



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Salud Mental y Calidad de Vida:

**Estudio descriptivo-correlacional en adolescentes que cursan la
enseñanza media en colegios de la comuna de Graneros**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autora:
Claudia Madrid Silva

Profesor Patrocinante:
Loreto Leiva Bahamondes

Santiago, Chile
2014

Agradecimientos

Luego de finalizar este proceso quiero agradecer a los estudiantes que participaron en este estudio, por su tiempo y disposición. Porque gracias a la voluntad de ellos es posible conocer un poco sobre cómo es la realidad de los adolescentes en Graneros.

A los directores y psicólogos de los colegios participantes que creyeron en mí, por abrir sus puertas y por su amabilidad.

A la profesora Loreto Leiva por el apoyo que sentí en todo momento, por ser una guía constructiva en este proceso y porque siempre tuvo una sonrisa.

A mis padres y hermanos, por cada experiencia vivida junto a ellos, ya que han sido fundamentales para crecer y aprender. Por su apoyo y motivación en momentos de crisis.

A los maestros de tao zen, Arnau y Marisol, por su profundo amor y por sus enseñanzas; las cuales fueron fundamentales para finalizar y disfrutar este proceso.

Y, sobre todo, a Dios. Por ponerme en el camino cada situación y persona en esta etapa. Por enseñarme que en armonía con nuestra divinidad todo es posible y se vive mejor.

Índice

1. Introducción.....	6
2. Antecedentes	9
2.1 <i>Salud Mental</i>	9
2.2 <i>Salud Mental en la adolescencia</i>	10
2.3 <i>Calidad de Vida en la adolescencia.....</i>	12
2.4 <i>Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Salud Mental y la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes</i>	14
2.4.1 <i>Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Salud Mental</i>	14
2.4.2 <i>Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Calidad de Vida</i>	18
3. Hipótesis.....	20
4. Objetivos	21
4.1 <i>Objetivo General</i>	21
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	21
5. Método.....	22
5.1 <i>Diseño.....</i>	22
5.2 <i>Participantes</i>	22
5.3 <i>Técnicas de recolección de datos</i>	23
5.3.1 <i>Encuesta/Ficha de caracterización de antecedentes personales y familiares ..</i>	24
5.3.2 <i>Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12).....</i>	24
5.3.3 <i>Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein</i>	26
5.3.4 <i>Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein.....</i>	27
5.3.5 <i>Cuestionario Calidad de Vida relacionada con la Salud Kidscreen 52.....</i>	28
5.4 <i>Análisis.....</i>	31
5.5 <i>Procedimiento</i>	33
5.6 <i>Consideraciones éticas</i>	34
6. Resultados	35
6.1 <i>Caracterización de los adolescentes</i>	35
6.1.1 <i>Antecedentes sociodemográficos</i>	35
6.1.2 <i>Antecedentes psicosociales</i>	36

6.1.2.1 Factores psicosociales obtenidos mediante la Encuesta de caracterización de Antecedentes Personales y Familiares.....	36
6.1.2.2 Factores psicosociales obtenidos mediante el Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.....	38
6.1.2.3 Factores psicosociales obtenidos mediante el Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein.....	38
6.2 <i>Salud Mental, factores sociodemográficos y psicosociales.....</i>	39
6.3 <i>Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), factores sociodemográficos y psicosociales.....</i>	42
6.4 <i>Relación entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.....</i>	46
7. Discusiones y Conclusiones	48
8. Referencias	57
9. Anexos	67
9.1 <i>Anexo I. Encuesta de caracterización de Antecedentes Personales y Familiares..</i>	67
9.2 <i>Anexo II. Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12)</i>	72
9.3 <i>Anexo III. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.....</i>	73
9.4 <i>Anexo IV. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein</i>	74
9.5 <i>Anexo V. Cuestionario Calidad de Vida relacionada con la Salud Kidscreen 52.....</i>	75
9.6 <i>Anexo VI. Carta dirigida a los directores (as) de los establecimientos educacionales</i>	82
9.7 <i>Anexo VII. Formulario de Consentimiento informado dirigido al alumno</i>	83
9.8 <i>Anexo VIII. Carta dirigida a los padres</i>	85

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito indagar en la Salud Mental y en la Calidad de Vida relacionada con la Salud de adolescentes que cursan la enseñanza media en dos colegios de la comuna de Graneros, Sexta Región; con la finalidad de obtener datos en pos de la prevención y promoción de la Salud Mental. La metodología utilizada fue cuantitativa de tipo exploratoria/descriptiva, debido a que se pretendió generar una primera aproximación a tales conceptos en esta comuna.

Entre los resultados destacó que los adolescentes presentaron un buen nivel de Salud Mental y una adecuada percepción de su Calidad de Vida relacionada con la Salud; corroborándose que ambos conceptos están relacionados. Al indagar en los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la Salud Mental y a la Calidad de Vida, se encontró que algunos de estos se comportaron de manera distinta a lo señalado por la literatura; siendo el resultado más llamativo el nivel educacional de los padres, ya que cuando éste fue más precario, mayores fueron los puntajes evidenciados en Salud Mental y en Calidad de Vida.

Finalmente se concluyó, que el presente estudio aporta información relevante en dos niveles. En primer lugar, a nivel práctico, pues entrega datos que servirán para generar intervenciones en los establecimientos educacionales participantes con el objetivo de prevenir posibles trastornos mentales y promocionar la Salud Mental. Y, en segundo lugar, la presente investigación aporta en un nivel teórico, entregando datos que pueden generar futuras líneas de investigación en torno al tema.

1. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 señaló que si bien la salud en general ha mejorado en diversos países, la Salud Mental sigue presentando altos índices de prevalencia; entre el 10 al 20% de personas menores de 18 años tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Debido a esta alta prevalencia, la promoción y la prevención de la Salud Mental de los adolescentes es un tema de relevancia a investigar en el ámbito de la salud pública de las naciones (OMS, 2004a).

Sumado a lo anterior, estudiar lo que sucede con la Salud Mental en la adolescencia resulta fundamental, pues es escasa la información en torno al tema al compararla con aquella que se cuenta en población adulta, especialmente en países en desarrollo (OMS, 2001; Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia & Kohn, 2012). Tal es el caso de Chile, ya que, a pesar de existir una importante incidencia de psicopatología en la población infanto-juvenil chilena (Haquín, Larraguibel & Cabezas, 2004), los estudios epidemiológicos realizados sobre Salud Mental en este rango etario son escasos (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

No obstante, existe evidencia científica que indica que durante la adolescencia se pueden incorporar y arraigar comportamientos tanto saludables como dañinos para la salud. Y, estos comportamientos, no sólo repercuten en la salud actual de este grupo poblacional, sino que también, afectan la situación de salud en el transcurso de sus vidas (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011). Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos, están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia; siendo fundamental realizar acciones preventivas en la adolescencia que favorezcan una mejor salud de la futura población adulta (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). Ya que no sólo se mejoraría la salud, sino que además, disminuiría la carga económica de los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía, permite reconocer a la adolescencia como una etapa crucial para intervenir en la salud de las personas; siendonecesario generar investigaciones que brinden información es pos de desarrollar tales intervenciones (MINSAL, 2011).

Otro aspecto a considerar relevante en el estudio de la Salud Mental de los adolescentes tiene relación con que los problemas de Salud Mental no sólo inciden en el

funcionamiento cotidiano actual y futuro de los jóvenes sino que, también, afecta en la Calidad de Vida de ellos y de su entorno (Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, Bullinger&the BELLA studygroup, 2008a). Ya que de acuerdo a la definición de la OMS (2001), Salud Mental, se refiere a un estado de bienestar psicosocial, y no sólo a la ausencia de trastornos mentales; siendo una dimensión esencial de la Calidad de Vida que está relacionada con una amplia gama de factores (García, 2005). Así, resulta importante su estudio tanto en personas que presenten trastornos mentales como en personas sanas; debido a que si un sujeto no presenta un trastorno mental no significa necesariamente que posea un nivel alto de Salud Mental (MINSAL, 1993).

Por todo lo expuesto anteriormente, la presente investigación se propuso indagar en el nivel de Salud Mental y en la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes. Y, además, describir los factores sociodemográficos y psicosociales que se asocian con ambos conceptos, -ya que existe evidencia para afirmar que estos factores tienen relación con el desarrollo de los trastornos mentales, y la Salud Mental en general- (OMS, 2004b) con la finalidad de aportar con información en pos de prevenir los trastornos mentales y promocionar la Salud Mental de los jóvenes. Y, de potenciar la Calidad de Vida de estos.

En este contexto, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el primer paso en la investigación y planificación de servicios en torno a la Salud Mental, es la recolección de datos relevantes de acuerdo a las particularidades y vulnerabilidades de cada sector de la población en específico (OMS, 2001). Así, la presente investigación se enmarcó en el estudio de adolescentes de ambos sexos que cursan la enseñanza media en colegios de la comuna de Graneros.

El tipo de estudio fue cuantitativo no experimental de tipo exploratorio/descriptivo y tuvo como objetivo responder las siguientes interrogantes: ¿Cómo es el nivel de Salud Mental y la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes que cursan la enseñanza media en la comuna de Graneros?, ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a estos dos conceptos? Y, finalmente saber si ¿El nivel de Salud Mental está relacionado con la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes que cursan la enseñanza media en la comuna de Graneros?

Al responder las preguntas planteadas anteriormente, se concluyó que los datos obtenidos son un aporte a nivel práctico y a nivel teórico. En primer lugar, a nivel práctico,

considerando que los datos obtenidos serán utilizados en los establecimientos educacionales participantes para la generación de diversas intervenciones en pos de mejorar su nivel de Salud Mental y, por ende, su percepción de la Calidad de Vida. Considerando que la escuela puede tener una participación relevante en la promoción de un bienestar mental adecuado y en la determinación del nivel de Salud Mental de los y las adolescentes. Igualmente, la promoción efectiva de éste en los ambientes educacionales fortalecen el desarrollo en esta etapa del ciclo vital (George, Guzmán, Hartley, Silva, Squicciarini & Zapata, 2004). Y, en segundo lugar, el presente estudio pretende ser un aporte a nivel teórico, ya que los resultados obtenidos pueden generar posibles líneas de investigación a futuro.

A continuación se presentarán los antecedentes teóricos y empíricos en torno a los principales conceptos de Salud Mental y Calidad de Vida con la finalidad de comprender qué sucede con ellos en la etapa de la adolescencia. Finalizada la exposición de los antecedentes, se plantearán los objetivos que dieron los lineamientos a la presente investigación. Posteriormente, en el apartado “Método” se darán a conocer el tipo de diseño utilizado, así como los participantes que se encuentran incluidos en la realización de este estudio. También, se hará mención a los procedimientos y técnicas de recolección de información y a las consideraciones éticas que enmarcan esta investigación. Los últimos apartados denominados “Resultados” y “Discusión y Conclusiones” exponen los hallazgos del estudio durante el proceso investigativo; así como también se dará cuenta del proceso de reflexión y análisis realizado a partir de los resultados encontrados.

2. Antecedentes

2.1 Salud Mental

En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2009, p.1). Surgiendo múltiples estudios que afirman la existencia de una interdependencia entre la Salud física, mental y social (OMS, 2004a).

En este sentido, la Salud Mental, se instala como un pilar central en el bienestar de los sujetos, sociedades y naciones y, se define como: un “estado de bienestar emocional, afectivo y cognitivo que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004a, p.7).

Si bien esta definición refiere que la Salud Mental es fundamental en el bienestar de los sujetos y de las comunidades, lamentablemente en varios países no se le ha otorgado a ésta y a los trastornos mentales la misma relevancia que a la Salud física, evidenciándose un bajo nivel de Salud Mental en la población en general (OMS, 2004a). Por lo cual, la Organización Panamericana de la Salud, instala a la Salud Mental dentro de las principales prioridades en el ámbito de la Salud Pública, destacando al respecto que debe ser un tema de preocupación para todos los países y de interés para todas las personas (OPS, 2012), y no sólo para un segmento reducido o aislado que se ve afectado por algún problema de Salud Mental (OMS, 2004a).

Debido a que la Salud Mental de un individuo afecta a la sociedad en su totalidad (OMS, 2004a); se genera cotidianamente en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas; y, es un recurso relevante para los individuos, familias, comunidades y naciones (OMS, 2004c); pues al existir un buen nivel de Salud Mental existe la posibilidad de fomentar la competencia de los individuos y comunidades, y de permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2004a); contribuyendo a todos los aspectos de la vida humana: emocional, social, intelectual y espiritual (MINSAL, 2000).

El nivel de Salud Mental de un individuo, se puede representar como un continuo entre dos polos: bajo y alto nivel de Salud Mental (MINSAL, 1993). Dentro de los factores que influyen en éste, es importante considerar que la presencia de una enfermedad mental no es la única variable que lo determina, ya que, aún si una persona presenta un

trastorno mental, ésta puede alcanzar un buen nivel de Salud Mental, siempre cuando cuente con otros factores facilitadores o potenciadores de su bienestar como son las relaciones familiares, el apoyo social, la inserción escolar o laboral, entre otros (MINSAL, 1993). Como refiere el Plan de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, la existencia de una buena Salud Mental está influenciada no sólo por factores biológicos de las personas o grupos, sino que también de las condiciones en las que ellos viven (MINSAL, 2000).

2.2 Salud Mental en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud, plantea que el primer paso en la planificación de servicios de Salud Mental es la recolección de datos relevantes (OMS, 2001), de acuerdo a las particularidades y vulnerabilidades de cada persona, ya sea por su rango etario (niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor), por su condición y riesgos reproductivos, o por su condición social, étnica, laboral o de discapacidad (OPS, 2012). El proyecto Atlas de recursos en Salud Mental fue elaborado con tal finalidad, y describe que la información disponible sobre la población Infanto-juvenil se caracteriza por ser escasa en relación a la población adulta, especialmente en países en desarrollo (OMS, 2001; Vicente et al., 2012). No obstante, a pesar de ser comparativamente escasa en relación a la información sobre Salud mental en la adultez, hay evidencia para afirmar que un número sustancial de adolescentes se ve afectado por problemas de Salud Mental. A nivel mundial, entre el 10 al 20% de personas menores de 18 años presentan uno o más problemas mentales o del comportamiento (OMS, 2001).

Siguiendo la misma línea, en Chile, los estudios epidemiológicos sobre Salud Mental en adolescentes también son escasos -al igual que lo ocurrido en Latinoamérica- (De la Barra et al., 2012). Las investigaciones existentes, refieren una importante incidencia de psicopatología en esta población (De la Barra, Toledo & Rodríguez, 2004; De la Barra, 2010; Haquin et al., 2004; Vicente et al., 2012). Alrededor de un 22,5% de prevalencia -para cualquier trastorno psiquiátrico más discapacidad psicosocial- se ha encontrado en los adolescentes chilenos, siendo esta prevalencia global más alta que en la mayoría de los países (De la Barra et al., 2012; Vicente et al., 2012).

Estas altas cifras, evidencian y actualizan un problema de Salud que no parece estar siendo priorizado adecuadamente por las autoridades (Vicente et al., 2012). De

hecho los resultados obtenidos de encuestas en los últimos años en las áreas de Salud Mental en adolescentes escolarizados en Chile, son inquietantes, encontrándose que: existe una elevada prevalencia de síntomas depresivos, ideación suicida y consumo de sustancias; una percepción de los escolares de una moderada red de apoyo social, reflejada en que sólo la mitad de los escolares encuestados señala tener padres cercanos e involucrados y compañeros amables y gentiles (MINSAL, OPS & OMS, 2005). Asimismo, investigaciones han referido que aquellos escolares que presentan un trastorno psiquiátrico tienen mayor probabilidad de presentar también un problema psicosocial, lo cual aumenta en proporción a la edad (De la Barra et al., 2004; Haquin et al., 2004).

Tal escenario debiese ser investigado con mayor profundidad debido a que de acuerdo a indicadores de salud y socioeconómicos, actualmente en Chile, el grupo de adolescentes y jóvenes corresponden al 25,03% del total de la población y ocupan el mayor porcentaje de población en situación de pobreza (CASEN, 2010 citado en MINSAL, 2011). Además, los adolescentes, están en una etapa crucial del desarrollo humano, la cual presenta características particulares y definidas, producto de varios y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico (Haquin et al., 2004) que conducen a la maduración biopsicosocial que el individuo necesita para su vida adulta. Y, en la cual, los factores psicosociales del entorno próximo como son el barrio, medio escolar, grupo de pares y la familia comienzan a definir críticamente las condiciones, decisiones y las consecuencias que el sujeto tendrá en las etapas posteriores del desarrollo (MINSAL, 2009). Así, muchos de los hábitos perjudiciales para la Salud que provocarán morbilidad o mortalidad en la adultez, se adquieren en el período de la adolescencia (O'Connell, Boat & Warner, 2009; Schutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Por ende, queda patente la relevancia de promover la Salud Mental de todos los adolescentes, presenten o no problemas de Salud Mental (MINSAL, 2009), debiendo ocupar los temas de la promoción del desarrollo psicosocial y de la Salud Mental de los adolescentes ámbitos de acción prioritarios para el desarrollo de los países (MINSAL et al., 2005; O'Connell et al., 2009; OMS, 2001). Ya que, en este período, se pueden incorporar y arraigar, comportamientos tanto dañinos como saludables para la salud (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007) que serán determinantes de la Calidad de Vida y de la Salud Mental en etapas posteriores (MINSAL, 2011).

En Chile, existen investigaciones que han puesto de manifiesto lo expuesto anteriormente; sin embargo, los estudios se han focalizado principalmente en las personas que presentan psicopatología, y la mayoría de las veces, no han observado el contexto familiar y los factores psicosociales asociados a la Salud Mental de esta población (Haquin et al., 2004). Igualmente, no se ha indagado en profundidad en el impacto que tienen los problemas de Salud Mental en la Calidad de Vida de los adolescentes (Ravens-Sieberer, Wille, Erhart, Bettge, Wittchen, Rothenberger, Beate, Herpertz-Dahlmann, Resch, Ho"lling, Bullinger, Barkmann, Schulte-Markwort&Do"pfner, 2008b) y que limitan su funcionamiento cotidiano en la escuela, en el hogar y con sus amistades (Patel et al., 2007).

2.3 Calidad de Vida en la adolescencia

Indagar en la Salud Mental y en los factores psicosociales que pueden influir en ésta, con la finalidad de fomentar actividades de promoción y prevención mental, conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que posibilitan un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo en pos de mejorar la Calidad de Vida (Jané-Llopis, 2005), en cualquier momento y en cualquier estado de salud, enfermedad o daño (MINSAL, 2011).

De manera que estudiar el nivel de Salud Mental y los factores psicosociales asociados a éste, tiene importancia tanto para determinar su prevalencia, como para evaluar la percepción subjetiva de la Calidad de Vida (Martínez, 2013), ya que, los problemas de Salud Mental no sólo tienen gran impacto en el funcionamiento cotidiano, sino que también, en la Calidad de Vida de las personas (Ravens-Sieberer et al., 2008a), siendo la Salud Mental de los adolescente una dimensión esencial de su Calidad de Vida(García, 2005; MINSAL, 2000).

Los estudios sobre Calidad de Vida son innumerables así como en ocasiones el poco entendimiento entre estos (Monardes, 2012). Incluso, se producen confusiones al existir diferentes términos para referirse a ella como si fueran sinónimos, tales como "*bienestar subjetivo*", "*satisfacción con la vida*" y "*bienestar psicológico*", etc., sin explicitar claramente qué se entiende con cada uno de estos (Galloway-Bell, 2006; Gómez-Vela, 2004, citados en Monardes, 2012).

La Calidad de Vida es un concepto que tiene múltiples definiciones existiendo dificultad para aunar criterios en pos de establecer una sola definición (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001). Puede ser comprendida desde muchas perspectivas de acuerdo al contexto en que sea usado el término, la disciplina desde la cual se estudie, el enfoque individual o sociocultural con que se analice, y los discursos en los que se hace referencia al constructo, entre muchas otras variables (Galloway & Bell, 2006; Gómez-Vela, 2004, citados en Monardes, 2012).

Ante tal escenario, con el objeto de buscar un consenso, la OMS en 1991 definió Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (WorldHealthOrganizationQuality of LifeGroup [WHOQOL], 1994 citado en Molina et al., 2012, p.15).

Además, siguiendo en la línea de consensuar las diversas conceptualizaciones que se tiene del término, la Organización Mundial de la Salud establece que la Calidad de Vida es subjetiva; comprende tres niveles: información sobre el funcionamiento, las evaluaciones globales de funcionamiento y las evaluaciones de funcionamiento altamente personales; es multidimensional, incluyendo la dimensión física, psicológica, social y espiritual; e incluye dimensiones tanto positivas como negativas (WHOQOL, 1995, citado en Molina et al., 2012).

La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, pretende reflejar una extensa perspectiva de bienestar que comprende “la satisfacción de la persona con su estatus social, ambiental, psicológico, espiritual y de salud” (OMS, 2004b, p. 2).

En relación a la salud de los individuos, la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) es “la medida concentrada en el concepto de salud o los resultados en el campo de la salud” (Patrick, 2003, citado en Molina et al., 2012, p. 15). Y se define como la salud física y mental percibida individual o grupalmente en el tiempo (Centers for disease control and prevention [CDC], 2000)

Es necesario destacar, que al comprender a la salud como más que la mera ausencia de enfermedad, la CVRS, se interesa en analizar la representación subjetiva del funcionamiento y el bienestar de todas las personas (Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-

Sieberer, Gosch, Simeoni, Auquier & KIDSCREEN group, 2006), es decir, tanto de aquellas con alguna enfermedad o trastorno como de aquellas completamente sanas (Molina et al., 2012; Urzúa, Cortés, Vega, Prieto & Tapia, 2009a).

No obstante, las investigaciones sobre CVRS, en Chile y a nivel internacional, si bien han aumentado en los últimos años, éstas se han centrado principalmente en personas con alguna condición de enfermedad (Urzúa et al., 2009a). Caracterizándose los estudios, primordialmente, por ser más bien un elemento para evaluar tratamientos y la evolución de enfermedades crónicas o la evaluación de la rehabilitación e integración al medio social, después o durante las terapias invasivas o no invasivas (Molina et al., 2012). Adicionalmente, estas investigaciones, en su mayoría, se han centrado en personas adultas y el ámbito de la adolescencia ha presentado escasa atención en comparación con la adultez, al igual que lo ocurrido en el área de la Salud Mental (Urzúa et al., 2009a).

Debido a lo expuesto anteriormente, se estima que es necesario conocer y analizar en profundidad las percepciones de la CVRS de todos los adolescentes, con o sin morbilidades específicas (Molina et al., 2012; Urzúa, Godoy & Ocaño, 2011). Tomando en consideración que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la Calidad de Vida varían de acuerdo a la etapa evolutiva. De modo que los variados procesos, cambios y desafíos que deben afrontar los adolescentes en los diferentes ámbitos de sus vidas pueden afectar directa o indirectamente en la percepción de su CVRS (Gómez-Vela & Sabeh, 2000), así como, en los factores que influyen en ésta (Rajmil et al., 2001), de forma diferente a lo que puede suceder en otra etapa del desarrollo de los sujetos.

2.4 Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Salud Mental y la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes

2.4.1 Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Salud Mental

Al existir altas tasas de prevalencia de los problemas de Salud Mental en adolescentes y, por ende, ser un tema de relevancia para la salud pública, es importante comprender qué factores influyen en su ocurrencia en los distintos espacios que se

desenvuelven: el hogar, la escuela, el barrio, entre otros (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer & the BELLA studygroup, 2008); con la finalidad de prevenir los trastornos mentales y promocionar una adecuada Salud Mental, ya que existe evidencia de que los factores psicosociales tienen relación con el desarrollo de los trastornos mentales, y la Salud Mental en general (OMS, 2004b).

Al respecto, está claro que propiciar entornos promotores de la salud, del crecimiento físico y del desarrollo en la adolescencia, está relacionado con la capacidad de identificar cómo los factores psicosociales de riesgo influyen en el desarrollo y, al mismo tiempo, cómo se pueden fortalecer los factores psicosociales protectores para mejorar las condiciones en que viven los adolescentes (OMS, 2004c). De manera que mientras más temprano ocurra la detección de la presencia de factores de riesgo, mayor será la probabilidad de actuar sobre estos, o de disminuir sus efectos en los sujetos. Simultáneamente, si se logra identificar los factores protectores, se favorecerá con mayor fuerza el diseño de estrategias de intervención de carácter integral (George et al., 2004).

Reconociendo la importancia de los factores psicosociales en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción del nivel de Salud Mental es que resulta interesante investigar cuáles son los principales factores psicosociales y sociodemográficos que se asocian con el nivel de Salud Mental.

Los factores a considerar en este estudio, serán seleccionados de acuerdo a cuáles son los factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con la Salud Mental con mayor significancia en investigaciones previas en población similar a la abarcada en el presente estudio.

Dentro de los factores sociodemográficos, se ha encontrado que el sexo y la edad, están asociados con los problemas de Salud Mental. Respecto al sexo, pertenecer al género femenino aumenta la probabilidad de presentar un trastorno mental (Benjet, Borges, Medina, Zambrano & Aguilar, 2009; De la Barra et al., 2012; Haquin et al., 2004). Y, en cuanto a la edad, se evidencia que al ir aumentando ésta, se incrementa el riesgo de presentar un trastorno mental (Canino et al., 2004; De la Barra et al., 2004, Merikangas et al., 2010; Wille et al., 2008).

Además, resultados de varias investigaciones indican una asociación entre los problemas de Salud Mental y altos indicadores de pobreza, siendo el nivel

socioeconómico bajo uno de los factores de riesgo con mayor prevalencia en la Salud Mental de los adolescentes (De la Barra et al., 2012; OMS, 2004a; Vicente et al., 2012; Wille et al., 2008). Algunas investigaciones refieren que individuos con un nivel socioeconómico bajo y un nivel educacional precario de los padres presentan mayores problemas de Salud Mental (Canino et al., 2004; Esquís, Limonero & López, 2013; Rodríguez & Velarde, 2013). Otros estudios, señalan que el hecho de pertenecer a una familia con un bajo nivel socioeconómico, influiría en que los adolescentes deban asumir responsabilidades de carácter adulto, tales como, estar casado, tener un hijo y/o estar trabajando; lo cual es un factor que está relacionado con una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental (Benjet et al., 2009).

Adicionalmente a los factores sociodemográficos relacionados con la Salud Mental, también se ha observado que dentro de los factores psicosociales que influyen en ésta, el propio comportamiento de los adolescentes es un factor que incide de manera importante en su Calidad de Vida y en su Salud Mental (Pineda, 2011), evidenciándose que las conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y, de aquellas sexuales, son factores que influyen en la existencia de un mejor o peor nivel de Salud Mental (Haquin et al., 2004; Pineda, 2011).

Pero no sólo las conductas de riesgo a las que están expuestos los adolescentes influyen en la Salud Mental de ellos, sino que también, aquellas que experimentan sus padres (Pineda, 2011; Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda & Bórquez, 2008), pues en este período del desarrollo al ser una etapa donde los adolescentes se ven más influenciados por otros, estos pueden adquirir conductas a través de modelos observados en los ambientes en que se desenvuelven (Florenzano & Valdés, 2005).

Siendo la familia, las amistades y la escuela, elementos fundamentales en el contexto vital de los adolescentes. Los cuales pueden actuar como factores psicosociales que, en ciertas circunstancias, pueden ser un obstáculo para el desarrollo de un adecuado nivel de Salud Mental (Santander et al., 2008).

En relación a la familia, se ha podido apreciar que los efectos perjudiciales de situaciones familiares difíciles, como el maltrato infantil, el abuso sexual, presencia de alguna enfermedad física o mental en alguno de los padres (De la Barra et al., 2012; O'Connell et al., 2009; Wille et al., 2008), historia de psicopatología en la familia (De la

Barra et al., 2012; Vicente et al., 2012; Wille et al., 2008), pueden menoscabar la Salud Mental de los adolescentes e influir en la percepción del funcionamiento familiar de los adolescentes (Pineda, 2011; Wille et al., 2008). Debido a que la familia constituye uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social del joven y es - pese a ser muy cuestionada por éste- un espacio contenedor de las ansiedades propias del proceso de desarrollo característico en que está (Haquin et al., 2004). La familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como también del apoyo brindado (Forero, Avendaño, Duarte & Campo-Arias, 2006). De modo que las personas con quién vive el adolescente -por ejemplo, si vive con un solo padre o con algún padrastro- puede influir en la Salud Mental de los individuos (De la Barra et al., 2012; Vicente et al., 2012; Wille et al., 2008). Asimismo, la disfunción en las relaciones familiares -especialmente entre los padres con sus hijos- es otro factor que está asociado a una mayor prevalencia de problemas de Salud Mental (O'Connell et al., 2009; Vicente et al., 2012).

La calidad de la interacción de la familia, puede influir tanto de manera negativa en el funcionamiento del adolescente, como de forma positiva; siendo uno de los factores protectores de mayor importancia cuando funciona adecuadamente. Ya que la familia es el escenario principal del desarrollo del sujeto (OPS, 1996) y cuando existe una percepción de un buen funcionamiento familiar, se disminuye el riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico (De la Barra et al., 2012).

En cuanto a las amistades, las interacciones que establece con sus amigos o pares, son un factor protector, en tanto proveen un soporte afectivo adicional a la familia y, aún más, en algunos casos, suple las falencias del grupo familiar disfuncional (Florenzano & Valdés, 2005). El grupo actúa como un agente de socialización, en el cual el 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 (Florenzano & Valdés, 2005; Pineda, 2011).

Por último, en el ámbito escolar, las experiencias positivas en el colegio son protectoras en sujetos con familias de nivel socioeconómico bajo. Y, el fracaso escolar o

repetencia, es un factor predictor de diversos desórdenes mentales (De la Barra, Toledo & Rodríguez, 2002; Benjet et al., 2009).

2.4.2 Factores Sociodemográficos y Psicosociales relacionados con la Calidad de Vida

En relación a los factores psicosociales y sociodemográficos que inciden en la Calidad de Vida de los adolescentes no existen muchas investigaciones al respecto, naciendo paulatinamente estudios en torno al tema capaces de entregar información sobre los factores que afectan en la percepción de la Calidad de Vida en los adolescentes (Rajmil et al., 2001).

Dentro de los factores sociodemográficos, existe evidencia para afirmar que en relación al sexo, las mujeres presentan menores puntajes en comparación a los hombres. En cuanto al rango etario, se ha encontrado que a medida que avanza la edad, disminuye la CVRS (Aymerich, Berra, Guillamonm, Herdman, Alonso, Ravens- Sieberer, 2005; Urzúa et al., 2009a, Urzúa et al., 2011, Molina, et al., 2012). Y, sobre el contexto educativo en que se desenvuelven los adolescentes, se ha observado que éste puede influir en la CVRS, aquellos que asisten a colegios particulares poseen, considerablemente, una mejor Calidad de Vida que aquellos que asisten a establecimientos subvencionados y municipales. Por último el nivel socioeconómico también influye en la percepción de la CVRS de los adolescentes (Urzúa et al. 2009a; Urzúa et al., 2009b, Molina et al., 2012). Un nivel socioeconómico bajo puede predecir la Calidad de Vida de los jóvenes. Y, labaja o mediana educación de los padres también impacta a la Calidad de Vida en relación a su bienestar físico y psicológico, sus emociones y su carácter (MINSAL, 2009).

Dentro de los factores psicosociales, diversas investigaciones han concluido que la salud física (Urzúa et al., 2009a), la madurez psicológica, las relaciones con el sexo opuesto o con sus pares y con sus padres pueden influir positiva o negativamente en la Calidad de Vida de los adolescentes (Gómez-Vela, Verdugo & González-Gil, 2007; Navarrete, 2011; Ravens-Sieberer et al., 2008a; Urzúa, Godoy & Ocaño, 2011). Con respecto a este último factor, en un estudio en Chile a adolescentes se encontró que existe una fuerte relación entre el funcionamiento familiar y la percepción de la CVRS, lo cual confirma la importancia de la familia como red social de apoyo emocional como se ha mencionado en el apartado anterior de Salud Mental (Caqueo& Lemos, 2008).

Debido a la escasa información con que se cuenta sobre los factores psicosociales que inciden en la percepción de la CVRS de los/as adolescentes (Urzúa, Godoy & Ocaño, 2011), uno de los objetivos de esta investigación es describir y comparar la percepción de la CVRS que presentan los adolescentes respecto a la presencia de factores sociodemográficos y psicosociales. Esto, en relación, a otro objetivo que es determinar la relación entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la CVRS, pues no sólo se pretende evaluar y ver la relación de ambos conceptos, sino que además, investigar sobre los factores asociados tanto a la Salud Mental y como a la CVRS.

Los objetivos de la presente investigación se han planteado con la finalidad de aportar con información en pos de prevenir los trastornos mentales y promocionar la Salud Mental y la Calidad de Vida en la población adolescente. Considerando que esta información en este rango etario ha sido escasa en comparación a la existente en la adultez, es un tema de interés prioritario en la Salud Pública, es fundamental para prevenir problemas de Salud Mental en etapas posteriores del desarrollo y es relevante para potenciar la Calidad de Vida.

Los adolescentes que se incluyeron en este estudio fueron aquellos que estaban estudiando en colegios con índice de vulnerabilidad escolar -de acuerdo a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB] (2013)- de la comuna de Graneros, Sexta Región de Chile. Para recolectar información la investigación utilizó una metodología de tipo cuantitativa y de carácter exploratorio con un diseño no experimental. Y, los jóvenes abarcados se caracterizaron por ser de ambos sexos y que cursaban entre Primero a Cuarto año de la enseñanza media. Es un estudio exploratorio, -no planteándose hipótesis previamente-, ya que esta población en particular no cuenta con datos previos sobre Salud Mental y/ o Calidad de Vida, por lo cual, se cree que el desarrollo de este estudio será un aporte para la comunidad escolar de Graneros de los colegios participantes en pos de explorar y describir la realidad de los adolescentes pertenecientes a esos establecimientos y, desarrollar estrategias de prevención y promoción de Salud Mental y la CVRS en los colegios.

3. Hipótesis

Los adolescentes pertenecientes al sexo masculino presentarán mejores niveles de Salud Mental y CVRS en comparación a las mujeres.

Los adolescentes de menor edad presentarán mejores niveles de Salud Mental y CVRS en comparación a aquellos de mayor edad.

Los adolescentes con padres con mayor nivel educacional presentarán mejores niveles de Salud Mental y CVRS en comparación a aquellos con padres con nivel educacional más precario.

Existe una relación entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes que cursan enseñanza media en dos colegios de la comuna de Graneros.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar y describir la relación que se establece entre las variables Salud Mental y Calidad de Vida con los factores socioeconómicos y psicosociales en adolescentes que cursan enseñanza media en dos colegios de la comuna de Graneros

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente y psicosocialmente (de manera individual y familiar) a los adolescentes que cursan la enseñanza media en dos colegios de Graneros.
- Describir y comparar el nivel de Salud Mental que presentan los adolescentes que cursan la enseñanza media en dos colegios de la comuna de Graneros, respecto a la presencia de factores sociodemográficos y psicosociales
- Describir y comparar la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud que presentan los adolescentes que cursan la enseñanza media en dos colegios de la comuna de Graneros, respecto a la presencia de factores sociodemográficos y psicosociales.
- Determinar la relación entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

5. Método

5.1 Diseño

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo cuantitativa y corresponde a un estudio descriptivo/correlacional. Pues pretende identificar, definir y describir, la Salud Mental y la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los adolescentes que constituyen la muestra. Y, además, los factores psicosociales y sociodemográficos relacionados con ambos conceptos (Hernández, Fernández & Baptista, 1997); en adolescentes escolarizados de la comuna de Graneros. Asimismo, es un estudio correlacional porque no sólo se describen las variables, sino que además, se pretende observar el grado en que las variables se encuentran relacionadas (Hernández, Fernández & Baptista, 1997)

El diseño de investigación que se utiliza es no experimental, pues no existe manipulación de variables. Por último, al efectuarse sólo una medición, se caracteriza por ser transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 1997).

5.2 Participantes

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico y de carácter intencionado. Los adolescentes considerados son aquellos que asisten a cualquiera de los seis establecimientos escolares de la comuna de Graneros que están dentro del índice de vulnerabilidad escolar de la JUNAEB (2013).

El tamaño muestral se calculó en base a un $\alpha=0,05$, es decir, con un nivel de confianza de 95%, y un margen de error de 5%. A partir de lo cual se logró definir una muestra mínima de 214 individuos. Pese a la dificultad para acceder a los adolescentes y contar con su colaboración, se logró la participación de 304 jóvenes. De los cuales, sólo 291 completaron todos los cuestionarios; siendo éste el número final de adolescentes considerados en el estudio. Estos se caracterizaron por ser de ambos sexos y sus edades fluctuaron entre los 14 y 19 años, es decir, sujetos en las etapas media y tardía de la adolescencia (MINSAL, 2011). Respecto a la escolaridad, los estudiantes que integraron la muestra estaban cursando entre primero y cuarto año de la enseñanza media.

Participaron en la investigación jóvenes de dos establecimientos educacionales. Uno de ellos, el colegio Nuestra señora, el cual presenta un índice de vulnerabilidad escolar de 55,5% según los criterios de la JUNAEB (2013) y es de dependencia particular subvencionado. El otro establecimiento fue la Escuela Agrícola Cristo Obrero, el cual posee un índice de vulnerabilidad escolar de 73,2% según los criterios de la JUNAEB (2013) y, también, de dependencia particular subvencionado. Este índice es una medición anual de los establecimientos educacionales subsidiados por el Estado, que arroja un estadístico que permite la clasificación y jerarquización de escuelas y liceos de acuerdo al porcentaje de alumnos vulnerables, matriculados al mes de marzo. El cálculo del IVE se realiza a través de la medición de una serie de variables muy asociadas a la condición socioeconómica de los estudiantes (Cornejo, Céspedes, Escobar, Nuñez, Reyes & Rojas, 2005).

Una de las características de inclusión de los adolescentes fue pertenecer a cualquiera de ambos sexos, participando hombres y mujeres. Una segunda característica de inclusión fue que los participantes tuvieron que estar cursando la enseñanza media en cualquiera de los dos colegios seleccionados, así, sus edades fluctuaron entre los 14 y 19 años. Una tercera característica tiene relación con la zona geográfica, sólo participando jóvenes escolarizados de la comuna de Graneros, Sexta Región. Y, por último, una cuarta característica de inclusión fue que los adolescentes debieron participar voluntariamente, siendo requisito asentir previamente.

5.3 Técnicas de recolección de datos

Con la finalidad de medir las variables consideradas en el estudio se utilizó una batería de instrumentos compuesta por una Encuesta de caracterización de antecedentes personales y familiares, el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12), los Cuestionarios APGAR familiar y de las amistades de Smilkstein y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud KIDSCREEN- 52.

5.3.1 Encuesta/Ficha de caracterización de antecedentes personales y familiares

Este instrumento se creó con la finalidad de obtener información sobre datos sociodemográficos del sujeto y de su grupo familiar. Se diseñó una encuesta *ad-hoc* que abarca los principales factores psicosociales, encontrados en la literatura, relacionados con la Salud Mental y/o la Calidad de Vida en adolescentes, los cuales son: edad, sexo, rendimiento escolar, repitencia escolar, nivel educacional de los padres, desempleo de uno de los padres, si vive con un solo padre, con ambos y/o con un padrastro, números de hermanos, presencia de alguna enfermedad física o mental en uno de los padres y/o en el adolescente, presencia de conductas de riesgo en uno de los padres y/o en el adolescente, haber nacido cuando la madre estaba en su adolescencia y si el adolescente está asumiendo responsabilidades de adulto (ser padre o estar trabajando). Se pueden observar las preguntas en el Anexo I (De la Barra, Toledo & Rodríguez, 2002; Haquin et al., 2004; Pineda, 2011; Santander et al., 2008; Vicente et al., 2012; Wille et al., 2008).

Se utilizaron algunas preguntas del instrumento “cómo es tu familia” (OPS, 1996), pues éste ha sido validado en Chile. El cual tiene como objetivo investigar características del funcionamiento familiar que protegen al adolescente de conductas de riesgo. Identifica a la familia como una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Las preguntas seleccionadas para realizar la encuesta *ad-hoc* del presente estudio miden: tipo de familia, nivel educacional de los padres, si vive con un solo padre, con ambos y/o con un padrastro, números de hermanos, presencia de enfermedad física y/o mental en uno de los padres y/o en el adolescente y presencia de conductas de riesgo en uno de los padres o en el adolescente.

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

Es un instrumento elaborado por David Goldberg con el objetivo de medir malestar psíquico en forma general. La evaluación que realiza se sustenta en la percepción del mismo individuo sobre su bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales (Baeriswyl, 2007). Permite evaluar niveles de Salud Mental autopercebida en individuos o grupos de riesgo, tantear la efectividad de medidas de promoción de salud o de prevención de enfermedades y estudiar la

asociación entre la Salud Mental e indicadores de salud objetivos y con otras categorías psicosociales. Es uno de los cuestionarios más utilizados a nivel mundial y en Chile, tanto en investigación epidemiológica, como en trabajo clínico y en estudios longitudinales, siempre que se pretenda evaluar un estado general de Salud Mental (García, 1999).

En su versión original el cuestionario fue diseñado en base a 60 ítems, desarrollándose posteriormente nuevas versiones de 30, 28 y 12 preguntas (Baeriswyl, 2007). Esta última versión es la que se utiliza en esta investigación, la cual, consta de 12 preguntas en que el sujeto debe reportar la percepción de su nivel de Salud Mental mediante la respuesta de las proposiciones representadas en una escala *likertde* cuatro alternativas (Ver Anexo II). Según afirma Baeriswyl (2007), la puntuación se asigna otorgando 0 punto a las primeras dos opciones y concediendo 1 punto por las últimas dos, lo que arroja una puntuación total de 12 puntos. Donde a mayor puntuación, peor es el nivel de Salud Mental, obteniéndose una estimación del grado de severidad de la ausencia de salud mental y, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. Asimismo, se pueden establecer categorías según la puntuación obtenida por el sujeto (Garmendia, 2007).

Dicha categorización se realiza 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, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003). Los puntajes de corte señalados son los aplicados en la investigación de síntomas psicológicos en la atención primaria, presentando en estudios una alta correlación con diagnósticos psiquiátricos (Fullerton et al., 2003).

Esta prueba fue validada en Chile por Trucco, Larrain & Campusano (1979, citados en Garmendia, 2007) en su versión de 30 ítems y por Araya, Gin & Lewis (1992) en su versión de 12 preguntas, mostrando valores de sensibilidad y especificidad de 76% y 73%, respectivamente. Además, ha sido utilizada en diversas investigaciones en Chile (Fullerton et al., 2003; Garmendia, 2007). Entre ellas, se encuentra aquella realizada por Garmendia (2007), quien desarrolla un estudio factorial, concluyendo que presenta propiedades psicométricas adecuadas en la exploración de cuadros psiquiátricos menores y estimando un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.902.

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 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., 2003).

En general, es un instrumento de fácil administración por su brevedad y facilidad de llenado. Por esto y por todas las características anteriormente nombradas, es que esta escala de Salud Mental es un instrumento a considerar para evaluar la autopercepción del estado de Salud Mental en estudios epidemiológicos (Garmendia, 2007).

5.3.3 Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein

Es un instrumento elaborado originalmente en 1978 por Smilkstein, que explora la dinámica familiar percibida por uno de sus miembros, mediante el grado de satisfacción de éste con su vida familiar (Jara, Maddaleno, Florenzano& Salazar, 1989).

En Chile, ha sido traducido y validado, siendo un cuestionario adecuado y seguro para su utilización en adolescentes (Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano& Salazar, 1987). Por lo cual, se ha incluido en varias investigaciones, demostrando resultados satisfactorios (Arcos, Molina, Repossi, Uarac, Ritter& Arias, 1999; Baeriswyl, 2007; Caqueo& Lemos 2008; Pineda, 2011). En investigaciones chilenas se ha encontrado que tiene una especificidad de un 84% y una sensibilidad de un 89% frente a un problema de Salud Mental dentro de la familia (Baeriswyl, 2007). Y, una consistencia interna de $\alpha = 0.84$ (Caqueo& Lemos, 2008), al igual que lo obtenido en la escala original (Sánchez, Villarreal, Musitu& Martínez, 2010).

Según Baeriswyl (2007), Smilkstein crea este cuestionario concibiendo a la familia como un grupo psicosocial constituido por miembros que mantienen un compromiso de apoyo mutuo. De acuerdo a 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 (Forero et al., 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).

Los componentes anteriores fueron traducidos en una escala unifactorial tipo likert de tres opciones de respuesta (*casi nunca, a veces, casi siempre*) que consta de 5 reactivos y proporciona un nivel general de funcionamiento familiar (Ver anexo III) (Sánchez et al., 2010).

La puntuación que se obtiene de esta escala oscila entre los 0 y los 10 puntos, los cuales derivan de la sumatoria de los puntajes obtenidos en las cinco preguntas. Se asigna 0 puntos a la respuesta “casi nunca”, 1 punto cuando refiere “a veces” y 2 puntos a “casi siempre”. De acuerdo al puntaje final se evidenciará una familia funcional cuando el puntaje fluctúe entre 7 y 10 puntos; una familia disfuncional cuando se obtenga un puntaje entre 4 y 6 puntos; y entre 0 y 3 puntos, se percibirá una disfuncionalidad importante a nivel familiar (Baeriswyl, 2007).

5.3.4 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. 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, 1982 citado en Pineda, 2011).

En Chile se han realizado investigaciones en que se utiliza este instrumento, siempre en conjunto con el Cuestionario APGAR familiar (Wolnitzky, Vargas, Cerón, Errázuriz, Fabres, Morales, Sepúlveda, Sepúlveda, Silva & Varela, 1989). 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 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 IV). Asimismo, se mantienen las categorías de puntuación del instrumento familiar, describiendo esta vez, la satisfacción o percepción del apoyo social recibido (Wolnitzky et al., 1989).

5.3.5 Cuestionario Calidad de Vida relacionada con la Salud Kidscreen 52

El proyecto internacional KIDSCREEN *Screening for and Promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents* fue desarrollado con la finalidad de crear un cuestionario en forma multicultural por un equipo de investigadores de la Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf de Alemania y colaboradores de distintos países europeos (Aymerich et al., 2005), para ser usado en la población infantil y adolescente desde los 8 a los 18 años (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil et al., 2001); siendo aplicado simultáneamente en 13 países europeos (Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Polonia y República Checa) (Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer et al. KIDSCREEN Group, 2005; Tebe, Berra, Herdmanb, Aymerich, Alonso & Rajmil, 2008) y adaptado y validado en países de Latinoamérica (Berra, Bustingorry, Henze, Díaz, Rajmil & Butinof, 2009; Guzmán,

2012; Sepúlveda, Molina, Molina, Martínez, González, George, Montaña & Hidalgo-Rasmussen, 2013).

Debido a su carácter transcultural, es el primer instrumento de CVRS en la población infanto-juvenil con tales características (Aymerich et al., 2005). El cuestionario está basado conceptualmente en la definición de CVRS que describe a ésta como un constructo multidimensional que cubre los componentes físicos, emocionales, mentales, sociales, de conducta, del bienestar y de las funciones de los individuos (Guzmán, 2012). Existen tres versiones del instrumento: una de 52 ítems agrupados en 10 dimensiones, una de 27 ítems en 5 dimensiones y una versión de 10 ítems que entrega una única escala de resultados (Rajmil et al., 2006).

En esta investigación se utilizó el KIDSCREEN-52, versión consistente en 52 ítems (Ver anexo V) utilizados para medir 10 dimensiones que conforman la CVRS, las cuales son: El Bienestar Físico (BF), recoge la actividad y la forma físicas, y la energía (5 ítems). El Bienestar Psicológico (BP), examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida (6 ítems). La dimensión de Estado de Ánimo y Emociones (EAE) recoge, las experiencias negativas, los estados depresivos y las sensaciones de estrés del adolescente (7 ítems). La Autopercepción (AUP), explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas (5 ítems). La dimensión Autonomía (AUN), recoge las oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems). La Relación con los Padres y Vida Familiar (RPVF), explora la atmósfera familiar (6 ítems). La dimensión de Recursos Económicos (RE) recoge la percepción sobre la capacidad financiera (3 ítems). La dimensión Apoyo Social y Relación con los Padres (AAS) recoge el tipo de relación con los/as compañeros/as (6 ítems). El Entorno Escolar (EE) explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca de la escuela (6 ítems). La dimensión Aceptación Social (AS) (Bullying) indaga en la sensación de rechazo de los/as compañeros/as (3 ítems) (Guzmán, 2012).

Las respuestas de cada dimensión se categorizan en escalas Likert de 5 opciones, que evalúan la frecuencia o, en algunos casos, la intensidad del atributo, con un período recordatorio de una semana en la mayoría de preguntas. Las cuales tienen como alternativa de respuesta “nunca” a “siempre” o “nada” a “muchísimo” para las todas las dimensiones, a excepción de la dimensión bienestar físico que cuenta con un sistema de

respuesta tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que va de “excelente a “mala”. Las puntuaciones oscilan entre 0 a 100 y las puntuaciones medias de las dimensiones del KIDSCREEN-52 se han estandarizado a una media de 50 y una desviación estándar de 10. Mayores puntajes indican una mejor Calidad de Vida (Aymerich et al., 2005).

En Chile, este cuestionario fue adaptado transculturalmente y validado en la población adolescente, reportando propiedades psicométricas adecuadas. El alfa de Cronbach para el instrumento completo fue de 0,936 y para los dominios se obtuvieron puntuaciones mayores a 0,70, con la excepción de una dimensión (Autopercepción), con 0,62. En relación a la validez discriminante, las diferencias encontradas tanto por sexo y grupos de edad, indican que el cuestionario es capaz de discriminar entre grupos. Así, la versión chilena del KIDSCREEN-52, tiene una buena fiabilidad y validez para ser aplicado en la población adolescente del país (Sepúlveda et al., 2013).

El presente estudio utilizó el instrumento KIDSCREEN- 52 previamente a la publicación de las normas de estandarización chilenas. Y al momento de realizar esta investigación, el manual de corrección del cuestionario se encontraba en preparación, por lo cual, para obtener los puntajes de cada dimensión se siguieron los siguientes pasos: primero, se reconvirtieron las preguntas inversas, dejando todas éstas en una dirección. Luego, las respuestas se categorizaron en escalas Likert de 5 opciones, otorgando una puntuación de 1 a 5 puntos a cada respuesta, así, el puntaje total obtenido oscila en un rango de 0 a 252; interpretando que a mayor puntaje mejor percepción de CVRS. En seguida, se trabajó con los puntajes brutos y se calcularon las medias de cada dimensión y del puntaje total obtenido con la suma de las dimensiones. Finalmente, se interpretó que los adolescentes con puntajes sobre la media, tienen una mejor percepción de su CVRS en comparación a aquellos que se encuentran bajo la media.

A pesar de no poder acceder al manual de corrección del instrumento, se trabajó con éste porque está estandarizado y validado en Chile. Además, se procuró que la corrección en esta investigación tuviese el mismo sentido de la corrección original, en relación a las propiedades de las escalas tipo Likert. Esto significa que se cumple en este estudio al igual que en la corrección oficial, que la medida de un individuo es la medida de la suma de los puntajes sumados de los ítems, según la ponderación asignada. La actitud a medir, en este caso, la percepción de la CVRS, se considera un continuum, que va de lo desfavorable a lo favorable. Sumado a lo anterior, además de situar a cada sujeto en un

punto determinado, se tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas (Elejabarrieta & Iñiguez, 1984). Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud y la puntuación que obtiene cada individuo será baja o alta, al comparar su puntaje con la puntuación obtenida en la misma escala, por otros individuos (Fernández, 1982).

5.4 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. Los datos fueron codificados y analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

Los antecedentes 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, las dispersiones de las variables. Finalizado este proceso, y en base a un nivel de confianza de 95%, se realizó, en primera instancia, análisis estadísticos para discriminar la normalidad de las variables. Y, en una segunda instancia, se efectuó análisis paramétrico o no paramétrico -de acuerdo al tipo de distribución- para evaluar las diferencias de medias según grupos.

El puntaje total de CVRS y la dimensión bienestar físico, se distribuyeron normalmente, usando las pruebas paramétricas de *t* de Student (para muestras independientes) y Análisis de Varianza (ANOVA) en el caso correspondiente; en ésta última, se utilizaron pruebas *post-hoc* (prueba de Gabriel) con la finalidad de evaluar entre qué grupos se presentaban las diferencias.

El resto de las variables no se distribuyeron normalmente, efectuando análisis no paramétrico. De modo que se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney y la Prueba de Kruskal-Wallis respectivamente.

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

- **Calidad de Vida relacionada con la Salud**

Definición Conceptual.- La salud física y mental percibida individual en el tiempo (Centers for disease control and prevention [CDC], 2000).

Definición Operacional.- En el marco de este estudio, es la medida que se obtiene a partir de la puntuación total bruta observada a través del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud Kidscreen 52.

• ***Salud Mental***

Definición Conceptual.- “estado de bienestar emocional, afectivo y cognitivo que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004a, p.7).

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

• ***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 total bruta obtenida a través del APGAR Familiar de Smilkstein.

• ***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 (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.

5.5 Procedimiento

En primer lugar, se invitó a los establecimientos educacionales de la comuna de Graneros con índice de vulnerabilidad escolar a participar en el estudio, entregando una carta dirigida a los directores (as) (Ver anexo VI). Posteriormente, se coordinó la fecha y horarios de aplicación de la batería de tests con aquellos que accedieron a participar. En el establecimiento Escuela Agrícola Cristo Obrero hubo acceso sólo a estudiantes de Primero a Tercero medio debido a requerimientos de la dirección del colegio, pues los alumnos de Cuarto medio se encontraban con actividades paralelas. En el Colegio Particular Nuestra Señora, se accedió a estudiantes de Primero a Cuarto Medio.

El procedimiento se efectuó de manera similar en los dos colegios. En una primera instancia, durante una jornada en la mañana se presentó la investigadora responsable explicando los objetivos y el procedimiento del estudio a los adolescentes. En dicha oportunidad, además, se hizo entrega de un Formulario de Consentimiento Informado dirigido al alumno y una carta dirigida a los padres (Ver anexo VII y VIII). Se solicitó a los adolescentes 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. En una segunda instancia, se confirmó a los alumnos participantes de la investigación, para luego distribuir entre ellos una batería de test compuesta por: el Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares, Cuestionario de CVRS KIDSCREEN- 52, Cuestionario de Salud Mental Goldberg y las escalas de APGAR familiar y de amistades de Smilkstein. Una vez que se corroboró que todos tuviesen la batería de test en su mesa, se dieron las instrucciones de manera verbal, dando cabida a las consultas necesarias. Mientras respondían los cuestionarios, los estudiantes podían levantar su mano y realizar consultas a la investigadora personalmente. Una vez que los adolescentes iban finalizando, podían solicitar que se recogiera la batería. Finalmente, cuando todos los adolescentes de un curso terminaron, se agradeció su participación en el estudio. El tiempo de duración de aplicación fue entre 30 a 45 minutos.

En una tercera instancia, se coordinó con las psicólogas de los establecimientos educacionales una fecha para que la investigadora realizara una presentación de los resultados a ellas con el fin de contar con información para la realización de talleres.

5.6 Consideraciones éticas

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 relevancia de la investigación, 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. Se recalcó que no se iban a obtener resultados por persona sino a nivel general, es decir, por curso y establecimiento. Además, se explicó que estos luego de ser analizados se presentarían a las psicólogas de los colegios con el fin de levantar información para elaborar talleres. Asimismo, se planteó la opción voluntaria de participar y la opción de retiro si el menor así lo prefería.

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. 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 y la firma de los jóvenes. En este mismo formulario, se anexó una carta dirigida a los apoderados que comunicaba sobre el estudio. Y, por último se contó con el consentimiento de los (as) directores (as) de cada establecimiento, quienes estuvieron de acuerdo con los objetivos de la presente investigación.

6. Resultados

6.1 Caracterización de los adolescentes

En primera instancia, se realizó un análisis descriptivo de la muestra en base a la información recabada a través del Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares, Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein y Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein.

A Continuación se presentan los resultados más relevantes respecto a la caracterización de los participantes a nivel sociodemográfico y psicosocial.

6.1.1 Antecedentes sociodemográficos

El grupo de participantes que constituyó la muestra estuvo compuesto por 291 adolescentes, de los cuales, el 50,5% del total (N=147) fueron jóvenes pertenecientes al sexo femenino y el 49,5% (N=144) correspondió al sexo masculino. Las edades fluctuaron entre los 14 y 19 años, siendo 15,8 años la media. La muestra estuvo compuesta principalmente por jóvenes pertenecientes al rango de edad de 14 a 16 años (N=218), es decir adolescentes en etapa media de la adolescencia y que cursaban Primero y Segundo medio de la enseñanza media. Tales características sociodemográficas se pueden apreciar en la Tabla N° 1.

Tabla N°1

Antecedentes sociodemográficos de los adolescentes

Curso	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total
	14 a 16 años		17 a 19 años		
Primero Medio	42	51	2	0	95 32,60%
Segundo Medio	44	44	7	1	96 32,90%
Tercero Medio	19	18	21	18	76 26,20%
Cuarto Medio	0	0	9	15	24 8,30%
Total	105 48,20%	113 51,80%	39 53,40%	33 46,60%	291 100%

6.1.2 Antecedentes psicosociales

6.1.2.1 Factores psicosociales obtenidos mediante la Encuesta de caracterización de Antecedentes Personales y Familiares

En la Tabla N°2 se indican los antecedentes psicosociales más relevantes recabados mediante la Encuesta de Antecedentes Personales y Familiares. Dentro de los antecedentes familiares a destacar, se encontró que el 67,8% (N=194) de los adolescentes presentó familias nucleares completas, es decir, jóvenes que viven con ambos padres. Y, el 90,4% (N=263) de la muestra señaló tener más de un hermano.

Otro antecedente a destacar es el reporte sobre el nivel educacional de los padres o cuidadores. Los adolescentes señalaron que en el caso de la figura paterna, el 43,0% (N=129) no ha finalizado la enseñanza media. Y, respecto a la figura materna, se encontró que el 41,9% (N=122) estaba en la misma situación.

Dentro de los antecedentes personales a recalcar que aparecen en la Tabla N°2, se evidenció que del total de adolescentes que señaló presentar un problema de Salud Físico, el 64,9% fueron mujeres. También llamó la atención que sólo un 3,1% refirió estar afectado actualmente por un problema de Salud Mental. Sin embargo, un 18,9% de los adolescentes expresó haber sido tratado psicológicamente o psiquiátricamente en el último año, del cual, el 60% fueron mujeres.

Y, dentro de las conductas de riesgo, se destaca que del total de adolescentes que expresó haber sido tratado por lesiones debido a un intento de suicidio en el último año, el 85,7% fueron mujeres y el 100% del total se encontró en la etapa media de la adolescencia (14 a 16 años). Sumado a lo anterior, el 42,9% de ellos señaló no haberse tratado psicológica o psiquiátricamente en el último año.

Siguiendo la misma línea, dentro de los jóvenes que señalaron haberse intentado suicidar alguna vez, el 78,8% fueron mujeres, un 75,8% correspondió a adolescentes en etapa media (14 a 16 años) y un 48,5% del total no ha consultado por problemas emocionales o psicológicos en alguna oportunidad.

Tabla N°2

Antecedentes Psicosociales

	N	Proporción
Repitencia	67	23%
Calificaciones		
4.0 y 5.0	63	21%
5.1 y 6.0	171	58,70%
6.1 y 7.0	51	17,50%
Conductas de Riesgo		
Problema Salud Físico	57	19,70%
Problema Salud Mental	9	3,10%
Tratado Psicol./Psiquiat. en el último año	55	18,90%
Ha asistido al Psicol./Psiquiat. alguna vez	111	38,10%
Tratado lesiones suicidio en el último año	7	2,40%
Ha intentado suicidarse alguna vez	33	11,30%
Consumo Tabaco en el último mes	101	34,70%
Consumo Alcohol en el último mes	57	19,60%
Consumo Marihuana en el último mes	41	14,10%
Involucramiento en riñas o peleas alguna vez	77	26,50%
Relaciones sexuales alguna vez	78	26,80%
Con quien vive		
Ambos Padres	194	67,80%
Sólo Madre	69	24,10%
Sólo Padre	12	4,20%
Hermanos		
Más hermanos	263	90,40%
Hijo único	28	9,60%
Nivel educacional Padre		
No finalizó colegio	129	43%
Enseñanza media completa	76	26,10%
Estudios Superiores	67	23%
No sé	25	8,60%
Nivel educacional Madre		
No finalizó colegio	122	41,90%
Enseñanza media completa	92	31,60%
Estudios Superiores	64	22%
No sé	13	
Desempleo Padre	8	2,70%
Desempleo Madre	126	43,30%

6.1.2.2 Factores psicosociales obtenidos mediante el Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein

Además, de los factores psicosociales recabados por el Cuestionario de antecedentes personales y familiares, se evaluó la percepción del funcionamiento familiar mediante el Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.

Respecto a la percepción del funcionamiento familiar, se obtuvo una media de 6,41 (DS= 3,2) y luego de hacer uso de las categorías que el instrumento sugiere se encontró que un 57,7% (N=168) de los adolescentes perciben un adecuado funcionamiento familiar, mientras los demás jóvenes se agruparon en porcentajes de 18,9% (N=55) para referir disfuncionalidad y de 23,4% (N=68) para expresar disfuncionalidad severa dentro de sus familias.

Al dividir el grupo según sexo, se observó una diferencia significativa entre hombres y mujeres ($t(291) = -3,362$; $p < 0,05$); presentando éstas últimas puntajes promedios más bajos (5,78 y DS=3,5) en relación a los hombres (7,04 y DS=2,8). Además, se apreció que un 64,6% de adolescentes hombres refieren una dinámica familiar apropiada, porcentaje que disminuyó en el grupo de las mujeres, quienes tuvieron la misma apreciación en un 51,0% de los casos. Por el contrario, un 32,0% de las adolescentes mujeres refirieron disfuncionalidad severa en sus familias, en tanto, los jóvenes hombres opinaron de igual manera en el 14,6% de los casos.

6.1.2.3 Factores psicosociales obtenidos mediante el Cuestionario APGAR de las amistades de Smilkstein

En relación a la percepción del apoyo social, se observaron altas puntuaciones en esta variable, tanto para el grupo general como para cada uno de los sexos, obteniéndose una media de 7,54 (DS=2,5) en la muestra total. Al dividir el grupo según sexo, se observó una diferencia significativa entre hombres y mujeres ($t(291) = 3,213$; $p < 0,05$); presentando éstas últimas puntajes promedios más altos (8,0 y DS=2,3) en relación a los hombres (7,06 y DS=2,6).

Al observar por categorías, el 68,4% (N=199) de los adolescentes se mostró satisfecho respecto al apoyo que recibe de sus amigos, porcentaje que aumentó a 76,9%

en el grupo conformado por las adolescentes del sexo femenino, y que se redujo a un 59,7%, en el caso de los hombres. Por el contrario, el 10,4% de los adolescentes hombres refirieron estar insatisfechos respecto al apoyo social percibido, insatisfacción que se observó en el 6,1% de las mujeres. Y, dentro de los hombres existió un porcentaje del 29,9% que estuvo medianamente satisfecho con el apoyo social recibido y en las mujeres un 17,0%.

6.2 Salud Mental, factores sociodemográficos y psicosociales

En relación al estado de Salud Mental de los adolescentes, medido a través del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-12), se observó que el total de la muestra (N=291) obtiene una media de 3,30 (DS= 3,2), que corresponde a ausencia de psicopatología. Siguiendo la interpretación que entrega el instrumento respecto a la escala de percentiles, se apreció ausencia de síntomas alusivos en un 68,4% (N=199), mientras se sospecha de sintomatología subyacente en un 14,8% (N=43), y un 16,8% (N=49) presentó indicadores de trastornos de Salud Mental.

Al diferenciar según el sexo, se observó ausencia de sintomatología en el 77,8% de los hombres y en el 59,2% de las mujeres, encontrando, en cambio, indicadores de presencia de psicopatología en el 10,4% de los hombres y en el 23,1% de las mujeres. Demostrando una tendencia de las adolescentes mujeres a presentar mayor sintomatología asociada a trastornos de Salud Mental respecto a los adolescentes hombres, obteniendo las mujeres una media de 4,05 (DS= 3,4) y los hombres una media de 2,53 (DS= 2,7).

Con respecto a las edades de los adolescentes, se apreció que aquellos en etapa media de la adolescencia, obtuvieron un puntaje promedio de 3,35 (DS=3,2) y en la etapa tardía 3,14 (DS=3,1). Y, en relación a la escolaridad, los adolescentes en primero medio presentaron una media de 3,73 (DS=3,3), en segundo medio 3,25 (DS=3,2), en tercero medio una media de 2,91 (DS=3,3) y en cuarto medio 3,04 (DS=2,0).

En la Tabla N°3 se pueden apreciar los resultados significativos al comparar las medias de Salud Mental entre grupos respecto a presencia de factores sociodemográficos y psicosociales; realizando Pruebas U de Mann-Whitney.

Tabla N°3

Comparación de medias según el Puntaje del Nivel de Salud Mental en Cuestionario GHQ-12

	Media	DS	N	z*	p*
1. Sexo				-3,988	0,000
Mujer	4,05	3,400	147		
Hombre	2,53	2,788	144		
2. Problema Salud Física				-2,854	0,004
Presenta	4,11	2,839	57		
No presenta	3,10	3,282	229		
3. Problema Salud Mental				-2,026	0,043
Presenta	5,33	3,391	9		
No presenta	3,19	3,154	272		
4. Visita Psicólogo /Psiquiatra				-4,043	0,000
Si	4,27	3,384	112		
No	2,72	2,965	163		
5. Consumo Tabaco				-3,583	0,000
Consume	4,13	3,215	101		
No consume	2,86	3,111	190		
6. Consumo Alcohol				-3,065	0,002
Consume	4,42	3,343	57		
No consume	3,03	3,110	238		
7. Consumo Marihuana				-3,24	0,001
Consume	5,00	3,742	41		
No consume	3,02	3,02	250		
8. Tener relaciones sexuales				-2,034	0,042
Si	3,96	3,443	78		
No	3,06	3,079	213		
9. Tratado psicológicamente/psiquiat.				-2,538	0,011
Tratado	4,33	3,57	55		
No tratado	3,06	3,066	236		
10. Tratado lesiones suicidio				-3,695	0,000
Tratado	8,86	2,911	7		
No tratado	3,16	3,087	284		
11. Padres actualm. tratados enf. mental				-2,925	0,003
Si	5,52	3,79	22		
No	3,12	3,094	269		
12. Padres pasado tratados enf. mental				-3,008	0,003
Si	4,86	3,524	37		
No	3,09	3,109	254		
13. Padres pasado tratados enf. física				-2,088	0,037
Si	3,9	3,19	80		
No	3,12	3,22	211		

*Se utilizaron Pruebas U de Mann-Whitney. La variable Salud Mental no se distribuyó normalmente

Al observar la Tabla N°3, se aprecia que los hombres presentaron un mejor nivel de Salud Mental en comparación con las mujeres. Además, aquellos jóvenes que afirmaron presentar un problema de Salud Físico o Mental; haber visitado al psicólogo y/o el psiquiatra en alguna oportunidad; consumir tabaco, alcohol y/o marihuana; haber tenido relaciones sexuales en el último año; haber sido tratado por lesiones debido a intento de suicidio en el último año; tener padres que en el pasado y/o presente hayan sido tratados por alguna enfermedad mental; y, tener padres que en el pasado hayan sido tratados por alguna enfermedad física; obtuvieron menores puntajes en relación al nivel de Salud Mental que aquellos adolescentes que señalaron no haber vivido alguna de esas situaciones.

Además, de los datos expuestos anteriormente, resultó interesante observar las diferencias significativas entre las medias de Salud Mental al dividir el grupo por nivel educacional del padre y de la madre y por la percepción del funcionamiento familiar. Tales resultados se pueden observar en la Tabla N°4 y evidencian que a menor nivel educacional del padre y de la madre, mayor es el nivel de Salud Mental presentado por los adolescentes. Y, cuando los jóvenes poseen un adecuado funcionamiento familiar presentan un mejor nivel de Salud Mental.

Tabla N°4

<i>Comparación de medias según el Puntaje del Nivel de Salud Mental en Cuestionario GHQ-12</i>				
	Media	DS	N	p*
Nivel educacional padre				0,02
1. No finalizó colegio	2,75	2,913	123	
2. Finalizó colegio	3,45	3,013	76	
3. Educación superior	4,64	3,663	67	
4. No sé	1,96	2,606	25	
Nivel educacional madre				0,049
1. No finalizó colegio	2,76	3,096	122	
2. Finalizó colegio	3,57	3,191	92	
3. Educación superior	4,19	3,356	64	
4. No sé	2,08	2,253	13	
Nivel funcionalidad familiar				0,000
1. Familia Funcional	2,23	2,606	168	
2. Disfuncionalidad Familiar	4,02	3,082	55	
3. Disfuncionalidad Familiar severa	5,35	3,489	68	

* significancia utilizando la Prueba de Kruskal-Wallis

Finalmente, se obtuvo una diferencia significativa en los puntajes promedios de Nivel de Salud Mental al dividir la muestra según Nivel de CVRS obtenido. Como lo muestra la Tabla N°5, aquellos que presentaron una buena percepción de su Calidad de Vida relacionada con la Salud, tuvieron un mejor nivel de Salud Mental (media=1,6; DS=3,1) en comparación a los jóvenes con una mala percepción de su CVRS (media =5,37; DS= 2,0).

Tabla N°5

<i>Comparación de medias según el Puntaje del Nivel de Salud Mental en Cuestionario GHQ-12</i>					
	Media	DS	N	z*	p*
Nivel de Calidad de Vida Relac. Salud					
Mala	5,37	3,148	131	-10,362	0,000
Buena	1,6	2,029	160		

*Se utilizaron Pruebas U de Mann-Whitney. La variable Salud Mental no se distribuyó normalmente.

6.3 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), factores sociodemográficos y psicosociales

Al analizar el comportamiento de la muestra en el cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud KIDSCREEN-52, se apreció una media de 187,31 (DS=24,9). Del total de la muestra, el 45% (N=131) obtuvo puntuaciones bajo la media, es decir, posee una mala percepción de su CVRS y un 55% (N=160) presentó una buena percepción de ésta.

Al diferenciar la muestra por sexo, se observó que los hombres se ubicaron en una media de 195,25 (DS=20,9), mientras que las mujeres se situaron más abajo en una media de 179,54 (DS=26,1). El 28,5% de los hombres distinguió que posee una mala CVRS, en cambio, en las mujeres aumenta el porcentaje de aquellas que percibieron una mala CVRS, elevándose la cifra a 61,2%.

Con respecto a las edades de los participantes, se apreció que aquellos en la etapa media presentaron una media de 186,66 (DS=25,2) y aquellos en etapa tardía una media de 189,36 (DS=24,0).

Y, en relación a la escolaridad, los adolescentes en primero medio obtuvieron una media de 183,40 (DS=26,9), en segundo medio 188,30 (DS=24,9), en tercero medio una media de 189,82 (DS=23,6) y en cuarto medio 190,92 (DS=19,1).

Dentro de los factores más relevantes a nivel descriptivo se obtiene que el 56,6% de los adolescentes que presentaron una enfermedad física alcanzaron puntajes que hacen referencia a una mala percepción de su CVRS. En relación al alcohol, 63,2% de aquellos que se han embriagado más de 1 vez al mes también presentan una mala CVRS. En cuanto al desempleo, el 75% de aquellos en que su padre está desempleado tiene una mala Calidad de Vida, mientras que el 43,7% de los jóvenes con el padre con trabajo tiene una mala CVRS. En el caso del desempleo de las madres, esta cifra disminuye, ya que sólo el 47,6% de los jóvenes en que su madre no tiene trabajo tienen una mala CVRS y el 42,7% de los sujetos que señalan que su madre está empleada tiene mala CVRS.

Se realizaron pruebas t Student para comparar las medias en la escala total de CVRS, en relación al reporte de factores sociodemográficos y psicosociales, los resultados significativos se pueden apreciar en la Tabla N°6.

Tabla N°6

Comparación de medias según el Puntaje Total Cuestionario de CVRS KIDSCREEN-52

	Media	DS	N	t	p
1. Sexo				-5,664	0,000
Mujer	179,54	26,163	147		
Hombre	195,25	20,923	144		
2. Etapa de la adolescencia				-0,770	0,442
Media	186,66	25,256	218		
Tardía	189,36	24,069	73		
3. Problema Salud Física				2,691	0,008
Presenta	179,30	23,066	57		
No presenta	189,17	25,19	229		
4. Problema Salud Mental				2,247	0,025
Presenta	169,33	27,400	9		
No presenta	188,25	24,770	272		
5. Visita Psicólogo /Psiquiatra				5,384	0,000
Si	178,20	24,748	112		
No	193,83	22,791	163		
6. Consumo Tabaco				3,129	0,002
Consume	181,13	25,637	101		
No consume	190,69	24,000	190		
7. Consumo Alcohol				3,18	0,002
Consume	178,04	23,034	57		
No consume	189,57	24,919	238		
8. Consumo Marihuana				3,295	0,001
Consume	175,61	26,444	41		
No consume	189,23	24,214	250		
9. Tratado psicológicamente/psiquiat.				3,335	0,001
Tratado	177,38	27,779	55		
No tratado	189,63	23,713	236		
10. Tratado lesiones suicidio				4,928	0,000
Tratado	188,40	23,908	7		
No tratado	143,14	28,139	284		
11. Padres actualm. tratados enf. mental				3,035	0,003
Si	171,81	30,063	22		
No	188,68	24,062	269		
12. Padres pasado tratados enf. mental				3,633	0,000
Si	173,2	25,199	37		
No	189,26	24,414	254		
13. Padres pasado tratados enf. física				3,044	0,003
Si	179,06	27,443	80		
No	190,09	23,773	211		

Al observar la Tabla N° 6, se puede distinguir que los hombres presentaron una mejor percepción de su Calidad de Vida relacionada con la Salud en comparación con las mujeres. Además, aquellos jóvenes en la etapa tardía de la adolescencia (17 a 19 años) obtuvieron una mejor percepción de su Calidad de Vida. Sumado a lo anterior, aquellos adolescentes que afirmaron presentar un problema de Salud Físico o Mental; haber visitado al psicólogo y/o el psiquiatra en alguna oportunidad; consumir tabaco, alcohol y/o marihuana; haber sido tratado por lesiones debido a intento de suicidio en el último año; tener padres que en el pasado y/o presente hayan sido tratados por alguna enfermedad mental; y, tener padres que en el pasado hayan sido tratados por alguna enfermedad física; obtuvieron una peor percepción de su Calidad de Vida en relación a aquellos adolescentes que señalaron no haber vivido alguna de esas situaciones.

Por último, se realizaron Análisis de Varianza, obteniendo resultados significativos al comparar las medias del puntaje obtenido en CVRS al dividir el grupo según nivel educacional del padre, nivel de Salud Mental, nivel de funcionalidad familiar y nivel de apoyo social, tales diferencias se observan en la Tabla N°7; encontrándose que cuando el nivel educacional del padre es menor, los adolescentes obtienen una mejor percepción de su CVRS. Al igual que lo sucedido cuando presentan un buen nivel de Salud Mental, una adecuada percepción del funcionamiento familiar y una buena percepción del apoyo social brindado por las amistades.

Tabla N°7

Comparación de medias según el Puntaje Total Cuestionario de CVRS KIDSCREEN-52

	Media	DS	N	F*	Diferencia**
Nivel educacional padre				2,863	Entre 1 y 3
1. No finalizó colegio	191,05	22,577	123		
2. Finalizó colegio	186,41	25,719	76		
3. Educación superior	180,36	28,434	67		
4. No sé	190,32	20,514	25		
Nivel de Salud Mental				76,54	Entre 1 y 2
1. Indicador de psicopatología	157,45	21,418	49		Entre 1 y 3
2. Psicopatología subumbral	179,47	18,156	43		Entre 2 y 3
3. Ausencia psicopatología	196,36	20,35	199		
Nivel funcionalidad Familiar				77,51	Entre 1 y 2
1. Familia Funcional	198,58	19,489	168		Entre 1 y 3
2. Disfuncionalidad Familiar	183,24	21,21	55		Entre 2 y 3
3. Disfuncionalidad Familiar severa	162,78	21,024	68		
Nivel apoyo social				3,872	Entre 1 y 3
1. Satisfecho	189,72	24,976	199		
2. Medianamente satisfecho	184,15	24,339	68		
3. Insatisfecho	176,33	23,379	24		

* $p < 0,05$

** estos son los grupos en que se encontraron diferencias significativas al utilizar pruebas post-hoc de Gabriel

6.4 Relación entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud

Se evaluó la correlación existente entre el nivel de Salud Mental y la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud manifestada por los adolescentes. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, ya que el puntaje del nivel de Salud Mental no se distribuyó normalmente. Se apreció una alta y negativa asociación entre ambas variables ($r = -0,659$; $p = 0,000$). La correlación resultó ser negativa debido a que el Cuestionario de salud de Goldberg expresa mayor daño psicológico en la medida en que aumenta la puntuación del instrumento.

Luego, se evaluó la correlación entre el nivel de Salud Mental y cada una de las diez dimensiones del instrumento de CVRS KIDSCREEN-52, dichas correlaciones se

pueden observar a continuación en la Tabla N°8, donde se puede apreciar que existió una alta y negativa asociación entre el nivel de Salud Mental y las dimensiones de Bienestar Psicológico y Estado de ánimo y emociones. Y, una correlación de mediana intensidad y negativa entre el nivel de Salud Mental y las dimensiones de Bienestar Físico, Autonomía y Relación con los padres y vida familiar. Por último hubo una asociación de baja intensidad y negativa entre el nivel de Salud Mental y las dimensiones Recursos económicos, Amigos y Apoyo social, Entorno Escolar y Aceptación Social.

Tabla N°8

Dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud KIDSCREEN-52

	BF	BP	EAE	AUP	AUN	RPVF	RE	AAS	EE	AS
Nivel de salud Mental										
r^*	-0,422	-0,536	-0,619	0,061	-0,487	-0,486	-0,336	-0,215	-0,379	-0,212
Significancia	0,000	0,000	0,000	0,302	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota: *Las correlaciones resultaron ser negativa debido a que el Cuestionario de salud de Goldberg expresa mayor daño psicológico en la medida en que aumenta la puntuación del instrumento.

7. Discusiones y Conclusiones

La adolescencia constituye un periodo evolutivo con características propias que aconsejan un acercamiento diferenciado al nivel de Salud Mental y a la Calidad de Vida durante esta etapa, y un análisis cuidadoso de los factores que cobran especial relevancia en este momento de una manera distinta a lo que ocurre en otras etapas evolutivas de los sujetos (Gómez- Vela et al., 2007). Es por ello, que en la presente investigación se propuso explorar a esta población en particular, pues recolectar datos relevantes en sujetos con características definidas y acotadas, es el primer paso, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, para planificar estrategias y servicios de promoción de la Salud Mental (OMS, 2001).

Siguiendo esa línea, a continuación, se discutirán los datos obtenidos con la finalidad de generar y apoyar las conclusiones alcanzadas en torno al objetivo de indagar y describir la Salud Mental, la Calidad de Vida relacionada con la Salud y los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a ambos conceptos de los adolescentes de esta comuna.

En relación al objetivo de describir el nivel de Salud Mental y la Calidad de Vida relacionada con la Salud se concluyó que los adolescentes presentaron un alto nivel de Salud Mental. Y, éste fue bastante mayor en comparación con otros estudios de características similares (Pineda, 2011). Además, los resultados refieren que la mayoría de la muestra (55%, N=160) presentó puntajes de CVRS sobre la media, es decir, cifras que representan una buena percepción de ésta. Es importante señalar que tal porcentaje no puede ser comparado con resultados obtenidos en otros estudios, debido a que una de las limitantes de la presente investigación fue no contar con el manual de corrección oficial del instrumento KIDSCREEN-52. Sin embargo, se concluye que el alto porcentaje de adolescentes que perciben como buena su CVRS, está relacionado directamente con el alto nivel de Salud Mental presentado por los jóvenes. Pues, se obtuvieron resultados que refieren que el nivel de Salud Mental y la percepción de la CVRS se relacionan fuertemente. Así, se puede predecir que los adolescentes que tienen mejor nivel de Salud Mental, presentarán una mejor percepción de su CVRS; lo cual es asemeja con lo encontrado en otra investigación (Ravens-Sieberer et al., 2008a).

Todo lo expuesto anteriormente, es concordante con la literatura y hace reflexionar sobre la importancia de generar estrategias de intervención en pos de prevenir trastornos mentales en estos dos colegios de Graneros, ya que no sólo se estaría contribuyendo a mejorar el nivel de Salud Mental de ellos, sino que también, podría generar condiciones que posibiliten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo en pos de mejorar la Calidad de Vida actual (Jané-Llopis, 2005) y de etapas posteriores (MINSAL, 2011). Considerando que la adolescencia es un período donde se pueden incorporar y arraigar comportamientos tanto dañinos como saludables para la salud y determinantes en la adultez (Patel et al., 2007).

En torno al objetivo de dividir la muestra de acuerdo a los factores sociodemográficos y psicosociales y observar las diferencias de medias significativas del nivel de Salud Mental y la percepción de CVRS, se concluyó que existen ciertos factores sociodemográficos y psicosociales que fueron significativos para ambos conceptos al mismo tiempo. Los cuales fueron: sexo, presentar un problema de salud físico, presentar un problema de Salud Mental, haber visitado al psicólogo y/o psiquiatra en alguna oportunidad, consumo de tabaco en el último mes, consumo de alcohol en el último mes, consumo de marihuana en el último mes, que haya sido tratado psicológicamente/psiquiátricamente en el último año, que haya sido tratado por lesiones de suicidio en el último año, algún problema de Salud Mental en uno de los padres en la actualidad y/o en el pasado, algún problema de salud físico en uno de los padres en el pasado, percepción del funcionamiento familiar y el nivel educacional de los padres.

Al tener esta información, se concluye que la presente investigación proporciona información para poder seguir estudiando en mayor profundidad cómo se comportan estos factores en relación al nivel de Salud Mental y la percepción de la CVRS. Ya que con dichos datos se tiene una base para estudiar en el futuro si tales factores están actuando como factores protectores o de riesgo en la incidencia del nivel de Salud Mental y la CVRS. Además, de poder definir su causalidad al momento de actuar.

De acuerdo al modelo ecológico Bronfenbrenner, se pueden identificar factores de riesgo y de protección, que influirían en los problemas de Salud; es posible organizar los factores de riesgo y de protección, en diferentes niveles de acción; y, considerar las conductas de riesgo y de protección como consecuencia de estos niveles de influencia en la conducta, permitiendo comprender que las conductas de riesgo son el resultado de la

acción recíproca y compleja de factores individuales, familiares, escolares, comunitarios y sociales (Bronfenbrenner, 1979).

La importancia de investigar en el futuro si tales factores están actuando como protectores o de riesgo es porque, generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la escasez de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los sujetos a cambiar de un estado mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y, por último, a un trastorno mental con todas las características (OMS, 2004b). Así, se propone que sería de utilidad seguir profundizando en los factores significativos encontrados para poder potenciar aquellos factores protectores. Lo cual, va en la línea de las actuales políticas de Salud, pues éstas están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores; permitiendo aproximarse a explicaciones causales de las conductas del adolescente, tomar decisiones sobre estrategias de intervención y diseño de políticas públicas (MINSAL, 2011).

Luego de obtener la información anterior, sobre los factores sociodemográficos y psicosociales significativos en las diferencias de medias del nivel de Salud Mental y la percepción de la CVRS, se expondrán a continuación, las conclusiones obtenidas en base a los análisis de los factores más destacados de la muestra.

Uno de los factores a resaltar es el género. Al observar lo sucedido en base a las diferencias de género y el nivel de Salud Mental y la percepción de la CVRS, se apreció que las mujeres presentaron peores puntajes de nivel de Salud Mental y percepción de su Calidad de Vida relacionada con la Salud en comparación a los hombres. Lo cual, es concordante con lo encontrado en otras investigaciones (Aymerich, et al. 2005, Benjet, Borges, Medina, Zambrano & Aguilar, 2009; De la Barra et al., 2012; Haquin et al., 2004, Molina, et al., 2012, Pineda, 2011, Urzúa et al., 2009a, Urzúa et al., 2011). De acuerdo a la literatura, el hecho de pertenecer al sexo femenino es en sí un factor de riesgo y aumenta la probabilidad de presentar trastornos mentales y un mayor número de síntomas físicos y psicológicos que los hombres (OMS, 2001); esto último también fue corroborado por los resultados evidenciados en la muestra estudiada.

Por lo cual, se concluye que sería importante incorporar la perspectiva de género en las posibles intervenciones que realicen los colegios con la información obtenida. A modo de comprender diferenciadamente la Salud Mental de la mujer y del hombre. Y, también su CVRS.

El enfoque de género es una herramienta que permite visibilizar las diferencias culturales entre mujeres y hombres, con independencia de las características biológicas propias de cada sexo, en forma crítica y transformadora. Las inequidades de género en el ámbito de la salud se refieren a las desigualdades innecesarias y prevenibles en el estado y atención de salud de hombres y mujeres; estas inequidades impactan también en los problemas de salud de adolescentes. Por tal motivo, se debe considerar este enfoque en cada acción de salud, reconociendo las percepciones femeninas y masculinas de enfermedad, los riesgos y las construcciones de las necesidades de salud (MINSAL, 2011).

Un segundo factor psicosocial a destacar es el apoyo social de las amistades según el sexo. Se encontró un alto porcentaje de mujeres que se encuentran satisfechas con el apoyo social brindado por sus amistades en comparación a los hombres, lo cual va en la misma línea que lo encontrado por Pineda (2011). Así, tomando en cuenta lo planteado en el punto anterior, las interacciones que establecen los adolescentes con sus amigos o pares es un factor que se comporta diferente de acuerdo al sexo y, por ende, debe ser considerado al momento de realizar intervenciones con una perspectiva de género.

Sumado a lo anterior, un tercer factor a resaltar son las edades de los participantes. De acuerdo a las diferencias de medias obtenidas al distinguir por edad, se encontró que los adolescentes entre 14 y 16 años (etapa media de la adolescencia) obtuvieron peores puntajes referentes al nivel de Salud Mental y su percepción de la CVRS que los jóvenes entre 17 y 19 años (etapa tardía de la adolescencia). Esto difiere de resultados de otros estudios en población similar (Aymerich et al. 2005, Canino et al., 2004; De la Barra et al., 2004, Merikangas et al., 2010; Molina et al., 2012, Urzúa et al., 2009a, Urzúa et al., 2011, Wille et al., 2008), en los cuales se evidencia que al ir aumentando la edad, se incrementa el riesgo de presentar un trastorno mental y disminuyen los puntajes en la percepción de su CVRS. Este comportamiento podría deberse a que el rango de edad abarcado en la presente investigación (14 a 19 años) fue

más acotado que el considerado en otras investigaciones a nivel nacional que abarcan mayor diversidad de edades, por ejemplo, de 10 a 18 años (Sepúlveda et al., 2013) o de 4 a 18 años (De la Barra et al., 2012).

De todos modos, los resultados obtenidos permiten concluir que podría ser interesante investigar a futuro cuáles son los factores protectores con los que cuentan los adolescentes en la etapa tardía de la adolescencia y/o cuáles son los factores de riesgo a los que se están enfrentando los adolescentes en la etapa media de estos dos colegios.

Otra conclusión, también relacionada con las edades de los participantes del estudio, se relaciona con la importancia de observar lo que está sucediendo con la deserción escolar en los colegios de Graneros. Pues la mayoría de la muestra representó a la edad media de la adolescencia (74.9%, N=218), fluctuando sus edades entre los 14 y 16 años; observándose una alta concentración de jóvenes en los primeros años de la enseñanza media y una baja concentración de estudiantes cursando tercero y cuarto medio. Si bien, 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, la presencia disminuida de jóvenes entre 17 y 19 años en comparación al rango de edad de 14 y 16 años, fue observada como una constante dentro del alumnado general de los colegios. Los datos mencionados anteriormente, pueden ser explicados 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. Y, en el caso de esta investigación, se estudió a adolescentes de colegios con índice de vulnerabilidad según la JUNAEB, indicando un nivel socioeconómico bajo.

Dicha situación también se observó en un estudio chileno con similares características (Pineda, 2011), por lo cual se concluye que existe información que apoya la relevancia de generar estrategias en pos de prevenir la deserción escolar en Chile, ya que, según la literatura, ésta es un factor de riesgo en la generación de problemas de Salud Mental y en la generación de conductas de riesgo en la vida adulta (MINSAL, 2011).

En relación, a lo expuesto anteriormente, otro antecedente recabado que afirma la idea anterior, es la información obtenida sobre un cuarto factor psicosocial a destacar: el nivel educacional del padre y de la madre, encontrándose resultados llamativos en relación a dicho factor psicosocial. Se apreció que el 41,9% (N=122) de las madres de los jóvenes no había finalizado la enseñanza media y el 43% de los padres (N=129) se encontró en la misma situación. Tales cifras son altas, tomando en consideración que en Chile, actualmente, la tasa de deserción escolar es de 9,5%. Cabe señalar que hace algunos años atrás, esta cifra era mucho mayor, lo cual, podría explicar el alto número de padres que no ha finalizado la enseñanza media (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2013).

El fenómeno de la deserción escolar puede estar afectado por múltiples variables de índole extra e intraescolar, dentro de ellas se encuentran el nivel socioeconómico, la disfunción familiar, presencia de conductas de riesgo y bajas expectativas de la familia en relación a la educación. Esta última variable, podría ser estudiada en mayor profundidad en los colegios, ya que dejar de estudiar por motivos socioeconómicos, no es sólo a modo de sobrevivencia o de satisfacción de necesidades básicas, sino que también se relaciona con el poco valor que los jóvenes le atribuyen a su permanencia en los establecimientos educacionales sobre todo cuando tienen padres con bajos niveles educacionales (Espinoza, Castillo, González & Loyola, 2012). Así, al observar el alto porcentaje de padres con un nivel precario de escolaridad, se concluye que sería recomendable investigar sobre las motivaciones y aspiraciones con las que cuentan los adolescentes para terminar la enseñanza media. Y, al mismo tiempo crear o potenciar dichas motivaciones debido a que la ausencia de educación secundaria es un indicador de riesgo importante de futuros problemas de salud mental (OMS, 2004a).

En torno a lo planteado anteriormente, se considera que el nivel educacional del padre y de la madre es un factor psicosocial asociado al nivel de Salud Mental y a la percepción de la CVRS a estudiar en mayor profundidad en los colegios abarcados. Pues, al observar lo que sucedió con el nivel de Salud Mental al dividir la muestra en relación a dicho factor, resultó que aquellos jóvenes con padres y madres que no habían finalizado la enseñanza media, obtuvieron mejores niveles de Salud Mental que aquellos con un mayor nivel educacional. Al igual, con lo sucedido con la percepción de la CVRS, aquellos con un padre con un nivel educacional más bajo obtuvieron mejores puntajes que

aquellos con un padre con un nivel educacional más elevado. Tales resultados son distintos a lo que se ha encontrado en otros estudios (Canino et al., 2004; Esquís, Limonero & López, 2013; Rodríguez & Velarde, 2013), en estos se ha señalado que adolescentes hijos de padres con un nivel de escolarización y un nivel socioeconómico familiar bajo, presentan mayor tasa de trastornos mentales.

Siguiendo esa línea, se concluye que sería interesante indagar en las razones por las cuáles los padres abandonaron el colegio, las características parentales y los factores que podrían estar influyendo en que a pesar de contar con un precario nivel educacional de parte de los padres, los adolescentes presenten altos niveles de Salud Mental y una buena percepción de su CVRS.

Un quinto factor psicosocial a destacar es la percepción del funcionamiento familiar, concluyendo que sería relevante indagar en mayor profundidad en éste. Debido a que la muestra estudiada presentó un elevado porcentaje de adolescentes que perciben adecuadamente el funcionamiento familiar en comparación a estudios chilenos que se han realizado en muestras similares (Pineda, 2011; Santander et al, 2008). Obteniéndose una visión mayoritariamente positiva en cuanto a la dinámica que se produce al interior de ésta.

La percepción del funcionamiento familiar, es uno de los factores que a pesar de la importancia detectada no presenta mayores desarrollos como línea de investigación (Urzúa, Godoy & Ocaño, 2011) y se concluye que sería interesante conocer cuáles son los factores protectores que están influyendo en que exista una alta percepción del funcionamiento familiar en estos adolescentes. Y, analizar la relación con el nivel de Salud Mental y la CVRS debido a que se ha encontrado que una adecuada percepción del funcionamiento familiar es un factor protector de un buen nivel de Salud Mental (De la Barra et al., 2012).

El sexto y último factor psicosocial a destacar, es la conducta de riesgo de intento de suicidio. Se encontró un alto porcentaje de jóvenes que se han intentado suicidar alguna vez y que no han recibido tratamiento psicológico (48,5% respectivamente). Y, en concordancia con lo señalado en una conclusión anteriormente, las mujeres fueron aquellas que más presentaron esta conducta de riesgo. Los datos obtenidos, siguen la misma línea que lo encontrado por Haquin et al. (2004), concluyendo a modo de

sugerencia, la relevancia de la detección precoz en la población infanto-juvenil de los cuadros psicopatológicos asociados al intento de suicidio y suicidio propiamente tal en estos colegios de Graneros; pudiendo elaborar talleres para prevenir y entregar información sobre este fenómeno. Por último, estas cifras evidencian que sería conveniente averiguar si se están pesquisando a los adolescentes que no están recibiendo el apoyo psicológico adecuado para enfrentar esta situación, teniendo en consideración que en Chile, las tasas de suicidio son altas y preocupantes (MINSAL, 2011).

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe señalar que las conclusiones anteriores sobre los datos obtenidos en esta investigación no pueden ser representativos de todos los adolescentes de los colegios de la comuna ni extrapolados a los adolescentes en general, debido al tipo de metodología utilizada, -expuesta en el apartado de metodología-, que fue elegida en base a los limitados recursos con los que se contó; entiéndase recursos económicos, de tiempo y de personas. Y, además, porque la variable de Salud Mental no se distribuyó normalmente.

Otra limitación, ya mencionada anteriormente, es que al no contar con el manual de corrección oficial del instrumento KIDSCREEN-52, los resultados en relación a las dimensiones de la CVRS sólo son comparables con los datos obtenidos en la muestra de la presente investigación.

Por último, otra de las limitaciones a tener en consideración, está relacionada con el carácter exploratorio/descriptivo del estudio, debido al tipo de diseño de investigación escogido, los resultados obtenidos son una primera aproximación al fenómeno de estudio y se propone generar, a la luz de ellos, nuevas investigaciones que aborden distintas aproximaciones en pos de identificar cuáles son los factores protectores y de riesgo asociados al nivel de Salud Mental y a la percepción de la CVRS en la comuna de Graneros, teniendo como base los factores psicosociales significativos encontrados. Ya que se postula que tales estudios serían un aporte para los colegios de Graneros y podrían entregar información relevante en torno al fenómeno de la Salud Mental y la CVRS, pues algunos resultados de este estudio hacen referencia a que los adolescentes de estos colegios se comportaron de manera distinta a establecimientos escolares ubicados en la Región Metropolitana que también presentan índices de vulnerabilidad según la JUNAEB (Pineda, 2011). Una explicación a este hecho, podría ser que los

jóvenes de estos colegios podrían presentar estilos de vida distintos a los adolescentes de la Región Metropolitana, a pesar de tener un nivel socioeconómico similar. El hecho de vivir en una comuna pequeña como es Graneros hace que el tiempo de desplazamiento sea menor, las áreas verdes con las que cuentan sean mayores, existan menos conductas de riesgo, etc.

En resumen, se concluye finalmente que la presente investigación tiene como fortaleza ser un aporte a nivel teórico y práctico. Teórico, debido a que arroja datos relevantes para poder generar futuras líneas de investigación. Y, un aporte a nivel práctico, ya que la información obtenida podrá ser utilizada en los establecimientos escolares participantes en pos de generar diversas intervenciones con los estudiantes para potenciar su nivel de Salud Mental, y por ende, mejorar la CVRS. Entendiendo que la escuela puede jugar un rol importante en la promoción de un bienestar mental apropiado y en la determinación del nivel de Salud Mental de los y las adolescentes. Asimismo, la promoción efectiva de la Salud Mental en los ambientes educativos y en la comunidad fortalecen los objetivos esenciales para el desarrollo en esta etapa del ciclo vital (MINSAL, 2009).

8. 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.
- Arcos, G., Molina, I., Repposi, A., Uarac, M., Ritter, P. & Arias, L. (1999). Violencia doméstica y sexualidad. *Revista médica de Chile*, 127(11), 1329-1338.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamonm, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens- Sieberer, U., et al. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *GacSanit*, 19 (2), 93-102.
- Baeriswyl, K. (2007). *Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabético 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.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Zambrano, J. & Aguilar, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 386-95.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Díaz, M., Rajmil, L., Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr*, 107 (4), 307-14.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. Trad. al Castellano: (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Caqueo, A. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582. Extraído el 1 de Octubre de 2013 desde <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3525>

Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., Bravo, M., Ramírez, R., et al. (2004). The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico: Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 85-93.

Centers for disease control and prevention (CDC). (2000). *Measuring Health Days*. Atlanta, Georgia: CDC. Extraído el 1 de Octubre de 2013 desde <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>

Cornejo, A., Céspedes, P., Escobar, D., Nuñez, R., Reyes, G., & Rojas, K. (2005). SINA E Sistema Nacional de Asignación con Equidad para Becas JUNAEB. Una nueva visión en la construcción de igualdad de oportunidades en la infancia. Santiago: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Gobierno de Chile. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/02/libro_junaeb.pdf

De la Barra, F., Toledo, V., Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente II: factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40 (4), 347-360. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000400007&script=sci_arttext

De la Barra, F., Toledo, V., Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 42 (4), 259-72. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000400003&script=sci_arttext

De la Barra, F. (2010). Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48 (2), 152-159. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000300008&script=sci_arttext

- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile: estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-52. Extraído el 25 de Mayo de 2013, desde http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
- Elejabarrieta, F. & Íñiguez, L. (1984). Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. Extraído el 4 de Marzo de 2014 desde <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/escalas.pdf>
- Espinoza, O., Castillo, D., González, L. & Loyola, J. (2012). Factores familiares asociados a la deserción escolar en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 18 (1), 136-150. Extraído el 3 de Mayo de 2014 desde http://www.cie-ucinf.cl/download/articulos_del_cies/Factores-Familiar-deserci%C3%B3n-escolar-Chile.pdf
- Fernández, I. (1982). *Construcción de una escala de actitudes tipo Likert*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Notas técnicas de prevención. Barcelona: NTP-15.
- 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.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg, adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15,

88- 97. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm

García, R. (2005). Salud mental en el niño y el adolescente. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa (Ed.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 79-86). Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.

Garmendia, M. (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.

George, M., Guzmán, M., Hartley, M., Silva, C., Squicciarini, A. & Zapata, R. (2004). Detección Precoz de Factores de Riesgo de Salud Mental en Escolares. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13 (2), 9-20.

Gómez-Vela, M., Verdugo, M. & González-Gil, F. (2007). Calidad de vida y autoconcepto en adolescentes con necesidades educativas especiales y sin ellas. *Infancia y Aprendizaje*, 30(4), 523-536.

Guzmán, R. (2012). Validación de los cuestionarios de Calidad de Vida KIDSCREEN y DISABKIDS en niños y adolescentes venezolanos. Tesis para optar al grado de doctora en enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de Alicante.

Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en Salud Mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425-433. Extraído el 10 de Enero de 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-410620040005000003&script=sci_arttext

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill: México

Jané-Llopis, E. (2005). La eficacia de la promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista asociación española de neuropsiquiatría*, 24(89), 67-77.

- 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.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). (2013). Prioridades 2013 con IVE-Sinae Oficial por Comunas. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde <http://www.junaeb.cl/ive>
- López, S., Limonero, J. & Esquís, M. (2013). Factores socioculturales en el patrón ocupacional y la salud mental infantil. Fundación Orienta. Extraído el 1 de Octubre de 2013 desde <http://www.fundacioorienta.com/pdf/Revisi%C3%B3%20Sandra%20L%C3%B3pez%20M%20et.pdf>
- 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.
- Martínez, C. (2013). Salud Mental y Calidad de Vida relacionada con la salud en los niños ante la desigualdad social. *Evidencias en Pediatría*, 9 (13).
- Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C, Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Ministerio de Educación. (2013, Marzo 27). Medición de la deserción escolar en Chile. *Serie evidencias*, 2 (15). Extraído el 7 de Abril de 2014 desde http://static.mineduc.cl/doc_mailing/evidenciasmarzofinal.pdf
- Ministerio de Salud. (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud. (2000). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Autor.

- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2005). *Encuesta mundial de salud escolar Chile, 2004-2005*. Centro para control y prevención de Enfermedades de Atlanta. Extraído el 10 de Enero de 2013 desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%2020042005%20final.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Orientaciones técnicas: atención de adolescentes con problemas de salud mental*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud. (2011). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012- 2020*. Santiago: Autor.
- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, T., Salazar, D. & Sepúlveda, R. (2012). *Estudio nacional de calidad de vida relacionado con salud en adolescentes chilenos. Proyecto Domeyko Universidad de Chile*. Santiago: Universidad de Chile
- Monardes, C. (2012). *Calidad de Vida de adolescentes inmigrantes extranjeros que cursan Educación Secundaria Obligatoria en Salamanca*. Tesis doctoral, Facultad de Educación, Universidad de Salamanca
- Navarrete, L. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en Padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula*. Tesis para optar al grado de magister en familia, Universidad del Biobío, Chillán.
- O'Connell, M., Boat, T. & Warner, K. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, D.C: TheNationalAcademiesPress.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor
- Organización Mundial de la Salud (2004a). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Autor

- Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Prevención de los Trastornos Mentales intervenciones efectivas y opciones de políticas Organización Mundial de la Salud*: Ginebra: Autor
- Organización Mundial de la Salud (2004c). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Ginebra: Autor
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Documentos básicos 47ª edición*. Ginebra: Autor
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. Washington, D.C.: Autor
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Salud en Sudamérica. Edición 2012: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington, DC: Autor
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369, 1302–1313.
- Pineda, M. (2011). Caracterización de una población de adolescentes en vulnerabilidad social desde la perspectiva de la resiliencia. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Rajmil, L., Estrada, M.D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15, 34-43.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M., Auquier, P. & The KIDSCREEN group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-8.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., et al. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz-Präventivmed*, 46, 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W. & The KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev of Pharmacoecon Outcomes Res*, 5 (3), 353-64.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Bullinger, M. & the BELLA study group. (2008a). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study. *Journal European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 148-56.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H., Rothenberger, A., Beate Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Doöpfner, M. (2008b). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Journal European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 22–33.
- Rodriguez, G. & Velarde, M. (2013). Factores condicionantes de la calidad de vida y la salud mental en los niños y adolescentes. *Evidencias en Pediatría*, 9: 24
- Romero, M., Santander, J., Hirschfeld, 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.
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G. & Martínez B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19 (3), 279-287.
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 136, 317-32.

- Sapelli, C. & Torche, A. (2004). Deserción escolar y trabajo juvenil: ¿dos caras de una misma decisión? *Cuadernos de Economía*, 41, 173-198.
- Sepúlveda, R., Molina, T., Molina, R., Martínez, V., González, E., George, M., Montaña, R. & Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *RevMed Chile*, 141, 1283-1292.
- Schutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J. & Rajmil, L. (2008). Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *MedClin (Barc)*, 130 (17), 650-4.
- Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L. & Tapia, K. (2009a). Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de Vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 83-92.
- Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L. & Tapia, K. (2009b). Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80, 238-44.
- Urzúa, A., Godoy, J. & Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82 (4), 300-310.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457. Extraído el 25 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000400005&script=sci_arttext
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Journal European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 133-147.

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.

9. Anexos

9.1 Anexo I. Encuesta de caracterización de Antecedentes Personales y Familiares

¡Hola!

A continuación se te harán algunas preguntas sobre ti y tu familia. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta. Responde lo primero que venga a tu mente, no pienses mucho la respuesta.

En algunas preguntas tendrás que escribir lo que se solicita y, en otras preguntas, tendrás que escoger la alternativa que más se acerque a tu respuesta y marcarla con una cruz. Es importante que contestes todas las preguntas de manera clara para que podamos leer correctamente tus respuestas.

Debes tener claro que esta encuesta no es un examen, por lo cual, no hay respuestas correctas o incorrectas. Responde a las preguntas basándote en lo que tú realmente sabes o haces.

Recuerda que tus respuestas serán confidenciales, nadie que te conoce verá la encuesta una vez que lo hayas finalizado.

¡Muchas gracias por participar!

Antecedentes Personales

1. ¿Cuál es tu Nombre completo? : _____

2. ¿Cuándo naciste? (escribir día/ mes/ año): _____

3. ¿En qué colegio estás? _____

A CONTINUACIÓN COLOCA UNA X EN EL CUADRO EN BLANCO QUE CORRESPONDA A TU RESPUESTA

4. ¿Cuál es tu sexo? Mujer Hombre

5. ¿Qué edad tienes?

<input type="checkbox"/> 13 años	<input type="checkbox"/> 16 años
<input type="checkbox"/> 14 años	<input type="checkbox"/> 17 años
<input type="checkbox"/> 15 años	<input type="checkbox"/> 18 años
	<input type="checkbox"/> 19 años

6. ¿En qué curso estás?

<input type="checkbox"/> 1ero medio	<input type="checkbox"/> 3ro medio
<input type="checkbox"/> 2do medio	<input type="checkbox"/> 4to medio

7. ¿Has repetido algún curso?

No Si
¿Cuál? _____

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

<input type="checkbox"/>	Menos de nota 4.0	Entre 5.6 y 6.0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entre 4.0 y 4.5	Entre 6.1 y 6.5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entre 4.6 y 5.0	Entre 6.6 y 7.0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entre 5.1 y 5.5		

Escribe por favor la nota exacta, si la recuerdas: _____

9. ¿Tú tienes algún problema de salud física?

No Sí

¿Cuál?

10. ¿Tú tienes algún problema de salud mental?

No Sí

¿Cuál?

11. ¿Tú has visitado a un psiquiatra o psicólogo alguna vez?

No Sí

¿Cuál?

12. ¿Tienes hijos?

No Sí

¿Cuál?

13. Actualmente, ¿estás trabajando?

No Sí

¿Cuál?

Antecedentes Familiares

1. ¿Con quién(es) vives? (A continuación coloca una X en el cuadro que corresponda a cada alternativa. Puedes marcar más de una alternativa)

<input type="checkbox"/>	Mi madre
<input type="checkbox"/>	Mi padre
<input type="checkbox"/>	Mis hermanos
<input type="checkbox"/>	Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
<input type="checkbox"/>	Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)
<input type="checkbox"/>	Uno o más de mis abuelos

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

<input type="checkbox"/>	Muy bien	Mal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bien	Muy mal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Más o menos		

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

<input type="checkbox"/>	Muy bien	Mal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bien	Muy mal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Más o menos		

10. ¿Tus padres o cuidadores **ACTUALMENTE** están siendo tratados por algunas de estas situaciones? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta en cada caso. Puedes marcar más de una alternativa)

Padre o Cuidador

Madre o Cuidadora

<input type="checkbox"/>	Está siendo tratado por abuso en el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Está siendo tratado por uso de drogas	<input type="checkbox"/>

11. ¿Tus padres o cuidadores en el **PASADO** (en algún momento de sus vidas) fueron tratados por algunas de estas situaciones? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta en cada caso. Puedes marcar más de una alternativa)

Padre o Cuidador

Madre o Cuidadora

<input type="checkbox"/>	Está siendo tratado por abuso en el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Está siendo tratado por uso de drogas	<input type="checkbox"/>

12. ¿Tus padres o cuidadores **ACTUALMENTE** están siendo tratados psicológicamente o psiquiátricamente?

No Sí ¿Por qué? _____

13. ¿Tus padres o cuidadores en el **PASADO** (en algún momento de sus vidas) fueron tratados psicológicamente o psiquiátricamente?

No Sí ¿Por qué? _____

14. ¿Tus padres o cuidadores **ACTUALMENTE** están siendo tratados por alguna enfermedad o problema físico)?

No Sí ¿Por qué? _____

15. ¿Tus padres o cuidadores en el PASADO (en algún momento de sus vidas) fueron tratados por alguna enfermedad o problema físico?

No Si ¿Por qué? _____

16. Por favor, ahora indica si TÚ has sido tratado por alguna de estas situaciones en el último año (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta. Puedes marcar más de una alternativa)

- Fui tratado por abuso en el consumo de alcohol.
- Fui tratado por uso de drogas.
- Fui tratado psicológica o psiquiátricamente
- Fui tratado por lesiones debido a intento de suicidio
- Fui tratado por heridas de una pelea o riña.
- Ninguna de las anteriores

17. Indica si TÚ viviste alguna de estas situaciones (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta en cada caso. Puedes marcar más de una alternativa)

- Has fumado más de una vez al mes
- Te has embriagado más de una vez al mes.
- Has usado marihuana más de una vez al mes.
- Has usado drogas ilegales (cocaína, heroína, LSD) más de una vez al mes.
- Has usado otras drogas (tranquilizantes, hipnóticos, etc.) más de una vez al mes.
- Has usado solventes volátiles (neoprén u otros inhalantes).
- Te has sentido triste o nervioso(a) todo el tiempo.
- Te preocupa mucho tu aspecto físico.
- Has consultado por problemas emocionales o psicológicos alguna vez.
- Te has involucrado en peleas o riñas alguna vez.
- Has intentado matarte alguna vez.
- Tuviste relaciones sexuales alguna vez.
- Ninguna de las anteriores

9.2 Anexo II. Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12)

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

9.3 Anexo III. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein

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

9.4 Anexo IV. Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein

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

9.5 Anexo V. Cuestionario Calidad de Vida relacionada con la Salud Kidscreen 52

A continuación, cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos SIETE días. ¿Qué respuesta es la que primero viene a tu mente?

Escoge la alternativa que más se acerque a tu respuesta y márcala con una cruz

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

No

Sí

¿Cuál?

1. Actividad física y salud

1. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

Excelente

Regular

Muy buena

Mala

Buena

Piensa en la última semana...

2. ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

3. ¿Has estado físicamente activo/a (ej. Corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

4. ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

Algunas veces

2. Tus sentimientos

Piensa en la última semana...

1. ¿Has disfrutado de la vida?

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

2. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

3. ¿Te has sentido satisfecho/a con la vida?

Nada

Mucho

Un poco

Muchísimo

Moderadamente

4. ¿Has estado de buen humor?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. ¿Te has sentido alegre?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

6. ¿Lo has pasado bien?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

2. ¿Te has sentido triste?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. ¿Te has sentido tan mal que no quería hacer nada?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. ¿Has sentido que en tu vida todo sale mal?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. ¿Te has sentido harto/a ("chato/a", "choreado/a", "cabreado/a")?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

6. ¿Te has sentido solo/a?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

7. ¿Te has sentido bajo presión (presionado/a)?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. Sobre ti

Piensa en la última semana...

1. **¿Has estado contento/a con tu forma de ser?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

2. **¿Has estado contento/a con la ropa que usas?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. **¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. **¿Has tenido envidia de cómo se ven otros/as niños/as?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. **¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...

1. **¿Has tenido suficiente tiempo para ti?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

2. **¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. **¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. **¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos/as?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. **¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana...

1. ¿Te han entendido tu mamá y/o papá?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Mucho |
| <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente | |

2. ¿Te has sentido querido/a por tu mamá y/o papá?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Mucho |
| <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente | |

Piensa en la última semana...

3. ¿Te has sentido feliz en casa?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. ¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para ti?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. ¿Tu mamá y/o papá han tratado de forma justa?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

6. ¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

7. Asuntos económicos

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. ¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos/as?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Mucho |
| <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente | |

8. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...

1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

2. ¿Has realizado actividades con otros niños/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

3. ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

4. ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

5. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | |

9. El colegio

Piensa en la última semana...

1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Nada | <input type="checkbox"/> | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | Un poco | <input type="checkbox"/> | Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente | | |

2. ¿Te ha ido bien el colegio?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Nada | <input type="checkbox"/> | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | Un poco | <input type="checkbox"/> | Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente | | |

3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Nada | <input type="checkbox"/> | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | Un poco | <input type="checkbox"/> | Muchísimo |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente | | |

4. ¿Has sido capaz de poner atención?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

5. ¿Te ha gustado ir al colegio?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

6. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

10. Clima escolar

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido miedo de otros/as niños/as?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

2. ¿Se han burlado de ti otros/as niños/as?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

3. ¿Te han amenazado o maltratado (física o psicológicamente) otros/as niños/as?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> | Casi nunca | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces | | |

9.6 Anexo VI. Carta dirigida a los directores (as) de los establecimientos educacionales

**Sr (a).
Director (a) del Colegio....
Presente**

Por medio de la presente quisiera exponer a usted la solicitud de aceptar en su colegio a la estudiante Claudia Yasmín Madrid Silva, RUN N° 16.099.028-7, quien se encuentra realizando su memoria para la obtención del Título de Psicólogo de la Universidad de Chile.

Su memoria tiene como finalidad investigar sobre “Salud Mental, Calidad de Vida y Factores Psicosociales en adolescentes escolarizados” en colegios de la comuna de Graneros.

El estudio tiene como objetivo caracterizar a la población adolescente escolarizada de la comuna de Graneros, respecto a cuáles son los principales factores de riesgo y de protección a los que se enfrentan cotidianamente los adolescentes escolarizados, y cómo estos se asocian con la Salud Mental y la Calidad de Vida. Además, tiene como propósito observar la relación entre la Salud Mental y la Calidad de vida de ellos.

Realizar este estudio puede ayudar a generar mayor conocimiento sobre los adolescentes escolarizados, siendo de gran ayuda para los profesionales de la educación y de la salud que intentan comprender el comportamiento de esta población. Y, así, poder generar estrategias de promoción y prevención en el área de la Salud Mental.

La aceptación por parte de vuestro Establecimiento Escolar de la estudiante en calidad de tesista se traduce en posibilitarle que pueda aplicar un cuestionario que consta de preguntas para obtener información sobre el alumno y su familia. Dicho cuestionario se aplicará a alumnos de enseñanza media en un día acordado previamente con el Establecimiento educacional y durará alrededor de una hora.

Una vez finalizada la investigación, la estudiante se compromete a entregar los resultados de la investigación, si así usted lo estima conveniente.

Esperando una buena acogida a la solicitud planteada,

Se despide cordialmente,
Loreto Leiva Bahamondes

Cualquier pregunta o inquietud respecto a esta investigación, contactarse con la investigadora responsable, Claudia Madrid Silva (mail: clauMadridsilva@gmail.com).

9.7 Anexo VII. Formulario de Consentimiento informado dirigido al alumno

Hola,

Te invitamos a participar en una investigación sobre “Salud Mental, Calidad de Vida y Factores Psicosociales en adolescentes escolarizados”. La cual se enmarca dentro de un trabajo de Memoria para la obtención del Título de Psicólogo de la Universidad de Chile y que se llevará a cabo en varios colegios de la comuna de Graneros.

La finalidad de esta carta es contarte la finalidad de esta investigación y ayudarte a tomar la decisión de participar.

Este estudio tiene como objetivo caracterizar a la población adolescente escolarizada de la comuna de Graneros, respecto a cuáles son los principales factores de riesgo y de protección a los que te enfrentas cotidianamente, y cómo estos se asocian con tu Salud Mental y Calidad de Vida. Además, tiene como propósito observar la relación entre tu Salud Mental y tu Calidad de vida.

Te comunicamos que realizar esta investigación puede ayudar a generar mayor conocimiento sobre los adolescentes escolarizados de Graneros, siendo de gran ayuda para los profesionales de la educación y de la salud que intentan comprender el comportamiento de adolescentes como tú. Y, así, poder generar estrategias de promoción y prevención en el área de la Salud Mental.

Si tú estás de acuerdo en participar y tus padres, cuidadores o apoderado autorizan tu colaboración, deberás responder un cuestionario con varias preguntas sobre ti y tu familia. El cual, se contestará en tu colegio en un día a determinar y durará alrededor de una hora. Agradeceremos tu asistencia el día acordado para lograr completar el estudio.

Tu nombre y tus datos serán confidenciales, es decir, la información que entregues sólo será usada para fines propuestos en este estudio y sólo conocida integralmente por la investigadora. Las personas ajenas a esta investigación, como tus compañeros, profesores, directores, inspectores, etc. NO tendrán acceso directo a la información brindada por ti.

Sin perjuicio de lo anterior, te contamos que la información obtenida podrá ser utilizada y publicada ya sea en informes de investigación, publicaciones o comunicaciones científicas, resguardando en todo momento su anonimato.

Tu participación no tiene costo para ti o para tu familia, no se efectuarán pagos por ella ni tampoco recibirás compensación alguna por tu participación.

La colaboración 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 el consentimiento adjuntado en este documento por parte de un adulto responsable, no podrás participar de la investigación.

Agradeciendo de antemano tu buena disposición y colaboración, se despide atentamente,

Claudia Yasmín Madrid Silva

Licenciada en Psicología, Universidad de Chile

Investigadora Responsable

Acepto participar en el presente estudio _____ (firma o nombre)

Fecha: _____

Cualquier pregunta o inquietud respecto a esta investigación, contactarse con la investigadora responsable, Claudia Madrid Silva (mail: claumadridsilva@gmail.com).

9.8 Anexo VIII. Carta dirigida a los padres

Señor Apoderado:

Por medio de la presente carta, me dirijo a usted para informarle que su hijo (a) ha sido invitado (a) a participar en una investigación sobre “Salud Mental, Calidad de Vida y Factores Psicosociales en adolescentes escolarizados”. La cual se enmarca dentro de un trabajo de Memoria para la obtención del Título de Psicólogo de la Universidad de Chile y que se llevará a cabo en varios colegios de la comuna de Graneros.

El estudio tiene como objetivo caracterizar a la población adolescente escolarizada de la comuna de Graneros, respecto a cuáles son los principales factores de riesgo y de protección a los que se enfrentan cotidianamente los adolescentes escolarizados, y cómo estos se asocian con la Salud Mental y la Calidad de Vida. Además, tiene como propósito observar la relación entre la Salud Mental y la Calidad de vida de ellos.

Realizar este estudio puede ayudar a generar mayor conocimiento sobre los adolescentes escolarizados, siendo de gran ayuda para los profesionales de la educación y de la salud, quienes intentan comprender el comportamiento de esta población. Y, así, poder generar estrategias de promoción y prevención en el área de la Salud Mental.

Si usted está de acuerdo en que su hijo (a) participe, éste deberá responder un cuestionario en el colegio. El cual, se aplicará en un día y tendrá una duración de alrededor de una hora. Las preguntas de este cuestionario apuntarán a datos que ayuden a conocer más al adolescente y a su familia.

La información que su hijo (a) entregue será confidencial, es decir, sólo será usada para fines propuestos en este estudio y sólo conocida integralmente por la investigadora. Las personas ajenas a esta investigación, como sus compañeros, profesores, directores, inspectores, etc. NO tendrán acceso directo a la información brindada por su hijo (a).

Sin perjuicio de lo anterior, la información obtenida podrá ser utilizada y publicada ya sea en informes de investigación, publicaciones o comunicaciones científicas, resguardando en todo momento su anonimato. El resguardo de su identidad será asegurada a partir de la modificación de sus nombres y de toda información que contenga algún elemento que pueda servir para identificarlos.

La participación de su hijo (a) en este estudio es gratuita y no se efectuarán pagos por ella ni tampoco recibirán compensación alguna por su participación.

Si usted autoriza a su hijo(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,

Claudia Yasmín Madrid Silva
Licenciada en Psicología, Universidad de Chile
Investigadora Responsable

Acepto que he leído la explicación de este estudio y que autorizo a que mi hijo (a) participe en el mismo

Nombre: _____

Fecha: _____

Rut y Firma: _____

Cualquier pregunta o inquietud respecto a esta investigación, contactarse con la investigadora responsable, Claudia Madrid Silva (mail: clauadridsilva@gmail.com).