanto para sí mismos como para la sociedad.

X. REFERENCIAS

- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992) Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27: 168-173.
- Aron, A. & Aron, E. (2001) *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Pearson Education.
- Baeriswyl, K. (2007) Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V región. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto-Juvenil. Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.
- Bertrán, G., Noemí, P. & Romero, S. (1998) Resiliencia: ¿enemigo o aliado para el desarrollo humano? Documentos N° 9. Santiago: CIDE.
- Brinkmann, H., Segure, T. & Solar, M. I. (1989) Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10(1):63-71
- Burt, M. R. (2002) Reasons to invest in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31: 136-152.
- Chant, S. (2003). *Nuevas contribuciones al análisis de la pobreza: desafíos metodológicos y conceptuales para entender la pobreza desde una perspectiva de género*. Santiago. Naciones Unidas. CEPAL.
- Chile, Instituto Nacional de la Juventud. (2006) Infancia y adolescencia. Dime cómo te quisieron y te diré cómo eres. Recuperado el 5 de mayo, desde http://intranet.injuv.gob.cl/cedoc/Coleccion%20Riesgo%20Social/Salud_mental_infancia_y%20juventud.pdf

Chile, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2005) SINAIE: Sistema Nacional de Asignación con Equidad para Becas JUNAEB. Santiago: Autor.

Chile, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2010) Prioridades 2010 con IVE-SINAIE Básica y Media. Recuperado el 23 de Junio de 2010, desde http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100118/pags/20100118133326.html

Chile, Ministerio de Planificación. (2006) Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2006. Recuperado el 29 de Junio de 2010, desde <http://www.mideplan.cl/casen/Estadisticas/pobreza.html>

Chile, Ministerio de Salud. (2009a) *Orientaciones técnicas atención de adolescentes con problemas de salud mental*. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades / Departamento de Salud Mental, Programa de Salud del Adolescente y Joven. Santiago: Autor.

Chile, Ministerio de Salud. (2009b) Guía Clínica Manejo de la Infección por Virus de la Hepatitis C (VHC) Serie Guías Clínicas. Recuperado el 19 de abril de 2010, desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/81a0867092b39f15e04001011f0114b2.pdf>

Chile, Ministerio de Salud. (2011) *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009.2010*. Santiago: Autor. Recuperado el 27 de Enero de 2011, desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99c12b89738d80d5e04001011e0113f8.pdf>

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M. Shearer, C. & Maughan, B. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31: 211-229.

Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005) Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26: 399-419.

Florenzano, R. & Valdés, M. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z. & Campo-Arias, A. (2006) Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1): 23-29.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. & Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(2): 103-109.
- Fullerton, C., Florenzano, R. & Acuña, J. (2000) Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica de Chile*, 28(7):729-734.
- Fundación para la Superación de la Pobreza (2009). *Panorama general de la pobreza y su dinámica en Chile: últimas mediciones*. Santiago: Autor.
- Garmendia, M. L. (2007) Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(2): 57-65.
- Grotberg, E. (1996). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México, DF: McGraw-Hill Interamericana Eds.
- Humphreys D, Ibáñez C, Fullerton C, Acuña J, Florenzano R. & Marchandón A. (1991) Validación Preliminar en Chile de una Versión abreviada del Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-12. XLVI Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 16 al 19 de octubre (en papel).
- Jara, C., Maddaleno, M., Florenzano, R. & Salazar, D. (1989) Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar: diferencias entre adolescentes consultantes en el nivel primario y población escolar. *Boletín Hospital San Juan de Dios*, 36: 16-20.

- Jenkins, J., Bisceglia, R., Cheung, C., Frampton, K., Gass, K., Gonzales, A., Simpson, A., Valencia, R. & Yu, B. (2008) Psychosocial adversity and resiliente. En: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J, Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry, 5th Edition*. Malden, Mass: Blackwell.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Álvarez, C. (1996). La pobreza desde la mirada de la Resiliencia. En M. A. Kotliarenco, I. Cáceres, C. Álvarez (Eds.) *Resiliencia construyendo en adversidad* (pp. 21-32). Santiago: CEANIM.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 27 de Marzo de 2010, desde <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- Krauskopf, D. (2007). Sociedad, adolescencia y resiliencia en el siglo XXI. En M. Munist, N. E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf, T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 19-36). Buenos Aires: Paidós.
- Lewis, G. & Araya, R.I. (1995) Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30: 20-25
- Luengo, X. (2003) Características de la adolescencia normal. En R. Molina, J. Sandoval & E. González. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. (pp. 16-23) Santiago: Mediterráneo.
- Maddaleno, M. & Breinbauer, C. (2007). La salud de los adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe: después del milenio. En M. Munist, N. E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf, T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 37-49). Buenos Aires: Paidós.
- Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. & Salazar, D. (1987) Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58(3): 246-249.

- Melillo, A. C. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M. Munist, N. E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf & T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 61-79). Buenos Aires: Paidós.
- Millán, T., Valenzuela, S & Vargas, N. (1994) Autoestima, percepción de la afectividad, metas y conductas de riesgo, en escolares adolescentes de ambos sexos. *Revista Médica de Chile*, 122: 587-593.
- Montt, M.E. & Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19(3): 30-35.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez Ojeda, E. N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Munist, M. & Suárez Ojeda, E. N. (2004). Resiliencia en los adolescentes. En A. Melillo, E. N. Suárez Ojeda & D. Rodríguez (Comps.). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp. 137-153). Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2009) *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 15 de mayo de 2010, desde http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud, (2009) *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del Informe final*. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado el 2 de Junio de 2010, desde <http://new.paho.org/chi/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Ciclo vital salud de los adolescentes. Recuperado el 5 de marzo de 2010, desde http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=175&Itemid=25

- Páez, G., Larrea, M. B., Vega, M., Saavedra, J., Rojas, O. & Hurtado, S. (1989) Satisfacción afectiva en el personal de un servicio de salud. *Boletín Hospital San Juan de Dios*, 36: 46-51.
- Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G. & Silva, R. (2000). *Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares*. Ponencia Congreso Internacional de Políticas Sociales. U del Bio-Bio. Recuperado el 15 de Marzo de 2010, desde <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>
- Rodríguez, J. (2006) Introducción a la psicopatología del adolescente. En M. Valdivia & M. I. Condeza. *Psiquiatría del Adolescente* (pp. 37-55). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Romero, M.I., Santander, J., Hitschfeld, M.J., Labbé, M. & Zamora, V. (2009) Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*, 137: 361-368.
- Rutter, M. (2005) How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 186: 4-6.
- Saavedra, E. (2005) Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Revista Liberabit*, 11: 91-101.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008) *Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Santiago: CEANIM.
- Sapelli, C. & Torche, A. (2004) Deserción escolar y trabajo juvenil: ¿dos caras de una misma decisión? *Cuadernos de Economía*, 41: 173-198.
- Sepúlveda, M. G. (2006) Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En M. Valdivia & M. I. Condeza. *Psiquiatría del Adolescente* (pp. 19-36). Santiago: Editorial Mediterráneo.

- Smilkstein, G. (1978) The family APGAR: A proposal for a family function test. *Journal of Family Practice*, 6(6): 1231-1239.
- Smilkstein, G. (1980) Assessment of family function. En G. N. Rosen, J. P. Geyman & R. H. Layton (Eds.) *Behavioral Science in Family Practice*. (pp. 141-153) New York: Appleton-Century-Crofts.
- Smilkstein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982) Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15(2): 303-11.
- Trucco, M., Campusano, M.E. & Larraín, S. (1979) Un cuestionario para detectar desordenes emocionales. Estudio de validación preliminar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 17(1): 20-25.
- Vanistendael, S. (1996) *Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra: Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE).
- Vargas, N., Mateluna, E., Arredondo, S., Barrera, P., Bongain, J., Cruz, P., Espinoza, C., Olate, C., Palma, P. & Vogel, M. (1988) Evaluación del apoyo afectivo en estudiantes de medicina con la prueba de Apgar de Smilkstein. *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, 35: 28-34.
- Vidal, R. (2008) La contribución del enfoque de resiliencia en la intervención social". Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Wolnitzky, L., Vargas, N., Cerón, C., Errázuriz, G., Fabres, J., Morales, J.C., Sepúlveda, P., Sepúlveda, X., Silva, A. & Varela P. (1989). Red social de apoyo en adolescentes escolares: su medición con APGAR de Smilkstein. *Boletín Hospital San Juan de Dios*, 36(3): 147-155.

XI. ANEXOS

INDICE

ANEXO I. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES.....	70
ANEXO II. MATRIZ DE FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES	
72	
ANEXO III. DEFINICIÓN DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE	
RESILIENCIA SV-RES	73
ANEXO IV. CUESTIONARIO DE RESILIENCIA SV-RES.....	74
ANEXO V. INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.....	77
ANEXO VI. CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG (GHQ-12)	79
ANEXO VII. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR	80
ANEXO VIII. CUESTIONARIO APGAR DE LAS AMISTADES	81
ANEXO IX. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO X. CARTA A LOS APODERADOS	84
ANEXO XII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL SEXO	
86	
ANEXO XIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL	
FRACASO ESCOLAR.....	87
ANEXO XIV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO A LA	
CESANTÍA.....	88
ANEXO XV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL	
CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS	89
ANEXO XVI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL	
REPORTE DE ENFERMEDAD.....	90

ANEXO XVII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL SEXO	91
ANEXO XVIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL FRACASO ESCOLAR.....	91
ANEXO XIX. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD.....	92
ANEXO XX. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD.....	93
ANEXO XXI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO A LA CESANTÍA	94
ANEXO XXII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.....	94
ANEXO XXIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL SEXO	95
ANEXO XXIV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD	95
ANEXO XXV. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD	96
ANEXO XXVI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO A LA CESANTÍA	97
ANEXO XXVII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.....	97
ANEXO XXVIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL SEXO	98

ANEXO XXIX. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD.....	98
ANEXO XXX. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD.....	99
ANEXO XXXI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO A LA CESANTÍA	100
ANEXO XXXII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.....	100
ANEXO XXXIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR DE LAS AMISTADES DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL SEXO.....	101
ANEXO XXXIV. MATRIZ DE CORRELACIONES.....	102

ANEXO I. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales

RUT _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Colegio: _____

Dirección: _____

Villa o Población: _____

Teléfono: _____

1.- ¿En qué curso estás?

1ero medio 2do medio 3ro medio 4to medio

2.- ¿Has repetido algún curso?

No Sí ¿Cuál? _____

3.- ¿Cuál fue tu promedio de notas en el año recién pasado?

- Menos de nota 4.0
- Entre 4.0 y 5.0
- Entre 5.0 y 6.0
- Entre 6.0 y 7.0

Nota exacta, si la recuerdas: _____

4.- ¿Tienes o has tenido alguna enfermedad física o psicológica importante?

- No Sí

¿Cuál? _____

Antecedentes familiares:

1.- Incluyéndote a ti, ¿cuántas personas forman tu familia? _____

2.- Marca con una X quienes son las personas con quien vives.

- Madre
- Padre
- Madrastra
- Padrastro
- Hermanos ¿Cuántos? _____
- Pareja
- Hijo
- Otros _____

3.- ¿Quién crees es la persona que más cercana a ti? Nombre _____

Parentesco _____ Edad _____

4.- Nivel educacional de los padres o cuidadores

Padre o cuidador		Madre o cuidadora
<input type="checkbox"/>	No fue al colegio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza básica incompleta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza básica completa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza media incompleta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza media completa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza técnica incompleta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza técnica completa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza universitaria incompleta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enseñanza universitaria completa	<input type="checkbox"/>

5.- ¿Tu papá (o cuidador) tiene trabajo?

- No Sí ¿Es estable? _____

¿En qué trabaja? _____

6.- ¿Tu mamá (o cuidadora) tiene trabajo?

- No Sí ¿Es estable? _____

¿En qué trabaja? _____

7.- ¿Cómo te llevas con tu papá (o cuidador)?

Muy bien _____ Bien _____ Más o menos _____ Mal _____ Muy mal _____

8.- ¿Cómo te llevas con tu mamá (o cuidadora)?

Muy bien _____ Bien _____ Más o menos _____ Mal _____ Muy mal _____

Marca con una X las situaciones que se den en tu familia.

- Cesantía de uno o ambos padres (cuidadores)
 Consumo de alcohol o drogas de algún miembro de la familia.

Parentesco _____ Frecuencia _____

ANEXO II. MATRIZ DE FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy	F1:	F2:	F3:	F4:
Yo estoy	Identidad	Autonomía	Satisfacción	Pragmatismo
Yo tengo	F5:	F6:	F7:	F8:
	Vínculos	Redes	Modelos	Metas
Yo puedo	F9:	F10:	F11:	F12:
	Afectividad	Autoeficacia	Aprendizaje	Generatividad

ANEXO III. DEFINICIÓN DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES¹¹

Factor 1.- Identidad (Yo soy, Yo estoy – Condiciones de base). Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.

Factor 2.- Autonomía (Yo soy, Yo estoy – Visión de sí mismo). Refiere a juicios que refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

Factor 3.- Satisfacción (Yo soy, Yo estoy – Visión del problema). Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

Factor 4.- Pragmatismo (Yo soy, Yo estoy – Respuesta resiliente). Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.

Factor 5.- Vínculos (Yo tengo – Condiciones de base). Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.

Factor 6.- Redes (Yo tengo – Visión de sí mismo). Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.

Factor 7.- Modelos (Yo tengo – Visión del problema). Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

Factor 8.- Metas (Yo tengo – Respuesta resiliencia). Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

Factor 9.- Afectividad (Yo puedo – Condiciones de base). Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

Factor 10.- Autoeficacia (Yo puedo – Visión de sí mismo). Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

Factor 11.- Aprendizaje (Yo puedo – Visión del problema). Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.

Factor 12.- Generatividad (Yo puedo – Respuesta resiliente). Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

¹¹ Se transcriben las definiciones que elaboran los autores con el fin de no tergiversar el significado.

ANEXO IV. CUESTIONARIO DE RESILIENCIA SV-RES (SAAVEDRA & VILLALTA, 2008)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Yo soy una persona con esperanza.					
2.- Yo soy una persona con buena autoestima.					
3.- Yo soy optimista respecto al futuro.					
4.- Yo estoy seguro de mis creencias o principios.					
5.- Yo estoy creciendo como persona.					
6.- Yo estoy rodeado de personas que, en general, me ayudan en situaciones difíciles.					
7.- Yo estoy en contacto con personas que me aprecian.					
8.- Yo soy seguro de mí mismo.					
9.- Yo estoy seguro de mis proyectos y metas.					
10.- Yo estoy seguro en el ambiente en que vivo.					
11.- Yo soy una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.					
12.- Yo soy un modelo positivo para otras personas.					
13.- Yo estoy bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio.					
14.- Yo estoy satisfecho con mis relaciones de amistad.					
15.- Yo estoy satisfecho con mis relaciones afectivas.					
16.- Yo soy una persona práctica.					
17.- Yo soy una persona con metas en la vida.					
18.- Yo soy activo frente a mis problemas.					
19.- Yo estoy revisando constantemente el sentido de mi vida.					
20.- Yo estoy generando soluciones a mis problemas.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21.- Yo tengo relaciones personales confiables.					
22.- Yo tengo una familia bien estructurada.					
23.- Yo tengo relaciones afectivas sólidas.					
24.- Yo tengo fortaleza interior.					
25.- Yo tengo una vida con sentido.					
26.- Yo tengo acceso a servicios sociales-públicos.					
27.- Yo tengo personas que me apoyan.					
28.- Yo tengo a quien recurrir en caso de problemas.					
29.- Yo tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa.					
30.- Yo tengo satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31.- Yo tengo personas que me han orientado y aconsejado.					
32.- Yo tengo personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					
33.- Yo tengo personas en las cuales puedo confiar.					
34.- Yo tengo personas que han confiado sus problemas en mí.					
35.- Yo tengo personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.					
36.- Yo tengo metas a corto plazo.					
37.- Yo tengo mis objetivos claros.					
38.- Yo tengo personas con quien enfrentar los problemas.					
39.- Yo tengo proyectos a futuro.					
40.- Yo tengo problemas que puedo solucionar.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41.- Yo puedo hablar de mis emociones.					
42.- Yo puedo expresar afecto.					
43.- Yo puedo confiar en las personas.					
44.- Yo puedo superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45.- Yo puedo desarrollar vínculos afectivos.					
46.- Yo puedo resolver problemas de manera efectiva.					
47.- Yo puedo dar mi opinión.					
48.- Yo puedo buscar ayuda cuando la necesito.					
49.- Yo puedo apoyar a otros que tiene dificultades.					
50.- Yo puedo responsabilizarme por lo que hago.					
51.- Yo puedo ser creativo.					
52.- Yo puedo comunicarme adecuadamente.					
53.- Yo puedo aprender de mis aciertos y mis errores.					
54.- Yo puedo colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad.					
55.- Yo puedo tomar decisiones.					
56.- Yo puedo generar estrategias para solucionar mis problemas.					
57.- Yo puedo fijarme metas realistas.					
58.- Yo puedo esforzarme por lograr mis objetivos.					
59.- Yo puedo asumir riesgos.					
60.- Yo puedo proyectarme al futuro.					

ANEXO V. INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

	Igual que yo	Distinto de mí.
1.- Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2.- Estoy seguro de mí mismo.		
3.- Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4.- Soy simpático.		
5.- Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
6.- Nunca me preocupo por nada.		
7.- Me abochorno (me da "plancha") pararme frente al curso para hablar.		
8.- Desearía ser más joven.		
9.- Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.		
10.- Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11.- Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12.- Me incomodo en casa fácilmente.		
13.- Siempre hago lo correcto.		
14.- Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela).		
15.- Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		
16.- Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.		
17.- Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.		
18.- Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.		
19.- Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.		
20.- Nunca estoy triste.		
21.- Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.		
22.- Me doy por vencido fácilmente.		
23.- Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.		
24.- Me siento suficientemente feliz.		
25.- Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26.- Mis padres esperaban demasiado de mí.		
27.- Me gustan todas las personas que conozco.		
28.- Me gusta que el profesor me interrogue en clase.		
29.- Me entiendo a mí mismo.		

	Igual que yo	Distinto de mí.
30.- Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31.- Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
32.- Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.		
33.- Nadie me presta mucha atención en casa.		
34.- Nunca me engañan.		
35.- No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36.- Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37.- Realmente no me gusta ser un muchacho (muchacha)		
38.- Tengo una mala opinión de mí mismo.		
39.- No me gusta estar con otra gente.		
40.- Muchas veces me gustaría irme de casa.		
41.- Nunca soy tímido.		
42.- Frecuentemente me incomoda la escuela.		
43.- Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.		
44.- No soy tan bien parecido como otra gente.		
45.- Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
46.- A los demás "les da" conmigo.		
47.- Mis padres me entienden.		
48.- Siempre digo la verdad.		
49.- Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		
50.- A mí no me importa lo que me pasa.		
51.- Soy un fracasado.		
52.- Me incomoda fácilmente cuando me regañan.		
53.- Las otras personas son más agradables que yo.		
54.- Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.		
55.- Siempre sé que decir a otras personas.		
56.- Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.		
57.- Generalmente las cosas no me importan.		
58.- No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.		

**ANEXO VI. CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG (GHQ-12)
(MINSAL, 2009b)**

Nº	CONDUCTAS	X	ALTERNATIVAS
1	¿Has podido concentrarte bien en lo que haces?	a.-	Mejor que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos que lo habitual
		d.-	Mucho menos que lo habitual
2	¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	a.-	Mejor que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos que lo habitual
		d.-	Mucho menos que lo habitual
3	¿Has sentido que estás jugando un papel útil en la vida?	a.-	Mejor que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos que lo habitual
		d.-	Mucho menos que lo habitual
4	¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	a.-	Más capaz que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos capaz que lo habitual
		d.-	Mucho menos capaz
5	¿Te has sentido constantemente agobiado(a) y en tensión?	a.-	No, en absoluto
		b.-	No más que lo habitual
		c.-	Bastante más que lo habitual
		d.-	Mucho más
6	¿Has sentido que no puedes superar tus dificultades?	a.-	No, en absoluto
		b.-	No más que lo habitual
		c.-	Bastante más que lo habitual
		d.-	Mucho más
7	¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades normales cada día?	a.-	Más que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos que lo habitual
		d.-	Mucho menos
8	¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?	a.-	Más capaz que lo habitual
		b.-	Igual que lo habitual
		c.-	Menos capaz que lo habitual
		d.-	Mucho menos capaz
9	¿Te has sentido poco feliz y deprimido(a)?	a.-	No, en absoluto
		b.-	No más que lo habitual
		c.-	Bastante más que lo habitual
		d.-	Mucho más
10	¿Has perdido confianza en ti mismo(a)?	a.-	No, en absoluto
		b.-	No más que lo habitual
		c.-	Bastante más que lo habitual
		d.-	Mucho más
11	¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	a.-	No, en absoluto
		b.-	No más que lo habitual
		c.-	Bastante más que lo habitual
		d.-	Mucho más
12	¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	a.-	Más feliz que lo habitual
		b.-	Aproximadamente lo mismo que lo habitual
		c.-	Menos feliz que lo habitual
		d.-	Mucho menos que lo habitual

ANEXO VII. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	Algunas veces	Rara Vez
1.- Estoy satisfecho de poder solicitar ayuda a mi familia cuando algo me preocupa. Comentarios:	2	1	0
2.- Estoy satisfecho de la forma en que mi familia conversa y comparte sus problemas conmigo. Comentarios:	2	1	0
3.- Estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender actividades o tomar nuevos caminos. Comentarios:	2	1	0
4.- Estoy satisfecho de la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, pena o amor. Comentarios:	2	1	0
5.- Estoy satisfecho con la forma en que mi familia comparte su tiempo conmigo. Comentarios:	2	1	0

ANEXO VIII. CUESTIONARIO APGAR DE LAS AMISTADES

	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez
1.- Estoy satisfecho de poder recurrir a mis amigos cuando tengo problemas. Comentarios:	2	1	0
2.- Estoy satisfecho de la forma en que mis amigos conversan y comparten sus problemas conmigo. Comentarios:	2	1	0
3.- Estoy satisfecho de la forma en que mis amigos aceptan y apoyan mis deseos de emprender nuevas actividades o caminos. Comentarios:	2	1	0
4.- Estoy satisfecho de la forma en que mis amigos expresan afecto y responden a mis emociones como rabia, pena o amor. Comentarios:	2	1	0
5.- Estoy satisfecho de la forma en que mis amigos comparten su tiempo conmigo. Comentarios:	2	1	0

ANEXO IX. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola,

Te invitamos a participar en esta investigación. Para hacerlo, te pediremos que leas con mucha atención este consentimiento antes de decidir si quieres participar o no.

A. Objetivo del Estudio

Esta investigación se enmarca dentro de un trabajo de Memoria para la obtención del Título de Psicólogo de la Universidad de Chile. Tiene como objetivo caracterizar a la población adolescente de la comuna de Puente Alto, respecto a su capacidad para enfrentar las dificultades que se presentan en la vida y la relación de esta facultad con otras propiedades psicosociales. Lograr este propósito ayuda a generar mayor conocimiento sobre los adolescentes, lo que es de gran utilidad para los profesionales de la educación y la salud que intentan comprender el comportamiento de la juventud.

B. Procedimientos del Estudio

Si tú estás de acuerdo en participar y tus padres, cuidadores o apoderado autorizan tu colaboración, deberás responder las encuestas y cuestionarios que se te entregarán durante la evaluación.

El estudio se realizará en dos días, con una duración de entre 30 minutos a una hora por jornada, por lo que agradecemos tu asistencia para lograr completar el estudio.

Para empezar se te entregará un cuestionario de antecedentes personales que debes responder según tu historia personal y familiar. Es importante que sepas que los datos personales que entregues, no estarán a disposición de personas ajenas a la investigación, es decir, tus compañeros, profesores, inspectores, etc. Ellos NO tendrán acceso a la información que tú entregues.

Luego se te entregarán un total de cinco cuestionarios que indagan algunas propiedades psicológicas, dos cuestionarios en una primera jornada y tres en una segunda jornada. Deberás completar estos cuestionarios en su totalidad, teniendo cuidado en no dejar preguntas sin responder.

C. Beneficios

Al participar en este estudio, podrás ser informado(a) y orientado(a) ante la eventualidad de presentar algún problema de salud mental que haga necesaria su atención clínica. Por esto, de encontrar algún indicador que sugiera la necesidad de recibir atención psicológica, se te informará a ti y a tus padres para que recibas atención y apoyo, si así tú lo deseas y tus padres lo consienten.

D. Información Adicional

Existen algunas condiciones que es necesario que sepas:

Confidencialidad: Tu nombre y tus datos no serán publicados ni estarán a disposición de personas ajenas al estudio. Sólo se utilizarán para los fines de la investigación.

Costos y pagos: Tu participación no tiene costo para ti ni para tu familia, ni tampoco se efectuarán pagos por ella.

Preguntas: Si tuvieses alguna duda o quisieras hacer alguna pregunta respecto a la investigación puedes acercarte a la investigadora responsable del estudio: Marcela Pineda Gálvez (Licenciada en Psicología de la Universidad de Chile).

E. Consentimiento

La participación en el presente estudio es voluntaria, por lo que tienes plena libertad de rehusarte a participar en él o puedes retirarte en cualquier momento. Tu decisión acerca de participar o no en este estudio, no tendrá ninguna influencia sobre tu presente o futuro como alumno de este establecimiento.

Es requisito necesario para incluirte en el estudio contar con tu consentimiento y la autorización de tus padres, cuidadores o apoderado. Si no logras certificar tu participación con la firma en este documento por parte de un adulto responsable, no puedes participar de la investigación.

He leído la explicación de este estudio teniendo la oportunidad de discutirlo y de hacer preguntas.

Nombre del (de la) participante: _____

RUT y Firma del (de la) participante: _____

RUT y Firma del apoderado: _____

ANEXO X. CARTA A LOS APODERADOS

Señor Apoderado:

Por medio de la presente carta, me dirijo a usted para informarle sobre una investigación que se está realizando al interior del.....

Este estudio tiene como propósito lograr conocer las características psicológicas de la población adolescente vulnerable de la comuna de Puente Alto, respecto a su capacidad para enfrentar las dificultades que se presentan en la vida y la relación de esta capacidad con otras propiedades psicosociales. Lograr este objetivo es necesario para generar mayor conocimiento sobre los adolescentes, otorgando herramientas de gran utilidad para los profesionales de la educación y la salud que trabajan con ellos.

Para alcanzar dicho propósito se aplicarán un conjunto de pruebas psicológicas a los alumnos y alumnas de enseñanza media que estén dispuestos a participar en el estudio y que, además, cuenten con la autorización de sus padres, apoderados o cuidadores.

Es importante destacar que los datos personales y familiares que cada alumno(a) reporte, serán confidenciales y sólo serán utilizados con los fines del estudio, por los que ninguna persona ajena a éste (compañeros, profesores, etc.) tendrán acceso a esta información. Aún así, de observarse indicadores que den cuenta de algún problema de salud mental en el (la) alumno(a), se informará tanto al (a la) menor como al apoderado para que reciba la atención y apoyo necesarios, si así él (ella) lo desea y usted lo respalda.

Finalmente, si usted autoriza a su pupilo(a) a participar en este estudio, por favor, firme el consentimiento informado que acompaña esta comunicación. De lo contrario, se dará por entendido su deseo de no participar.

Agradeciendo de antemano su buena disposición y colaboración, se despide atentamente de usted,

Marcela Pineda Gálvez

Licenciada en Psicología, Universidad de Chile

Investigadora Responsable

**ANEXO XI. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LA ESCALA SV-RES,
EN GRUPO TOTAL Y POR SEXO**

	Total		Hombres		Mujeres	
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>
Total	246,63	30,310	248,69	31,074	245,58	29,964
F1	20,53	3,034	21,19	3,037	20,19	2,985
F2	20,22	2,973	20,28	2,883	20,18	3,026
F3	20,00	3,024	19,59	3,394	20,21	2,807
F4	19,73	3,277	20,22	3,329	19,48	3,232
F5	19,77	3,235	20,18	3,399	19,56	3,139
F6	20,57	3,200	20,83	3,110	20,44	3,246
F7	22,25	3,021	22,01	2,983	22,38	3,042
F8	20,00	3,478	20,22	3,417	19,89	3,514
F9	19,63	3,464	19,73	3,410	19,57	3,501
F10	21,30	2,972	21,45	2,939	21,22	2,995
F11	21,36	3,083	21,51	3,132	21,29	3,065
F12	21,28	3,312	21,47	3,226	21,18	3,361

ANEXO XII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL SEXO

	Hombres		Mujeres		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	248,69	31,074	245,58	29,964	0,739	0,461
F1	21,19	3,037	20,19	2,985	2,406	0,017
F2	20,28	2,883	20,18	3,026	0,242	0,809
F3	19,59	3,394	20,21	2,807	-1,490	0,138
F4	20,22	3,329	19,48	3,232	1,625	0,105
F5	20,18	3,399	19,56	3,139	1,384	0,168
F6	20,83	3,110	20,44	3,246	0,895	0,372
F7	22,01	2,983	22,38	3,042	-0,866	0,387
F8	20,22	3,417	19,89	3,514	0,679	0,498
F9	19,73	3,410	19,57	3,501	0,330	0,741
F10	21,45	2,939	21,22	2,995	0,551	0,582
F11	21,51	3,132	21,29	3,065	0,529	0,597
F12	21,47	3,226	21,18	3,361	0,649	0,517

ANEXO XIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL FRACASO ESCOLAR

	Repitentes		No repitentes		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	242,74	32,559	249,08	28,641	-1,557	0,121
F1	20,43	3,284	20,58	2,874	-0,369	0,712
F2	19,99	3,139	20,36	2,864	-0,924	0,356
F3	19,81	3,211	20,13	2,905	-0,774	0,440
F4	19,51	3,583	19,87	3,072	-0,804	0,422
F5	19,47	3,393	19,96	3,128	-1,127	0,261
F6	20,09	3,508	20,87	2,960	-1,829	0,069
F7	21,99	3,504	22,42	2,669	-1,066	0,288
F8	19,57	3,666	20,27	3,337	-1,515	0,131
F9	19,31	3,440	19,82	3,477	-1,099	0,273
F10	20,97	3,037	21,51	2,922	-1,352	0,178
F11	20,91	3,082	21,65	3,060	-1,782	0,076
F12	20,70	3,459	21,64	3,174	-2,124	0,035

ANEXO XIV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO A LA CESANTÍA

	Reporta cesantía		No reporta cesantía		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	241,53	29,597	248,36	30,439	-1,501	0,135
F1	20,02	3,116	20,70	2,995	-1,496	0,136
F2	19,86	2,751	20,34	3,043	-1,051	0,294
F3	19,61	3,096	20,14	2,997	-1,160	0,247
F4	19,25	3,309	19,89	3,259	-1,289	0,199
F5	19,05	3,381	20,01	3,157	-1,982	0,049
F6	20,02	3,496	20,76	3,080	-1,539	0,125
F7	21,49	3,411	22,51	2,840	-2,266	0,024
F8	19,69	3,250	20,10	3,555	-0,780	0,436
F9	19,15	3,347	19,79	3,498	-1,214	0,226
F10	20,73	2,791	21,49	3,015	-1,709	0,089
F11	21,34	2,720	21,37	3,205	-0,066	0,947
F12	21,31	2,818	21,27	3,472	0,078	0,938

ANEXO XV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

	Reporta consumo		No reporta consumo		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	237,35	32,566	249,51	29,072	-2,633	0,009
F1	19,84	3,017	20,74	3,015	-1,941	0,053
F2	19,69	3,102	20,38	2,921	-1,502	0,134
F3	19,20	3,147	20,25	2,950	-2,278	0,024
F4	18,89	3,414	19,99	3,198	-2,188	0,030
F5	18,73	3,280	20,09	3,161	-2,769	0,006
F6	19,89	3,414	20,78	3,110	-1,808	0,072
F7	22,15	3,015	22,29	3,030	-0,305	0,760
F8	19,02	3,639	20,31	3,379	-2,422	0,016
F9	18,93	3,605	19,84	3,401	-1,717	0,087
F10	20,47	3,656	21,55	2,686	-2,380	0,018
F11	20,35	3,954	21,68	2,693	-2,842	0,005
F12	20,20	4,052	21,61	2,981	-2,798	0,006

ANEXO XVI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA TOTAL Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

	Reporta enfermedad		No reporta enfermedad		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	241,82	33,711	249,38	28,103	-1,818	0,070
F1	20,09	3,334	20,78	2,825	-1,682	0,094
F2	19,70	3,106	20,49	2,880	-1,941	0,054
F3	19,57	3,296	20,26	2,832	-1,669	0,097
F4	19,21	3,674	19,99	3,027	-1,745	0,082
F5	19,21	3,541	20,11	3,002	-2,058	0,041
F6	20,54	3,567	20,56	3,004	-0,055	0,956
F7	22,11	3,193	22,32	2,946	-0,497	0,620
F8	19,63	3,704	20,24	3,337	-1,274	0,204
F9	19,10	3,965	19,97	3,102	-1,838	0,067
F10	20,90	3,427	21,51	2,697	-1,475	0,142
F11	20,87	3,637	21,65	2,708	-1,852	0,065
F12	20,90	3,448	21,49	3,236	-1,295	0,196

ANEXO XVII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL SEXO

	Hombres		Mujeres		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	61,90	14,093	54,45	16,037	3,141	0,002
Personal	34,52	8,431	30,10	10,146	2,980	0,003
Social	10,94	2,913	10,18	2,823	1,727	0,086
Escolar	8,68	3,745	7,76	3,613	1,632	0,104
Familiar	7,77	3,952	6,40	3,983	2,247	0,026

ANEXO XVIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL FRACASO ESCOLAR

	Repitente		No repitente		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	56,19	15,669	57,19	15,932	-0,431	0,667
Personal	31,79	9,746	31,32	9,922	0,321	0,749
Social	10,43	3,107	10,41	2,719	0,032	0,975
Escolar	7,33	3,696	8,50	3,599	-2,176	0,031
Familiar	6,64	4,069	6,96	3,992	-0,539	0,590

ANEXO XIX. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

	Reporta enfermedad		No reporta enfermedad		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	Total	52,84	15,299	59,30		
Personal	29,57	9,797	32,70	9,729	-2,146	0,033
Social	10,12	2,988	10,64	2,778	-1,224	0,222
Escolar	7,36	3,369	8,48	3,788	-2,044	0,042
Familiar	5,80	3,728	7,47	4,041	-2,839	0,005

ANEXO XX. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significancia
Total	Inter-grupos	3005,141	3	1001,714	4,211	0,007
	Intra-grupos	45671,492	192	237,872		
	Total	48676,633	195			
Personal	Inter-grupos	680,160	3	226,720	2,396	0,070
	Intra-grupos	18170,840	192	94,640		
	Total	18851,000	195			
Social	Inter-grupos	37,256	3	12,419	1,524	0,210
	Intra-grupos	1564,437	192	8,148		
	Total	1601,694	195			
Escolar	Inter-grupos	93,095	3	31,032	2,351	0,074
	Intra-grupos	2534,395	192	13,200		
	Total	2627,490	195			
Familiar	Inter-grupos	228,389	3	76,130	5,015	0,002
	Intra-grupos	2914,386	192	15,179		
	Total	3142,776	195			

ANEXO XXI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO A LA CESANTÍA

	Reporta cesantía		No reporta cesantía		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	51,71	15,973	58,46	15,438	-2,611	0,010
Personal	28,83	9,857	32,36	9,700	-2,183	0,030
Social	9,75	3,317	10,64	2,681	-1,871	0,063
Escolar	7,04	3,892	8,38	3,548	-2,214	0,028
Familiar	6,08	3,596	7,08	4,123	-1,501	0,135

ANEXO XXII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

	Reporta consumo		No reporta consumo		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
Total	50,49	16,184	58,91	15,147	-3,313	0,001
Personal	27,88	11,011	32,71	9,132	-3,040	0,003
Social	9,96	2,813	10,57	2,876	-1,297	0,196
Escolar	7,47	3,435	8,24	3,737	-1,283	0,201
Familiar	5,18	3,414	7,39	4,059	-3,418	0,001

**ANEXO XXIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE
GOLDBERG, RESPECTO AL SEXO**

	Hombres		Mujeres		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	Goldberg	2,95	2,522	5,02		

**ANEXO XXIV. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE
GOLDBERG, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD**

	Reporta enfermedad		No reporta enfermedad		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	Goldberg	5,24	3,437	3,80		

ANEXO XXV. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significancia
Inter-grupos	155,577	3	51,859	5,347	0,001
Intra-grupos	2211,177	228	9,698		
Total	2366,754	231			

ANEXO XXVI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO A LA CESANTÍA

	Reporta Cesantía		No reporta cesantía		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	Goldberg	5,08	3,446	4,06		

ANEXO XXVII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

	Reporta consumo		No reporta consumo		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	Goldberg	5,33	3,266	4,01		

ANEXO XXVIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL SEXO

	Hombres		Mujeres		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
APGAR familiar	6,33	2,738	5,42	2,839	2,337	0,020

ANEXO XXIX. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

	Reporta enfermedad		No reporta enfermedad		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
APGAR familiar	5,02	3,063	6,16	2,623	-2,948	0,004

ANEXO XXX. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL REPORTE DE ENFERMEDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significancia
Inter-grupos	88,439	3	29,480	3,807	0,011
Intra-grupos	1765,453	228	7,743		
Total	1853,892	231			

ANEXO XXXI. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO A LA CESANTÍA

	Reporta cesantía		No reporta cesantía		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	APGAR familiar	5,10	2,934	5,94		

ANEXO XXXII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

	Reporta consumo		No reporta consumo		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
	APGAR familiar	4,80	2,669	6,02		

ANEXO XXXIII. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CUESTIONARIO APGAR DE LAS AMISTADES DE SMILKSTEIN, RESPECTO AL SEXO

	Hombres		Mujeres		Valor <i>t</i>	Significancia (bilateral)
	\bar{X}	<i>DS</i>	\bar{X}	<i>DS</i>		
APGAR amistades	7,19	2,856	8,31	1,845	-3,583	0,000

ANEXO XXXIV. MATRIZ DE CORRELACIONES

		Resiliencia	Salud Mental	Autoestima	Percepción de funcionamiento familiar	Percepción de apoyo social
Resiliencia	Correlación de Pearson	1	-0,520**	0,561**	0,536**	0,226**
	Significancia (Bilateral)		0,000	0,000	0,000	0,001
Salud Mental	Correlación de Pearson	-0,520**	1	-0,627**	-0,431**	-0,010
	Significancia (Bilateral)	0,000		0,000	0,000	0,889
Autoestima	Correlación de Pearson	0,561**	-0,627**	1	0,459**	0,110
	Significancia (Bilateral)	0,000	0,000		0,000	0,124
Percepción de funcionamiento familiar	Correlación de Pearson	0,536**	-0,431**	0,459**	1	0,016
	Significancia (Bilateral)	0,000	0,000	0,000		0,824
Apoyo social percibido	Correlación de Pearson	0,226**	-0,010	0,110	0,016	1
	Significancia (Bilateral)	0,001	0,889	0,124	0,824	

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

