

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“Estudio de las relaciones entre resiliencia, estrategias de
afrentamiento y malestar subjetivo en adolescentes bajo situación
socioeconómica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE
AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89.

Autores:

- BARON, LEONARDO LUIS Mat. 2250/91 - DNI 20827529
- FLORES, YANINA MARICEL Mat. 2298/91 - DNI 20727925

Supervisor: Lic. Juan Cingolani

Co-supervisora: Lic. María Cristina Posada

Cátedra de radicación:

Grupo de investigación en Evaluación Psicológica



-Agosto 2013 -

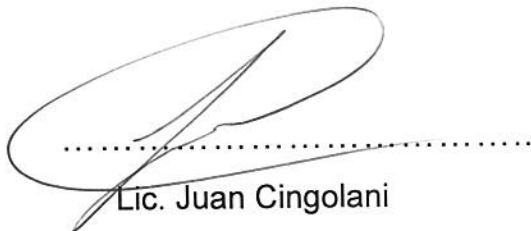
N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-18 B	Posa
	N° INVENTARIO:
	R-01257

USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este Informe Final corresponde al requisito de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Baron, Leonardo Luis y Flores, Yanina Maricel de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes, o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de sus autores”

APROBACIÓN DEL SUPERVISOR Y DE LA CO-SUPERVISORA

Los que suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Baron, Leonardo Luis - Mat. N° 2250/91- y Flores, Yanina Maricel -Mat. N° 2298/91-, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los veintiún días del mes de agosto del año 2013.



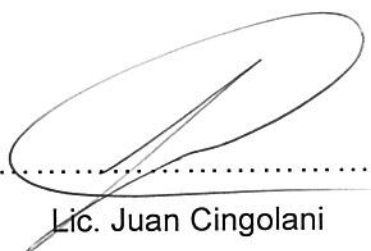
.....
Lic. Juan Cingolani



.....
Lic. María Cristina Posada

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR Y DE LA CO-SUPERVISORA

Dejamos constancia que los autores han contribuido al desarrollo del presente trabajo, y que la tarea ha sido realizada de acuerdo a lo previsto en el plan original. Quisiéramos destacar el esfuerzo realizado para sortear las dificultades surgidas en el transcurso del trabajo. Asimismo consideramos que se trata de un trabajo original y riguroso, a la vez que socialmente relevante.



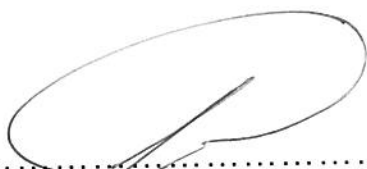
.....
Lic. Juan Cingolani



.....
Lic. María Cristina Posada

PRESENTACIÓN ANTE LA COMISIÓN ASESORA

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Baron, Leonardo Luis - Mat. N° 2250/91- y Flores, Yanina Maricel -Mat. N° 2298/91-.”



Lic. Juan Cingolani



Lic. María Cristina Posada

Aprobado a los..... días del mes de de 2013

Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

Descripción resumida: Este trabajo tiene por objetivo estudiar las relaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en adolescentes de ambos sexos de la ciudad de Mar del Plata, que por estar en condiciones socioeconómica desfavorables están expuestos a situaciones de riesgo psicosocial. Se trabajará con un diseño no experimental, de tipo transversal con metodología descriptiva correlacional y evaluación interindividual.

Se administrarán un registro de datos básicos, una Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés (Sandín y Chorot, 2003); una Escala de Resiliencia (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten, 2006) y el Inventario de Síntomas SA-45 (Valiente, Chorot, Santed, Lostao & Sandín, 2008) a una muestra de ciento cincuenta adolescentes de ambos sexos entre quince y dieciocho años.

Partiendo de que la adolescencia es un período de desarrollo psicológico importante, con esta investigación se pretende contribuir al conocimiento de los procesos resilientes y de afrontamiento que acontecen durante el mismo. A la vez, colaborar con información para posibles diseños e implementación de programas de prevención y promoción de la salud en adolescentes.

Palabras clave: Resiliencia – Estrategias de Afrontamiento - Malestar Subjetivo Situación Socioeconómica Desfavorable - Adolescentes.

Descripción detallada:

Motivos y antecedentes:

El estudio de la historia y el desarrollo de las distintas concepciones en psicología sobre salud y enfermedad, indican que en los inicios esta ciencia quedó alineada a un modelo médico que se orientaba fundamentalmente al estudio de los aspectos psicopatológicos (Gancedo, 2008). A partir de los años sesenta surgen distintos autores y corrientes como la Psicología Humanista (Maslow, 1963; Rogers, 1961) que advirtieron sobre las limitaciones de este enfoque basado en la enfermedad psicológica, ya que relegaba el estudio de la salud, las virtudes y las potencialidades humanas. A fines del siglo XX, desde la Psicología Positiva inaugurada por Seligman (2000) y el modelo salugénico propuesto por Antonovsky (1979) se retoma y desarrolla esta perspectiva focalizando el estudio en los factores salugénicos, las fortalezas y recursos de las personas. En los desarrollos contemporáneos se destacan conceptualizaciones sobre factores protectores frente al riesgo, resiliencia y

Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

estrategias de afrontamiento adaptativas asociadas a una mejor salud mental. Diversos estudios establecen que algunas personas son capaces de enfrentar estresores y adversidades, aumentando la resistencia al estrés y disminuyendo el riesgo a enfermar (Baradury & Marquebreuq, 2006).

Con respecto a los antecedentes en relación al constructo resiliencia, la bibliografía consultada muestra la variabilidad del concepto desde sus inicios. Así, mientras que algunos autores dudaban de su precisión teórica (Kotliarenco, 1999), muchos otros concuerdan en definirla como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido por experiencias de adversidad (Grotberg, 2003). Actualmente, es un concepto que ha demostrado ser útil para la investigación, prevención y promoción de la salud (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001). Más aún, muchas investigaciones realizadas equiparan crecimiento post traumático y resiliencia, en el sentido de un cambio positivo dado como resultado de un proceso de lucha que emprende un individuo a partir de la vivencia de un suceso traumático (Vera, 2004). De allí la importancia del estudio en adolescentes que viven en situación socio económica desfavorable, constructo que hace referencia a distintos factores sociales y ambientales que pueden impactar, a modo de adversidad, sobre el adolescente (por ejemplo, desocupación o subocupación parental, trabajo de menores, ausentismo escolar y/o bajo nivel educativo, dificultad de acceso a servicios de salud, pobreza, necesidades básicas insatisfechas, etc.).

Entre los motivos que justifican la importancia de investigar en relación a los adolescentes bajo situación socio económica desfavorable, se encuentra la necesidad de ampliar el conocimiento sobre los procesos resilientes (competencia personal y social, cohesión familiar y recursos sociales) y distintas estrategias de afrontamiento ante esta condición de vulnerabilidad y riesgo psicosocial.

Existe acuerdo en definir las estrategias de afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos que llevan a cabo las personas para hacer frente al malestar emocional o a las demandas estresantes (Lazarus & Folkman, 1986). En la adolescencia se pueden experimentar alteraciones emocionales, conflictos interpersonales y disfunciones psicosociales, dificultades que podrán generar un deterioro funcional significativo, o un malestar subjetivo que interfiera en la estabilidad emocional, y en el nivel de ajuste personal y social actual y futuro. Esto dependerá de los recursos personales que disponga el adolescente para manejar dichas situaciones.



Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

Algunos autores como Sandín (2003) desarrollan un enfoque del estrés e indican que actualmente, el organismo humano debe responder a múltiples amenazas de tipo social, es decir, acontecimientos que implican cambios en las actividades usuales de los individuos que los experimentan, lo que plantearía la necesidad de contar con mayores recursos de afrontamiento para no caer en la enfermedad. El afrontamiento variaría entre las personas de acuerdo a sus disposiciones personales, las situaciones y los recursos disponibles. Los recursos son elementos con los cuales cuentan potencialmente las personas: apoyo social, optimismo, percepción de control, afecto positivo, etc. (Sandín, *op.cit.*).

En nuestro contexto se destacan los aportes de Aldo Melillo (2004) en el tema resiliencia, y de la Dra. Casullo como precursora de la psicología positiva a nivel nacional, y sus investigaciones en área de la salud (Castro Solano & Casullo, 2000; Casullo & Fernández Liporace, 2001; Castro Solano & Díaz Morales, 2002; Casullo, 2008). Además, los trabajos de Figueroa, Contini, Lacounza, Levín y Suedan, (2005) en relación a las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes tucumanos de nivel socio económico bajo. A nivel local son referencia las investigaciones sobre factores salugénicos en población general y en particular sobre adolescentes realizadas por Cingolani (2008) y Castañeiras y Posadas (2008).

Objetivo general:

Esta investigación tiene por objetivo explorar las relaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en adolescentes marplatenses que viven bajo situación socioeconómica desfavorable.

Objetivos específicos:

1. Describir las características de resiliencia personal en adolescentes de nivel socioeconómico desfavorable de la ciudad de Mar del Plata.
2. Evaluar las estrategias de afrontamiento personal en la muestra bajo estudio.
3. Analizar las relaciones entre los niveles de resiliencia y el malestar subjetivo.
4. Analizar la presencia de diferencias en los niveles de resiliencia y estrategias de afrontamiento que informan los adolescentes marplatenses en función del sexo.

Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

Métodos y técnicas:

Diseño: Se trabajará con un diseño no experimental, de tipo transversal con metodología descriptiva correlacional y evaluación interindividual.

Participantes: La población bajo estudio (N= 150) estará conformada por adolescentes residentes en Mar del Plata de ambos sexos, con un rango de edad entre quince y dieciocho años y con un nivel de instrucción de base equivalente al ciclo primario (nivel mínimo de comprensión requerido para el cumplimiento de las técnicas). En todos los casos la participación será anónima, voluntaria y bajo consentimiento informado. *de poder y p/ Barón*

Se seleccionará una muestra no probabilística de tipo intencional. El procedimiento consistirá en la aplicación de los instrumentos seleccionados en un encuentro grupal de aproximadamente una hora.

? *A* Instrumentos: *Método* En primer lugar, se pedirá a los participantes firmar un consentimiento informado para la utilización de sus datos en la presente investigación, de acuerdo a lo estipulado por la Ley Nacional N° 25.326

Luego, se aplicarán los siguientes instrumentos de recolección de datos:

1. *a- consentimiento informado* Registro de datos básicos: cedido por el grupo de investigación, indaga información socio descriptiva básica sobre la situación personal y familiar vital respecto de las condiciones de riesgo psicosocial, en especial la de situación socio económica desfavorable.
2. Escala de Resiliencia: (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten, 2006. Traducción español: Nuria Fuentes, Sandra Lorente, Asunción Pastor, Cristina Salom. Adaptación argentina: Grupo GIEPsi, 2010): evalúa mediante 28 ítems distribuidos en cinco factores, el grado de fortaleza que describen las personas acerca de sus experiencias vividas. Las dimensiones valoradas incluyen aspectos de competencia personal y social, cohesión familiar y recursos sociales.
3. Estilos de afrontamiento al estrés (Sandín, Valiente & Chorot, 2003): es un listado de 42 afirmaciones combinadas para evaluar modalidades básicas de afrontamiento. Entre las dimensiones se incluyen resolución del problema, evitación, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva.
4. Inventario de Síntomas SA-45 (Valiente, Chorot Raso, Santed German, Lostao & Sandín Ferrero, 2008) forma abreviada de la SCL-90-R: evalúa la presencia

Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

autoinformada de síntomas o malestar subjetivo experimentado en la última semana. Brinda información acerca de patrones o clusters de síntomas presentes.

Procesamiento de datos: Se efectuarán análisis cuantitativos de la información obtenida. Se utilizará el sistema Windows XP Office 2007 y para el tratamiento estadístico de datos, el software SPSS 13 utilizado en ciencias sociales y de la Salud.

Lugar de realización del trabajo: Grupo de investigación en Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata

Cronograma de actividades:

Mes→	1	2	3	4	5	6	7	8
↓ Actividades								
Relevamiento y actualización bibliográfica	■	■	■	■	■	■		
Elaboración del marco teórico		■	■	■	■			
Selección de la muestra		■						
Gestión de autorizaciones			■					
Administración de los instrumentos			■	■	■			
Codificación de los resultados				■	■			
Elaboración de la base de datos					■	■		
Análisis e interpretación de los resultados						■	■	
Elaboración del informe final							■	■

Bibliografía:

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress & Doping: New Perspectives on Mental and Physical Well-being*. San Francisco: Josey-Bass

Barudy, J & Marquebreuq, A. (2006). *Hijos e hijas de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Barcelona: Gedisa.

Plan de Trabajo

Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

- Castañeiras, C. y Posadas, M. (2008). *Estilos personales y malestar subjetivo: un estudio empírico en población general*. Ponencia presentada en el III Congreso argentino de Salud Mental. Buenos Aires.
- Castro Solano y Casullo, M. M. (2000). *Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos*. Revista de psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú, XVIII, 1, 35-68
- Castro Solano, A. y Díaz Morales, J. (2002). *Objetivos de vida y salud vital en adolescentes españoles y argentinos de entornos rural y urbano*. Psichotema, 14, (1): 112-114
- Casullo, M.M & Fernández Liporace, M. (2001). *Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes*. Revista del Instituto de Investigaciones. Buenos Aires, Facultad de psicología, 6 (1), 25-49.
- Casullo, M.M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cingolani, J. M. (2008). Estudio de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico en adolescentes de Mar del Plata. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*. Facultad de Psicología, UNMDP, 5:32-39. Mar del Plata.
- Figueroa, M.N.; Contini, N.; Lacounza, A.; Levín & Suedan, A: (2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socio económico bajo de Tucumán (Argentina)*. Anales de psicología, 21, (1): 66-72
- Friborg, O.; Hjemdal, O.; Rosenvinge, J.; Martinussen, M.; Aslaksen, P. & Flaten, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress, *Journal of Psychosomatic Research*, 61: 213-219
- Gancedo, M (2008). Historia de la psicología Positiva. Antecedentes, Aportes y proyecciones en *Prácticas en Psicología Positiva*. Lugar editorial. Casullo Compiladora.
- Grotberg, E. (2003) *Nuevas tendencias en resiliencia*. Buenos Aires: Paidós
- Kotliarenco, M. (1999). *Algunas particularidades metodológicas en los estudios sobre Resiliencia*. MAK consultores. Chile
- Lazarus & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Manciaux, M; Vanistendael, S.; Lecomte, J. & Cyrulnik, B., (2001). *La resiliencia: estado de la cuestión*. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003.
- Maslow, A (1963). *Motivación y Personalidad*. Barcelona:Sagitario.
- Melillo, A.; Suarez Ojeda, E. & Rodriguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad, los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Friborg, O.; Hjemdal, O.; Rosenvinge, J.; Martinussen, M.; Aslaksen, P. & Flaten, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress, *Journal of Psychosomatic Research*, 61: 213-219
- Rogers, C (1961). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Sandín, B. (2003). *El estrés, un análisis basado en el papel de los factores sociales*. International Journal of Clinical & Health Psychology. 3(1): 141-157.

Plan de Trabajo

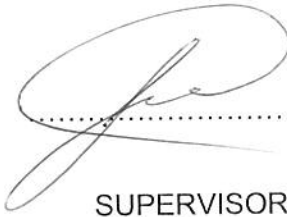
Estudio de las relaciones entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo en adolescentes bajo situación socio económica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata

Barón, Leonardo – Flores, Yanina

Seligman, M.E.P. (2000). *Positive Psychology, Positive Prevention & Positive Therapy*. En: Synder, C.R. & López, S.J. (Eds), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 3-9

Valiente, R. M.; Chorot Raso, P.; Santed, M.A.; Lostao, L. & Sandín Ferrero, B. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90, *Psicothema*, 290-296

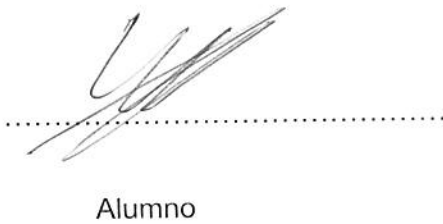
Vera, B. (2004). *Resistir y rehacerse: una conceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva*. *Revista de Psicología Positiva*. Recuperado el 25 de junio de 2010, de <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>



SUPERVISOR



CO – SUPERVISORA



Alumno



Alumna

P/Area de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/ rehacer):

Fecha:

17/10/10 *gestión* *Castro*

Observación: tener en cuenta que al tratarse de menores es necesario que el consentimiento informado ⁸ sea dado también por sus padres o tutores.

INDICE GENERAL

Presentación.....	I
Uso del Trabajo de Investigación.....	II
Aprobación del Supervisor y de la Co-Supervisora.....	III
Informe de Evaluación del Supervisor y de la Co-Supervisora.....	IV
Presentación ante la Comisión Asesora.....	V
Plan de trabajo.....	VI
Presentación.....	1
Agradecimientos.....	2
1. Introducción.....	4
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Psicología Positiva.....	8
2.2 Adolescencia.....	11
2.3 Resiliencia.....	17
2.4 Estrategias de Afrontamiento.....	26
3. Trabajo de campo.....	37
3.1. Metodología.....	37
3.1.1. Composición muestral.....	37
3.1.2. Instrumentos.....	38
3.1.3 Procedimiento.....	43
3.2. Resultados.....	43
4. Discusión.....	52
5. Bibliografía.....	59
6. Anexo.....	66

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"Estudio de las relaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en adolescentes bajo situación socioeconómica desfavorable de la ciudad de Mar del Plata"

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S.
143/89.

Autores:

- BARON, LEONARDO LUIS Mat. 2250/91 - DNI 20827529
- FLORES, YANINA MARICEL Mat. 2298/91 - DNI 20727925

Supervisor: Lic. Juan Cingolani

Co-supervisora: Lic. María Cristina Posada

Cátedra de radicación:

Grupo de investigación en Evaluación Psicológica

-Agosto 2013-

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a todas las personas que colaboraron participando en este trabajo.

A nuestro supervisor y co supervisora por su gran disposición y compromiso guiándonos desde el comienzo hasta el final del proyecto.

A nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional y la contención que nos brindaron.

Y a nuestra hija Esmeralda, que nació prácticamente con nuestra inscripción a la carrera de Psicología y soportó estoicamente nuestros derroteros universitarios.



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Introducción

Históricamente, la psicología en su interés por diferenciarse de la filosofía, delimitó su objeto de estudio alrededor de los procesos cognitivos y afectivos disfuncionales o patológicos del ser humano. En otras palabras, el estudio de la historia y el desarrollo de las distintas concepciones científicas en psicología sobre salud y enfermedad, indican que desde los inicios esta ciencia quedó alineada a un modelo médico donde se hacía hincapié fundamentalmente en los aspectos psicopatológicos (Gancedo, 2008). A partir de los años sesenta surgen distintos autores (Maslow 1954/1963; Rogers 1961/1993) y corrientes como la Psicología Humanista que advirtieron sobre las limitaciones de este enfoque basado fundamentalmente en la enfermedad psicológica. A fines del siglo XX, Seligman inaugura formalmente la Psicología Positiva retomando y profundizando esta perspectiva y la del modelo salugénico de Antonovsky (1979) el cual centra su atención en las fortalezas y los recursos de las personas. Esta perspectiva centrada en la salud ha cobrado fuerza empírica ya que diversos estudios establecieron que las personas son capaces de enfrentar estresores y adversidades, aumentando la resistencia al estrés y disminuyendo el riesgo a enfermar (Baradury & Marquebreuq, 2006). En los desarrollos contemporáneos se destacan conceptualizaciones sobre factores protectores frente al riesgo, resiliencia y estrategias de afrontamiento adaptativas asociadas a una mejor salud mental. Así surge el constructo resiliencia, cuya definición ha variado desde sus inicios hasta la actualidad.

Pese a las divergencias en cuanto al peso teórico de este constructo (Klotiarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997), muchos autores han concordado en definirla como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido por experiencias de adversidad (Grotberg, 2003). Actualmente, es un concepto que ha demostrado ser útil para la investigación, prevención y promoción de la salud (Manciaux, 2005).

Otro concepto abordado desde la Psicología Positiva es el de estrategias o estilos de afrontamiento, que alude al conjunto de esfuerzos cognitivos que llevan a cabo las personas para hacer frente al malestar emocional o a las demandas estresantes (Lazarus & Folkman, 1984). Autores como Sandín (2003) señalan que actualmente, el organismo humano debe responder a múltiples amenazas de tipo social, es decir, acontecimientos que implican cambios en las actividades usuales de los individuos que los experimentan, lo que plantearía la necesidad de contar con mayores recursos de afrontamiento para no caer en la enfermedad. Se sostiene que el afrontamiento varía entre las personas de acuerdo a sus disposiciones personales, las situaciones y los recursos disponibles, por lo que se considera necesario ampliar el conocimiento sobre los procesos resilientes y conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante esta condición de vulnerabilidad y riesgo psicosocial.

De esta manera, la presente investigación pretende aportar elementos que puedan contribuir al diseño e implementación de programas preventivos

y asistenciales dirigidos a la promoción de la salud y a la disminución del malestar subjetivo. Es decir, se trata de considerar la salud como un valor positivo, plausible de desarrollar y fortalecer a nivel individual y comunitario, como un objeto legítimo de la Ciencia Psicológica.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 Psicología Positiva

Antecedentes históricos y perspectivas

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) sostienen que si bien surge la psicología positiva en el año 2000, este concepto no resulta novedoso para la psicología, ya que antes de la Segunda Guerra Mundial los objetivos principales de la disciplina eran tres: curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas, e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Sin embargo, tras la guerra, diferentes eventos y circunstancias llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano.

De la misma manera, es posible hallar claras tendencias positivistas en la corriente humanista de la psicología, floreciente en los años 60 y representada por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm. El hecho de que la psicología humanista no se haya visto acompañada de una base empírica sólida, ha dado lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco fiables (Seligman, 2000). El modelo salugénico de Antonovsky (1979) retoma y desarrolla esta perspectiva focalizando en el estudio de los factores salugénicos, las fortalezas y recursos de las personas. En forma general, como señala

Gancedo (2008) el enfoque salugénico aporta las siguientes características a la idea de la salud mental:

1. Se trata de un proceso y no de un estado.
2. En este proceso están implicados microprocesos que interactúan de manera sistémica.
3. Permite y requiere una doble evaluación: a) subjetiva, como una sensación interna de plenitud, bienestar o felicidad, y b) objetiva, a través de su funcionamiento social.

Por su parte, Vera Poseck (2006) considera que Maslow es el teórico que probablemente haya introducido las bases de Psicología Positiva cuando en 1954, señaló que la ciencia psicológica había tenido mucho más éxito en el lado negativo, revelando mucho acerca de los defectos del hombre, sus virtudes, aspiraciones o potencialidades.

Desde la Psicología Positiva, no se pretende trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora bajo la cual el individuo se concibe como un agente activo que construye su propia realidad (Poseck, op.cit.). La Psicología Positiva Aplicada, es la aplicación de las investigaciones realizadas en este campo para facilitar el funcionamiento óptimo, donde se trabaja para su promoción y desarrollo, desde el trastorno y la angustia a la salud, a nivel individual, grupal, organizacional y social. Como se mencionó anteriormente, esto no quiere decir que la enfermedad y



el trastorno deben ser descuidados, sino que deberían ser tomados como un aspecto más que conforman a un individuo (Linley & Joseph, 2004).

Gancedo (2008), agrega que la Psicología Positiva es una rama de la psicología, con la misma rigurosidad científica que ésta. Desde un nivel meta-psicológico, intenta corregir el desbalance histórico en la investigación y la práctica psicológica, llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático, trata de entender las condiciones, los procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan a una buena vida.

Este cambio de perspectiva se ha visto reflejado en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud que considera a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004). Así, la salud mental se convierte en la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de una persona y una comunidad, siendo mucho más que la ausencia de enfermedad mental. En otras palabras, esta perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende la promoción de las cualidades del ser humano y facilita su máximo desarrollo potencial. La OMS conceptualiza la salud mental positiva como la presencia de emociones positivas (afectos), sentimientos de felicidad, uso los recursos

psicológicos de autoestima, autocontrol y resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad (OMS, 2004).

Actualmente la Psicología Positiva remite al estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo (Prada, 2005). Sus potenciales aplicaciones incluyen:

- Aproximaciones terapéuticas que enfatizan lo positivo.
- Currículas educacionales que promuevan la motivación intrínseca y la creatividad.
- Promover la vida familiar y buscar formas alternativas para que las personas puedan hacer sus relaciones más provechosas y gratificantes.
- Mejorar la satisfacción laboral.
- Mejorar las organizaciones para que contribuyan de mejor forma al bienestar individual y su crecimiento.

2.2 Adolescencia

Desde un recorrido histórico del concepto adolescencia, Krauskopf (1997) recopila información de distintos autores (entre ellos Lütte y Erikson) donde destaca que, hasta el siglo II A.C en Roma, la vida estaba dividida en tres fases: niñez, edad adulta y vejez. Más adelante, con el nacimiento del discurso científico, fue la medicina la que sistematizó las fases evolutivas y

recién en 1904 Stanley Hall define e incorpora el concepto adolescencia a la psicología basándose en un proceso de maduración biológica. La autora sostiene que en la primera mitad del siglo XX el énfasis estuvo en los niveles biológico y endopsíquico. Desde entonces, se identifica la adolescencia con la turbulencia no a partir de bases científicas, sino de visiones con raíces en valores morales y basados en el temor a la precocidad. Los adolescentes son generalmente invisibilizados como sujetos sociales pero visibilizados en situaciones de crisis o cuando generan problemas. La idea de la adolescencia como crisis ha sido fuerte; tanto en sectores especializados como en la opinión pública.

Etimológicamente la palabra proviene del latín “*adolescencia*” que significa “ir creciendo”, “hacerse adulto” ya que está formada por el prefijo *ad* (hacia), la palabra *alere* (nutrir, crear, hacer crecer), el lexema *-nt-* (agente) más el sufijo *ia* (cualidad). Actualmente existe acuerdo en definir la adolescencia como una etapa muy compleja en la vida de las personas. En pocos años, el cuerpo crece aceleradamente dejando de ser infantil. Además se accede a la posibilidad de procrear, es decir, se atraviesa una “transición evolutiva” desde la inmadurez infantil a la madurez física, psicosocial y sexual de la edad adulta (Kimmel & Weiner, 1998). Al mismo tiempo, a nivel cognitivo y emocional se percibe este proceso con grandes dificultades de adaptación por su velocidad y exigencia. En este sentido, la adolescencia es también la época en la que se completan aspectos de la personalidad y durante el cual el ser humano construye una identidad en constante

interacción con el medio (Melillo, 2005). Este autor sostiene que la tarea primordial de la adolescencia es lograr la identidad del yo lo que implica definir quién es cada uno y cómo incorporarse a la sociedad. La afirmación de la propia autoimagen, de "ser algo", se hace implícitamente a partir de lo que no se es, en términos de diferenciación y oposición, con la consiguiente apertura de un proceso dialéctico mientras la relación se mantenga. Por lo tanto, los retos de distinta índole que en forma de "tareas evolutivas" afronta el adolescente, se sintetizan en la formación y consolidación de un sentido de identidad personal al final de la adolescencia tal y como popularizó Erikson (1972). Todos estos cambios suponen vivenciar sucesos estresantes que en determinadas ocasiones pueden propiciar la implicación de los adolescentes en conductas de riesgo para su salud física y psicológica (Donenberg & Pao, 2005).

Melillo señala que la fase adolescente es un período clave de oportunidad, capacidad y aporte que potencian las posibilidades para realizar cambios en la dirección de la vida. Este autor considera que es más adecuado, en lugar de hablar de crisis, hablar de desafíos que propone la vida a partir del entorno en que cada uno se desarrolla. Mientras se favorezca la presencia de al menos un adulto significativo que reconozca logros y esfuerzos del adolescente y sostenga una comunicación afectiva con él, aumentarán sus posibilidades de ganar virtudes o fuerzas psicosociales que lo ayudarán en el resto de los estadios.

En síntesis, la adolescencia es una etapa en la que se experimentan cambios significativos en la personalidad, se consolida la identidad, se elabora un proyecto de vida (Figuroa et al., 2005), y aparecen dificultades en la toma de decisiones en relación con los estudios y relaciones de pareja o actividad laboral (Balcázar et al., 2006). Estos cambios pueden generar estrés en el adolescente (Ison, 2003), por lo que resulta importante desarrollar competencias psicosociales para su posterior posicionamiento en el mundo adulto. A un gran número de adolescentes se le pueden agregar dificultades económicas que aumenten su vulnerabilidad y riesgo psicosocial. Si bien hoy no existe evidencia suficiente como para establecer una relación directa entre pobreza y mayor o menor resiliencia, se ha hipotetizado que las personas de los niveles socioeconómicos más bajos están expuestas a un mayor número de eventos estresantes y por tanto presentan mayores índices de trastornos psicológicos (Palomar Lever, 2008). Por otro lado, la manera como sienten, evalúan y afrontan las situaciones los adolescentes, permite mantener, intensificar o eliminar la tensión que experimentan.

Todos estos desafíos que enfrentan los adolescentes se han conceptualizado como diversos riesgos psicosociales que, en mayor o menor medida, impactan en las personas durante esta etapa. Munsit et al. (1998) señalaron que este modelo de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Valverde et al. (2001) definen los

factores de riesgo como todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad de que ocurra, en el corto, mediano o largo plazo, algún evento dañino. A su vez, las conductas de riesgo son aquellos comportamientos que dependen de los individuos, tienen una intención, se dirigen a metas conscientes o inconscientes.

En oposición al modelo de riesgo (Munist, op.cit.), el modelo de desafío ha mostrado que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a una persona inerte en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Sin embargo, estas fuerzas no actúan linealmente, hay escudos protectores que atenúan sus efectos negativos, e incluso, llegan a transformarlas en factores de superación de la situación difícil. De esta manera, en el modelo de desafío interactúan dos elementos: los factores y conductas de riesgo, y los factores y conductas protectoras, donde los segundos operan como escudos que reducen la vulnerabilidad de la persona a desarrollar algún tipo de trastorno. Los factores y las conductas de protección se presentan como contraparte a los factores y conductas de riesgo. Para los autores antes mencionados, los factores protectores corresponden a todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de la persona. Aunque algunos de estos elementos radican en la persona misma, otros pueden provenir de los distintos escenarios en los que ésta se desenvuelve cotidianamente, tales como la

familia, otros grupos de referencia, la comunidad, entre otros. Entre los factores protectores se pueden distinguir entre los externos y los internos: los primeros se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daño (por ejemplo, familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral); mientras que los segundos se refieren a atributos de la propia persona (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía). Por su parte, las conductas de protección se definen como aquellos comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de protección) y que los aleja de uno o más riesgos o daño (Valverde et al., 2001).

En los desarrollos contemporáneos se destacan conceptualizaciones sobre factores protectores frente al riesgo, resiliencia y estrategias de afrontamiento adaptativas asociadas a una mejor salud mental. Diversos estudios establecen que algunas personas son capaces de enfrentar estresores y adversidades, aumentando la resistencia al estrés y disminuyendo el riesgo a enfermar (Baradury & Marquebreuq, 2006).

Así, en la adolescencia la resiliencia tiene que ver precisamente con la capacidad para poder resolver las problemáticas propias de esta etapa de cambio, en contextos donde ésta no posee las condiciones para construirse de un modo positivo con el propósito de fortalecer la autonomía. La autonomía consistirá en la capacidad para gestionar los propios proyectos de modo responsable y diligente (Saavedra & Villalta, 2008).

2.3 Resiliencia

Tradicionalmente la psicología ha asumido que todos los *acontecimientos traumáticos* dejan heridas psicológicas en las personas y ha relegado el estudio de fenómenos como la resiliencia y el crecimiento postraumático, basados en la capacidad del ser humano de resistir y rehacerse frente a los embates de la vida (Vera Poseck, Carbelo Baquero & Vecina Jiménez, 2006). Etimológicamente, la palabra resiliencia proviene del latín “resilio” que quiere decir volver atrás, volver de un salto, rebotar o recuperar la forma original. Este término se utilizó originalmente en la física para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones. Si bien existen numerosas definiciones sobre resiliencia, todas ellas comparten la idea de capacidad, resistencia, superación, fortalecimiento ante situaciones adversas. Así para Vanistendael (1998), resiliencia designa la capacidad del individuo de resistir frente a la destrucción, de proteger la propia integridad bajo presión y de construir un proyecto vital positivo pese a circunstancias difíciles. En esta definición se distinguen dos componentes fundamentales: la resistencia y el fortalecimiento ante una situación adversa.

En 1997, Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla llevaron adelante un exhaustivo resumen sobre los contenidos que diferentes autores han dado al concepto de resiliencia. Los autores concluyeron que las diferentes definiciones enfatizaban las siguientes características de las personas

resilientes: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas; todas estas desplegadas frente a situaciones vitales adversas y estresantes, que a su vez, les permitían atravesarlas y superarlas. Igualmente, destacaron dos elementos cruciales: la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. Es decir, no se nace resiliente ni se adquiere en forma natural en el desarrollo; la resiliencia depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico humano.

Otro aspecto enfatizado por Manciaux (2005) es que la misma no es nunca absoluta, total o lograda para siempre, sino que es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto, y que además, varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.

Durante el desarrollo del concepto de resiliencia se destacan dos generaciones de investigadores que se han propuesto medirla siguiendo distintos modelos explicativos. El interés de la primera generación fue descubrir factores protectores que estuvieran en la base de esta adaptación positiva en niños que vivían en condiciones de adversidad, es decir, un interés en cualidades personales que permitían superar la adversidad como

la autoestima y la autonomía. La mayoría de los investigadores de la primera generación se encuadran en un modelo triádico de la resiliencia, que consiste en organizar los factores protectores y de riesgo en tres grupos diferentes: atributos personales, aspectos de la familia y características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos.

La segunda generación expandió el tema de resiliencia en dos aspectos: la noción de proceso, que implica la dinámica entre factores de riesgo y de protección necesaria para que la persona supere la adversidad; y la búsqueda de modelos para promover la resiliencia en forma efectiva a nivel de programas sociales, es decir, que se focalizó en un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo como nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto cercano, etc. (Melillo & Suárez, 2005). Por otro lado, el centro de investigación de la segunda generación retoma el interés de la primera al inferir qué factores están presentes en aquellos individuos en alto riesgo social que se adaptan positivamente a la sociedad, pero agregan el estudio de la dinámica entre éstos factores, los cuales están en la base de la adaptación resiliente.

Dos investigadores pioneros en la noción dinámica de resiliencia han sido Michael Rutter y Edith Grotberg. Rutter (2012) concibió la resiliencia como una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por éstos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la

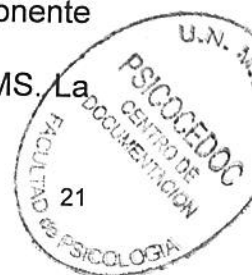
adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales. Grotberg (2003) señaló que la resiliencia requiere la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: soporte social (“yo tengo”), habilidades (“yo puedo”) y fortaleza interna (“yo soy y yo estoy”). De esta forma, a pesar de organizar los factores de resiliencia en un modelo triádico, se incorpora como elemento esencial la dinámica e interacción entre estos factores. Autores más recientes de esta segunda generación son Luthar y Cushing, Masten, Kaplan y Benard. Todos ellos han entendido la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad. La gran mayoría de los investigadores pertenecientes a esta generación podrían adscribirse al modelo ecológico-transaccional de resiliencia (Melillo & Suárez, 2005).

Debido a las implicancias que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano, el constructo resiliencia ha sido uno de los más estudiados dentro de las ciencias médicas y sociales. Sin embargo, existen dificultades en consensuar una definición unívoca que se evidencia en la variabilidad de las mismas de un estudio a otro. Esto conlleva diversas dificultades, la primera tiene que ver con la variabilidad en la operacionalización y medición del constructo. También ha habido controversias en cuanto considerar la resiliencia como un rasgo de la persona o un proceso dinámico de adaptación. Otra cuestión que afecta el

progreso en esta área tiene que ver con la utilización de ciertos términos tales como "vulnerabilidad" o "protector", los cuales son en diversas oportunidades utilizados inconsistentemente en la literatura. El término "protector" se refiere a factores que reducen las probabilidades de resultados negativos (depresión, estrés postraumático, comportamiento violento, entre otros) en presencia de altos niveles de estrés. Vulnerabilidad por el contrario, es la probabilidad de exposición de una persona o grupo a factores adversos y sus efectos.

Para quienes trabajan tanto en el plano de la teoría como de la práctica en el ámbito de la pobreza, el concepto de resiliencia y aquellos afines a éste (p.e., factores y mecanismos protectores) abren un abanico de posibilidades, en tanto se enfatizan las fortalezas o aspectos positivos de los seres humanos (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997). Este enfoque resulta de interés, especialmente si se compara con aquél que prevaleció desde la década del sesenta, en el cual se subrayaban las carencias o déficits que presentaban los niños de la pobreza. Los programas basados en este último enfoque tenían un carácter compensatorio, en tanto tenían como objetivo suplir las carencias de los niños de los sectores populares. El enfoque de la resiliencia, por su parte, resalta los aspectos positivos que muestran las personas de la pobreza (Kotliarenco op.cit) y da cuenta de las posibilidades que éste abre para la superación.

En síntesis, el concepto de resiliencia ha sido un componente presente en la definición de salud mental positiva que establece la OMS. La



resiliencia se convierte en el fruto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección, y tal como lo señaló Rutter en 1993, la resiliencia no radica en la evitación de experiencias de riesgo, sino que resulta de tener el encuentro en un momento dado con una prueba que la persona puede superar con éxito.

Por tanto, no debe interpretarse que el modelo de desafío está en oposición al modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces. Una cuestión interesante es que la experiencia y la investigación han mostrado que esta distinción entre factores de riesgo y factores de protección, a menudo resulta artificial o al menos discutible, ya que un mismo factor puede ser un riesgo o una protección, según el contexto, la naturaleza y la intensidad del estrés, la persona y aun el período de la vida de un mismo individuo (Manciaux, 2005). Por ejemplo, la autoestima se considera un elemento importante de la resiliencia; y al mismo tiempo superar un trauma ayuda a desarrollarla. Pero también, la exageración de este rasgo de carácter puede llevar a una conducta arrogante, orgullosa, el efecto negativo de una característica positiva. Considerando lo anterior, Kirchner y Forns (2000) realizaron un estudio diferencial sobre la autopercepción de los eventos de vida como factores de riesgo y de protección en adolescentes. En el estudio, se identificaron grandes áreas donde acontecen los eventos vitales (familia, escuela, amistades, salud y esparcimiento). Estos adquirieron pesos diferenciales

según eran evocados como factores de riesgo o de protección. Se encontró que la amistad representaba un factor de protección actual en los jóvenes, que les ayudaba a sentirse seguros y que era más importante a medida que pasa del tiempo. No tener amigos o tener malas relaciones con ellos, fue evocado por los adolescentes como un factor de riesgo próximo. Por el contrario, cuando los adolescentes evocaron factores que en el pasado les habían ayudado a tener seguridad y a sentirse protegidos, la familia ocupaba un lugar preponderante. Los eventos ocurridos en el seno de la familia referidos tanto a la muerte de familiares próximos como conflictos entre los padres, fueron percibidos por los adolescentes como un importante factor de riesgo tanto próximo como distal. A su vez, la escuela era vivida como factor de protección si los adolescentes podían obtener éxito académico y desarrollar buenas relaciones con los profesores mientras que, se convertía en factor de riesgo si se vivía como un lugar de dificultades. En esta área además, las investigadoras encontraron diferencias en la autopercepción con respecto al género: para el grupo masculino de la muestra, la escuela, que en los años infantiles fue vivida como un factor de protección, en la actualidad se convertía en un factor de riesgo, aspecto que no cambió en la percepción del grupo femenino. Se encontraron diferencias en cuanto a la importancia de la amistad y el amor: las mujeres eran más vulnerables a los efectos negativos que podían conllevar una mala amistad y/o relación amorosa poco gratificante, mientras que los varones no parecían tan vulnerables a estos sucesos. También las aficiones, los deportes, los

hobbies, revestían mayor importancia para los varones como factor de protección actual, mientras que las mujeres no presentaban esta tendencia tan acusada. Otro dato de interés que encontraron las investigadoras fue que los varones mencionaban más que sus compañeras temas relativos a la salud. Dentro de la preocupación por la salud, se advirtió un cambio con la edad: los más jóvenes estaban más preocupados por accidentes, enfermedades y operaciones y los de mayor edad centraron la máxima preocupación en los hábitos adictivos y su repercusión negativa en la salud. Las investigadoras concluyeron que los varones parecían tener más diversificadas sus áreas de riesgo actual, pero también sus áreas de protección (compartían protagonismo las áreas de la familia, las amistades, la escuela y la salud); por el contrario, las mujeres identificaron un menor número de áreas de riesgo, pero también de protección (principalmente la familia y las amistades).

En otro estudio realizado por Lucio et al. en el 2001 sobre los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes mexicanos de diferente nivel socioeconómico, se encontró que los varones experimentaron más sucesos estresantes en su vida que las mujeres. En cuanto al nivel socioeconómico, el nivel bajo reportó más sucesos estresantes en comparación con el nivel alto y finalmente, el grupo de edad entre 17 y 18 años, fue el que afirmó haber estado expuesto con más frecuencia a sucesos estresantes. En el grupo de las mujeres no se observaron diferencias significativas en cuanto a

la ocurrencia de sucesos. Cuando las investigadoras analizaron la evaluación cognoscitiva que los adolescentes hacen de los sucesos, encontraron que los hombres de 17-18 años de edad de nivel socioeconómico bajo evaluaron con mayor frecuencia los sucesos estresantes como indiferentes, positivos y negativos. En la evaluación negativa fue en donde se encontraron mayores deferencias entre el grupo de hombres de 17-18 años y los demás grupos de edad. Los investigadores no encontraron diferencias significativas entre los diversos grupos de mujeres con respecto a la evaluación cognoscitiva. Un dato descripto en la literatura es el hecho de que a medida que aumentaba la edad, aumentaba también la exposición a sucesos estresantes.

Tal como puede concluirse a partir de estos estudios, la resiliencia surgiría de la interacción entre los factores de riesgo y los factores de protección en el momento en que la persona se ve expuesta a un evento estresante y muestra su capacidad para enfrentarlo, logrando obtener un beneficio para su vida a partir de tal experiencia. Al mismo tiempo, los factores de riesgo y de protección no son estáticos, sino que pueden variar de una persona a otra, considerando elementos de género y edad, e incluso pueden variar dentro de la persona misma en momentos diferentes de su vida.

Es claro que las diversas investigaciones que han surgido en torno a la resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano, evolucionando de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la

enfermedad, a un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades y los recursos que las personas tienen en sí mismos y a su alrededor, las cuales les permitirían transformar los riesgos a los que son expuestos. Actualmente, una persona ya no sólo “carece” y “se enferma”, sino que además es capaz de buscar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad.

2.4 Estrategias de Afrontamiento

Otro constructo fundamental que permite explicar la manera en que muchos adolescentes pueden enfrentar y superar el estrés de las crisis vitales y/o el crecimiento en una situación socioeconómica desfavorable, es el de estrategias de afrontamiento. Este constructo ha sido ampliamente estudiado, encontrándose en la literatura científica diferentes propuestas explicativas y clasificatorias (Williams & McGillicuddy, 2000), además de variados métodos de medición (Zimer-Gembeck & Locke, 2007). Según Sandín (2003) los trabajos sobre afrontamiento parten de la conceptualización del estrés, el cual inicialmente se desarrolla como concepto novedoso y relevante en el ámbito de la medicina a partir de los trabajos pioneros de Selye. Este autor identificó la respuesta al estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales. Este modelo, que ha sufrido algunas variaciones con el paso del tiempo, tiene una orientación medico-biológica y se basa en el concepto de homeostasis propuesto por Cannon, quién lo utilizó por primera vez en 1932. Mediante este término, explicó el proceso de adaptación fisiológica del organismo a

través del mantenimiento del equilibrio interno como condición relativamente constante.

Entre las distintas conceptualizaciones del estrés se acuerda que el estrés implica una perturbación, alteración o interferencia en el funcionamiento habitual del individuo, el cual puede ser entendido en términos biológicos (homeostasis) o psicológicos (rutinas, bienestar percibido, estado emocional); dicha alteración es generada por algún tipo de estimulación (externa o interna), la cual se denomina estresor (estímulo, suceso, pensamiento, idea, etc.). El estrés así entendido, es un estado de activación fisiológica y emocional enmarcado en la relación de la persona con su entorno natural y social.

Sandín desarrolla un enfoque del estrés donde destaca que el organismo humano debe responder a múltiples amenazas de tipo social, es decir, acontecimientos que implican cambios en las actividades usuales de los individuos que los experimentan, lo que plantearía la necesidad de contar con mayores recursos de afrontamiento al estrés para no caer en la enfermedad. El afrontamiento variaría entre las personas de acuerdo a sus disposiciones personales, las situaciones y los recursos disponibles. Los recursos son elementos con los cuales cuentan potencialmente las personas: apoyo social, optimismo, percepción de control, afecto positivo, etc.

Otros autores (Kraag, Zeegers, Kok, Hosman & Abu-Saad, 2006) coinciden en destacar que la influencia de los sucesos estresantes sobre la salud física y psicológica está determinada por las habilidades de afrontamiento y destacan la importancia de conocer las situaciones estresantes de los adolescentes y cómo éstos las afrontan para ayudar a que los profesionales de la salud tengan una mejor comprensión del bienestar general de esta población (Bonica & Henderson, 2003).

Inicialmente, el desarrollo del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) es uno de los que más aceptación ha tenido entre los científicos, lo cual se evidencia en la vasta cantidad de investigaciones que examinan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y situaciones estresantes. Desde este modelo, no serían las situaciones en sí mismas las que provocan una determinada reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de tales emociones. Desde esta perspectiva, el afrontamiento es entendido como: [...] aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus; Folkman, 1984, p. 141). De este modo, la relación entre el estrés y el afrontamiento sería recíproca debido a que las acciones que realiza una persona para enfrentar un problema, afectan la valoración del mismo y su subsecuente afrontamiento. Los autores sostienen que existen al menos dos

amplios estilos diferentes de afrontamiento: *afrontamiento focalizado en el problema* que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes o eventos ambientales causantes del estrés, intentando solucionar el problema o al menos disminuir su impacto; y el *afrontamiento focalizado en las emociones*, que implica realizar esfuerzos para aminorar o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes. Según los mismos autores, existen ocho dimensiones de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva. Los dos tipos de afrontamiento son fácilmente distinguibles y se pueden poner en práctica de forma paralela (Chico Librán, 2002). Las experiencias vividas durante la primera etapa de la vida influirían en el desarrollo y la modificación (de acuerdo a los resultados obtenidos en relación a las situaciones estresantes) de tales estrategias. Según Holroyd y Lazarus (1982) las estrategias de afrontamiento, exitosas o no, pueden determinar que un individuo experimente o no el estrés. Así, los autores enfatizan la importancia de contar con estrategias efectivas que sirvan para manejar con eficacia las demandas internas y externas. Cada sujeto tiende a la utilización de estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje, o por hallazgo fortuito, en una situación de emergencia (Correché, Fantin & Florentino, 2005). Estas estrategias estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación -evaluación primaria- y de los recursos personales con



que se cuenta para hacerle frente -evaluación secundaria- (Gámez, et al, 2006). A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar adaptativas, cuando reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, o inadaptativas cuando reducen el estrés sólo a corto plazo, provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo (Forns, eta al, 2004). La adaptabilidad o inadaptabilidad de las estrategias de afrontamiento depende de la frecuencia con la que se utilicen (Correché, Fantin & Florentino, op.cit).

Si el afrontamiento no es efectivo, el estrés se cronifica, y se produce un fracaso adaptativo, que trae aparejada una cognición de indefensión junto con consecuencias biológicas (síntomas orgánicos) o psicosociales (malestar emocional y psicológico), que dan como resultado la aparición de una enfermedad. A partir de esto, se puede afirmar que el afrontamiento actúa como un verdadero regulador de la perturbación emocional, de manera que, si es efectivo, no permite que se presente el malestar, y, en caso contrario, podría afectar la salud. Por ejemplo, algunos estudios (Cingolani, 2008; Jiménez-Torres, Martínez, Miró 2012), exploraron estrategias de afrontamiento en relación con el constructo malestar subjetivo, donde este último hace referencia al grado de estrés percibido que una persona puede expresar en distintos niveles, cognitivo, emocional, conductual y relacional con diferente intensidad y persistencia, y que puede afectar considerablemente el estado de salud personal.

El malestar subjetivo se expresa a través de la presencia de emociones negativas como ira, miedo, tristeza u hostilidad, pero también por

la ausencia de emociones positivas. Existe un importante consenso en considerar indicadores de malestar subjetivo las medidas de ansiedad, depresión e ira (Cano Vindel & Miguel Tobal, 2000; Sivak, 2008). Los resultados muestran que el estrés percibido y un uso frecuente de un estilo de afrontamiento pasivo son factores predictores del estado de ánimo negativo. Además, se han encontrado diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del género y de la edad.

En cuanto a la situación socioeconómica desfavorable que atraviesan muchos adolescentes en la Argentina, Roldán (2006) la describe en términos de profundización del desempleo, del hambre, el deterioro de la educación, de las prestaciones de salud, justicia, seguridad y por sobretodo la percepción de un futuro incierto. De allí la importancia del estudio en adolescentes que viven en situación socioeconómica desfavorable, la cual es una condición de riesgo psicosocial. El constructo situación socioeconómica desfavorable hace referencia a distintos factores sociales y ambientales que pueden impactar, a modo de adversidad, sobre el adolescente (por ejemplo, desocupación parental, pobreza, necesidades básicas insatisfechas, etc). El autor asegura que se presenta un nuevo escenario social, donde los derechos individuales, sociales, laborales, la organización y el rol del estado se supeditan a la hegemonía del mercado.

La pobreza estaría definida como privación de las capacidades básicas y no meramente como falta de ingresos. Esta definición amplia de pobreza es operacionalizada en una categoría censal creada por Susana Torrado llamada Necesidades Básicas Insatisfechas. Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:

- Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.
- Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

En coincidencia con lo anterior, Melillo y Suárez (2005) sostiene que muchas veces los jóvenes encuentran serias dificultades para sostener su escolaridad, lograr puestos de trabajo, cuando no quedan excluidos de ambas opciones. Se encuentran entonces con una carencia de posibilidades

de desarrollar fortalezas que les permitan obtener autonomía y reconocimiento social. Esto trae como consecuencia: baja autoestima, ausencia de un proyecto futuro y dificultad para darle un sentido al presente.

Según Palomar Lever (op.cit), de acuerdo con la literatura los individuos más pobres tienden a minimizar y evadir con mayor frecuencia las situaciones estresantes, lo que hace menos probable resolver de manera satisfactoria los problemas. En la Argentina, Figueroa et al (2005) sostienen que el contexto es un factor interviniente y determinante en el comportamiento por lo que resulta conveniente tomar en cuenta los ambientes percibidos por el sujeto. De la investigación surge que los jóvenes de este contexto, por sus condiciones de vida, deben postergar la satisfacción de sus necesidades por falta de oportunidades estando más expuestos a factores de riesgo, por el alto nivel de frustración que deben soportar. De ello dan cuenta los resultados en el que el 45% presenta un bajo nivel de bienestar psicológico y emplearon estrategias del tipo pasivo tales como: falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse. Frente a las situaciones de estrés, estas respuestas los conducen a evitar pensar en el problema, buscar recompensas alternativas, sentir culpa, lo que, indudablemente puede resultar de riesgo para el joven, ya que la resolución exitosa de cualquier hecho vital, implica poner en marcha estrategias cognitivas y afectivas que, con principio de realidad conduzcan a modificar la situación problemática planteada. La falta de afrontamiento

supone la ausencia de recursos para enfrentar las dificultades, lo que se relacionaría con las otras dos estrategias; así, la reducción de la tensión supone, por ejemplo, el uso de alcohol o drogas, y autoinculparse conlleva a sentirse culpable por una situación que genera conflicto, lo que no implica un intento de resolución. La carencia de estrategias más efectivas se vincularía con el bajo concepto de sí mismo, con dificultades para hacer frente a las situaciones que le demanda el entorno y las propias necesidades. Igualmente se asociaría con la falta de metas y confianza en sí mismos que caracterizan a los adolescentes con bajo nivel de bienestar subjetivo y económico.

Más allá de la situación socioeconómica desfavorable muchos estudios (Forns et al., 2004; Reynolds & Kamphaus, 2004), indican que entre los principales problemas expresados por los adolescentes se encuentran los de carácter interpersonal, concretamente de relación con compañeros (que afectan mayoritariamente a adolescentes femeninas); los problemas de rendimiento escolar (que afectan preferentemente a adolescentes varones); y los problemas relacionados con la muerte de familiares (que preocupan por igual a ambos sexos). De esta manera, el estrés social, es decir, el estrés percibido en las interacciones interpersonales, es uno de los principales desencadenantes de estrés manifestados por los adolescentes.

Aparte de constituir la fuente principal de estrés mencionada por los jóvenes, el estrés interpersonal ha sido el más estudiado en relación con el afrontamiento en esta población (Clarke, 2006). El afrontamiento adaptativo

de situaciones estresantes y de otras problemáticas constituiría un componente clave de los programas de prevención primaria y de promoción de la salud. En los programas dirigidos al desarrollo de habilidades de afrontamiento el interés se ha centrado en estrategias de afrontamiento activas como la solución de problemas, las habilidades asertivas de comunicación y la búsqueda de apoyo social.

Es por esto que se ha generado un creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento, producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de estas situaciones estresantes (Leibovich de Fligueroa, Schmidt & Marro, 2002; Richaud de Minzi, 2004).

CAPÍTULO 3

TRABAJO de CAMPO

TRABAJO DE CAMPO

3.1. Metodología

En este capítulo se presenta la metodología implementada en la presente investigación. Se describen: la composición de la muestra, los instrumentos utilizados para recolectar la información requerida, el procedimiento llevado a cabo y los resultados obtenidos. El estudio empírico realizado se basó en un diseño transversal no experimental, descriptivo y correlacional.

3.1.1 Composición muestral

La muestra intencional no probabilística (N=92) está conformada por sujetos adolescentes de ambos sexos residentes en la ciudad de Mar del Plata, con un nivel de instrucción equivalente al séptimo grado de EPB o superior, como nivel requerido para poder cumplimentar el protocolo previsto. La composición muestral es la siguiente: 44 mujeres (46,7%) y 48 varones (53,3%) con una edad que oscila entre los catorce y los dieciocho años y una media de 16.3 y un desvío de 1.26 años para el total de casos estudiados. Para el análisis de los datos se reagruparon los sujetos en dos subgrupos, adolescentes de 14 a 16 años (56,5%), y de 17 a 18 años (43,5%).

3.1.2 Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio se utilizaron instrumentos psicológicos en formato autoadministrable con el fin de evaluar las variables bajo estudio: Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Malestar Subjetivo. Para obtener la información demográfica requerida se utilizó un Registro de Datos Básicos, cedido por el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica, para ser completado por cada uno de los sujetos.

Registro de Datos Básicos

Este Registro de Datos Básicos fue diseñado con el fin de contar con información sociodemográfica de los sujetos, indaga información socio descriptiva básica sobre la situación personal (sexo, edad, nivel de instrucción, lugar de residencia) y familiar vital respecto de las condiciones de riesgo psicosocial, en especial la de situación socio económica desfavorable.

Escala de Resiliencia (RS-28). (Friborg et al, 2006). Adaptación argentina: Grupo GIEPsi 2010.

Evalúa mediante 28 ítems distribuidos por una escala Lickert en cinco factores, el grado de fortaleza que describen las personas acerca de sus experiencias vividas. Las dimensiones valoradas incluyen:

- *Competencia personal:* autopercepción que las personas tienen acerca de los sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia en la posibilidad de afrontar los retos y amenazas.

- *Competencia social*: capacidades o habilidades de las personas para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades.
- *Estilo estructurado*: reglas y actividades que llevan a cabo las personas para facilitar su organización y el orden de sus vidas.
- *Cohesión familiar*: fortaleza de los lazos familiares dado por la lealtad que existe entre ellos y el tiempo que comparten juntos.
- *Recursos sociales*: vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas con los cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

La Escala de Resiliencia presenta una confiabilidad expresada en un alpha de Cronbach de 0.94. La confiabilidad de los factores oscila entre 0,80 – 0,69 (Hjmdal, 2007).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). (Sandín, Valiente & Chorot, 2003).

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) consta de 42 ítems, con frases que se responden en un formato de respuesta tipo Lickert con cinco opciones. Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento:

- *Focalizado en la solución del problema (FSP)*: alude a la acción directa y racional para solucionar las situaciones problemáticas.

- *Reevaluación positiva* (REP): se refiere al afrontamiento enfocado a crear un nuevo significado (positivo) a la situación o problema.
- *Autofocalización negativa* (AFN): es el lado opuesto a la reevaluación positiva, es decir, enfocarse a lo negativo de sí mismo como responsable del problema.
- *Expresión emocional abierta* (EEA): son manifestaciones expresivas hacia otras personas o reacciones emocionales negativas relacionadas al problema.
- *Evitación* (EVT): alude al hecho de pensar o hacer cosas ignorando el problema o la situación estresante.
- *Búsqueda de apoyo social* (BAS): toda búsqueda de apoyo para enfrentar la situación emocional en que se transita como por ejemplo, buscar consejo en los demás para solucionar el problema.
- *Religión* (RLG): son los comportamientos basados en creencias religiosas con el fin de prevenir y/o aliviar situaciones negativas o facilitar la resolución de problemas.

Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas oscilan entre 0,64 y 0,92 (media=0,79). Estudios factoriales de orden superior determinan que las siete dimensiones se pueden resumir en dos factores aglutinantes: por un lado *afrontamiento racional*, activo, focalizado en el problema y basados en el apoyo social (compuesto por FSP, REP, BAS, RLG) y por otro, *afrontamiento centrado en la emoción*, pasivo (compuesto por AFN, EEA y EVT).

Inventario de Síntomas SA-45 (Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008) forma abreviada de la SCL-90-R.

Este cuestionario es una versión abreviada de la SCL-90 (presenta la mitad de los ítems de éste). Evalúa la presencia autoinformada de síntomas o malestar psicopatológico experimentado durante la última semana. Brinda información acerca de patrones o clusters de síntomas presentes mediante nueve escalas que cubren la evaluación de nueve dominios psicopatológicos básicos:

- *Somatización*: Evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales).
- *Obsesión-Compulsión*: Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- *Sensibilidad Interpersonal*: Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- *Depresión*: Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- *Ansiedad*: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

- *Hostilidad*: Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo.
- *Ansiedad fóbica*: Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos, situaciones que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca.
- *Ideación paranoide*: Evalúa comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento (pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía).
- *Psicoticismo*: Incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Aparte de estas subescalas, el SA-45 dispone de dos medidas de los problemas psicológicos generales. Una es el Índice Somático General o GSI, que mide el malestar psicológico general. El segundo, el Total de Síntomas Positivos o PST, mide la extensión de los síntomas, independientemente de su gravedad. Numerosos estudios han validado la fiabilidad del SA-45. Propiedades psicométricas del SA-45 estudiadas incluyen la fiabilidad (consistencia interna) y la validez convergente y discriminante, las cuales son adecuadas tanto en lo que concierne a la fiabilidad (coeficientes alfa de Cronbach y correlaciones ítem escala) como a la validez.

3.1.3 Procedimiento

El procedimiento consistió en la administración de los instrumentos en forma colectiva, en encuentros de aproximadamente una hora. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento informado del adolescente y los directivos del establecimiento. Los datos obtenidos en este trabajo fueron procesados con el software SPSS 17.0.

3.2. Resultados

Objetivo 1. *Descripción de las características de resiliencia personal en los adolescentes de nivel socioeconómico desfavorable.*

Para alcanzar este objetivo se trabajó con las respuestas de los sujetos a la escala de resiliencia. Esta variable se analizó mediante la sumatoria de los ítems correspondientes a cada uno de los factores que componen el instrumento (Hjmdal, 2007). Se obtuvieron las medias, desvíos estándar, puntuaciones mínimas y máximas para todos los participantes en su conjunto (ver Tabla1).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos correspondientes a la Escala RS-28

Factores Resiliencia	Mínimo	Máximo	Media	Desvío
<i>Competencia personal</i>	1,00	20,00	9,69	4,04
<i>Competencia social</i>	1,00	14,00	6,00	3,45
<i>Estilo estructurado</i>	1,00	12,00	6,87	2,39
<i>Recursos sociales</i>	1,00	17,00	4,55	3,04
<i>Cohesión familiar</i>	1,00	21,00	7,43	4,63

Con el propósito de conocer el análisis de frecuencia de estos factores, se diferenciaron tres grupos distribuidos de la siguiente manera: a) baja frecuencia de uso (puntuaciones por debajo de 1DE); b) frecuencia de uso moderada (puntuaciones entre ± 1 DE) y c) alta frecuencia de uso (puntuaciones por encima de 1 DE). (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia de uso de los factores resilientes

Factores	Frecuencia de uso		
	Baja	Moderada	Alta
<i>Competencia personal</i>	16,50%	63,70 %	19,80%
<i>Competencia social</i>	18,50%	64,10%	17,40%
<i>Estilo estructurado</i>	16,03%	71,97%	12,00%
<i>Recursos sociales</i>	16,03%	68,77%	15,20%
<i>Cohesión familiar</i>	15,20%	70,00%	14,80%

Estos resultados indican que el factor resiliente que presentó mayor cantidad de puntuaciones altas corresponde a *Competencia personal*. Este factor hace referencia a la autopercepción que las personas tienen acerca de los sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia en la posibilidad de afrontar los retos y amenazas. Asimismo, el factor menos utilizado (el que presenta un porcentaje mayor, en baja frecuencia de uso), es *Competencia social*. Esto indica que en la muestra bajo estudio el 18,50% de los sujetos utilizan poco la estrategia que hace referencia a los vínculos con un conjunto definido de personas en los cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

Objetivo 2. *Evaluar las estrategias de afrontamiento personal en la muestra bajo estudio.*

En la tabla 3 se presentan los valores mínimos, máximo, media y desvío para cada una de los siete factores de afrontamiento con el fin de analizar el comportamiento de esta variable.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos correspondientes a las Estrategias de afrontamiento

Factores	Mínimo	Máximo	Media	Desvío
<i>Resolución del problema</i>	1,00	24,00	8,83	5,13
<i>Autofocalización negativa</i>	1,00	18,00	6,22	4,47
<i>Reevaluación positiva</i>	1,00	22,00	11,06	5,00
<i>Expresión emocional abierta</i>	1,00	20,00	7,89	4,50
<i>Evitación</i>	1,00	21,00	9,94	5,36
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	1,00	24,00	10,03	6,93
<i>Religión</i>	1,00	24,00	4,49	4,99

Considerando que este mismo instrumento permite reagrupar los siete factores en dos categorías (Sandín, Valiente & Chorot, 2003), se procedió a obtener los estadísticos descriptivos para las mismas: *afrontamiento racional* y *afrontamiento centrado en la emoción* (ver Tabla 4).

Tabla 4: Estadísticos descriptivos correspondientes al afrontamiento racional y afrontamiento centrado en la emoción.

Afrontamiento	Mínimo	Máximo	Media	Desvío
<i>Racional</i>	2,00	81,00	34,43	16,59
<i>Centrado en la emoción</i>	3,00	46,00	24,07	11,30

Con el fin de conocer el análisis de frecuencia de estas dos categorías de afrontamiento, se presenta a continuación el porcentaje de sujetos que se ubican por debajo y por encima de un desvío (ver Tabla 5).

Tabla 5: Frecuencia de uso de afrontamiento racional y centrado en la emoción.

Tipo de afrontamiento	Frecuencia de uso		
	Baja	Moderada	Alta
<i>Racional</i>	15,20%	74,08%	10,90%
<i>Centrado en la emoción</i>	17,40%	68,73%	18,50%

Como se observa en la tabla 5, la estrategia más utilizada por el grupo de adolescentes estudiado es aquella centrada en la emoción (18,50%), lo que daría cuenta de una prevalencia de conductas evitativas, expresión abierta de sentimientos negativos y/o autoinculpación frente al problema.

Objetivo 3. *Analizar las relaciones entre los niveles de resiliencia y malestar subjetivo*

Para el análisis de estas variables se tomaron los cinco factores de resiliencia y el índice de malestar que agrupa las dimensiones de malestar subjetivo y se establecieron correlaciones Bivariadas (ver Tabla 6).

Tabla 6: Correlación entre factores de resiliencia e índice de malestar subjetivo

Factores Resiliencia	Índice de Malestar Subjetivo
<i>Competencia personal</i>	0,28**
<i>Competencia social</i>	0,19
<i>Estilo estructurado</i>	0,16
<i>Recursos sociales</i>	-0,08
<i>Cohesión familiar</i>	0,15

** p<0,01

Así, la única correlación que presenta una relación positiva significativa (0,28) es competencia personal (resiliencia) y malestar subjetivo,

lo cual indica que a mayor grado de competencial, es mayor el malestar psicológico general informado.

A continuación se analizaron las relaciones entre los factores de malestar subjetivo y los de estrategia de afrontamiento (ver Tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones bivariadas entre Malestar Subjetivo Estrategias de Afrontamiento.

SA-45	Factores de Afrontamiento				
	Competencia personal	Competencia Social	Estilo estructurado	Recursos sociales	Cohesión familiar
Hostilidad	0,06	0,05	-0,06	-0,14	0,05
Somatización	0,26*	0,29**	0,09	0,022	0,15
Depresión	0,30**	0,14	-0,00	-0,05	0,17
Obsesión-compulsión	0,20	0,09	0,12	-0,10	0,07
Ansiedad	0,16	0,09	-0,04	-0,07	0,13
Sensibilidad interpersonal	0,34**	0,26**	0,10	0,08	0,18
Ansiedad fóbica	0,14	0,06	-0,00	-0,15	-0,03
Ideas paranoides	0,24*	0,21*	0,05	0,03	0,18
Psicoticismo	0,00	-0,03	-0,23*	-0,12	-0,00

*p<0.05; **p<0.01

Al analizar las variables evaluadas se halló que hay relaciones estadísticamente significativas entre algunas dimensiones del malestar subjetivo y los factores de afrontamiento. Es decir que quienes presentaron puntajes más elevados en somatización, depresión, sensibilidad interpersonal e ideas paranoides, informaron también mayores puntuaciones de competencia personal y social. Por otro lado, la única correlación negativa significativa se encontró entre las variables psicoticismo y estilo

estructurado, lo cual indica que los adolescentes que autoinforman mayores síntomas relacionados con sentimientos de soledad y control del pensamiento, fueron quienes manifestaron significativamente una menor utilización de reglas y/o actividades para organizar y ordenar sus vidas.

Objetivo 4. *Analizar la presencia de diferencias en los niveles de resiliencia y estrategias de afrontamiento que informan los adolescentes marplatenses en función de su género.*

Para observar cómo se comportan las variables resiliencia y estrategias de afrontamiento en función del sexo, se aplicaron pruebas no paramétricas de diferencias de medias (U de Mann-Whitney) (ver Tabla 8).

Tabla 8. Factores de Resiliencia en función del sexo.

Factores	Femenino	Masculino	U de Mann-Whitney
<i>Competencia personal</i>	49,75	41,81	852,00
<i>Competencia social</i>	50,55	41,88	855,00
<i>Estilo estructurado</i>	49,83	42,71	890,50
<i>Recursos sociales</i>	45,29	47,88	994,00
<i>Cohesión familiar</i>	49,23	43,38	919,50

Se observa que el valor estadístico de U en todos los casos fue no significativo. Esto evidencia que no habría diferencias en el uso de uno u otro factor de resiliencia de acuerdo al sexo.

De la misma manera, afrontamiento racional y centrado en la emoción es informado indistintamente tanto por hombres como por mujeres sin que se registren diferencias significativas entre los sexos (ver Tabla 9).

Tabla 9. Factores de Afrontamiento en función del sexo.

Afrontamiento	Femenino	Masculino	U de Mann-Whitney
<i>Racional</i>	46,53	46,47	1052,00
<i>Centrado en la emoción</i>	46,47	44,76	978,50



CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Este estudio empírico tuvo como objetivo explorar las relaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en adolescentes marplatenses que viven bajo situación socioeconómica desfavorable. Los objetivos que guiaron la investigación plantean describir las características de resiliencia, evaluar las estrategias de afrontamiento, analizar las relaciones entre los niveles de resiliencia y el malestar subjetivo y también la presencia de diferencias en los niveles de resiliencia y estrategias de afrontamiento que informan los adolescentes marplatenses en función de su género.

En relación al *primer objetivo*, al describir las características de resiliencia personal en los adolescentes de nivel socioeconómico desfavorable, se encontró que dentro de los valores hallados, el factor que presenta la media más alta es *competencia personal* (19,80% de la muestra). Esto implica que los adolescentes estudiados presentan sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia ante la posibilidad de afrontar los retos y amenazas desde una perspectiva individual. Asimismo, el factor que presentó más baja frecuencia de uso fue *competencia social* (18,50%), que comprende un conjunto definido de personas en los cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza. Estos datos pueden relacionarse con los hallazgos de Cardoso y Alderete (2009), quienes en un estudio realizado en Córdoba con 210 adolescentes escolarizados de ambos sexos de un nivel socioeconómico bajo,



encontraron que la variable autoconcepto es la mejor predictora de la resiliencia, seguida de soporte social. Estos autores definen autoconcepto como una variable multidimensionada, es decir, un complejo sistema de actitudes que abarcan la percepción del comportamiento social, la valoración acerca del propio cuerpo, la apreciación del rendimiento intelectual, sentimientos de ansiedad, las percepciones acerca del reconocimiento que otros hacen de la propia conducta y sentimientos de satisfacción o insatisfacción personal. Así es posible relacionar el autoconcepto con competencia personal, en el sentido de que ambos constructos se articulan en torno a la autopercepción que vivencia el sujeto frente a sus propias capacidades para sobrellevar dificultades. Por otro lado soporte social es entendido como factor protector relacionado con los recursos externos del sujeto, entre los cuales se menciona: personas del entorno en quienes el adolescente puede confiar y lo quieren incondicionalmente, personas que le ponen límites para que aprenda a evitar los problemas o peligros, personas que le muestran por medio de ejemplos la manera correcta de proceder; personas que quieren que aprenda a desenvolverse solo y que lo ayudan cuando está enfermo, en peligro o necesita aprender. De esta manera el llamado factor protector externo de resiliencia soporte social se relacionaría con el factor competencia social. Asimismo, Poletto y Koller (2006), en un estudio realizado con jóvenes brasileños en situación de pobreza, destacan la importancia de los factores personales (autoconcepto) y del ambiente (soporte social) para fortalecer el desarrollo de la resiliencia.

Respecto al *segundo objetivo*, se halló que las puntuaciones en relación al afrontamiento muestran que la estrategia más utilizada por el grupo de adolescentes estudiado, es aquella centrada en la emoción, lo que daría cuenta de una prevalencia de conductas evitativas, expresión abierta de sentimientos negativos y/o autoinculpación frente al problema. Estos resultados son coincidentes con estudios realizados en otros contextos, como el de Palomar Lever (2008) y en Argentina, con el de Figueroa et al (2005). El estudio realizado por Paloma Lever incluyó 900 sujetos de ambos sexos que viven en la ciudad de México, de los cuales 346 eran extremadamente pobres, 260 moderadamente pobres y 312 no lo eran. Los resultados indicaron que el status socioeconómico está relacionado con la frecuencia de uso de un cierto tipo de estrategias de afrontamiento. En el grupo de sujetos pobres predominaron las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. En Argentina, Figueroa y col. investigaron las estrategias de afrontamiento de 150 varones y mujeres escolarizados de 13 a 18 años ubicados dentro de un contexto socioeconómico bajo, donde se hallaron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico, así como también entre estrategias de afrontamiento y sexo. De este modo, los adolescentes pobres con bajo nivel de bienestar psicológico (45% de la muestra) emplearon estrategias como falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse las cuales son del tipo pasivo, relacionadas con la evitación del problema y el alivio de la tensión. Según estos autores la

carencia de estrategias más efectivas se vincularía con el bajo concepto de sí mismo, con dificultades para hacer frente a las situaciones que le demanda el entorno y las propias necesidades. Igualmente se asociaría con la falta de metas y confianza en sí mismos que caracterizan a los adolescentes con bajo nivel de bienestar.

En cuanto al *tercer objetivo*, sólo un factor de resiliencia (competencia personal) presenta una correlación positiva estadísticamente significativa (0.28) con la variable malestar subjetivo. De este modo cuando los adolescentes autoinforman mayores sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia ante la posibilidad de afrontar los retos y amenazas, es también cuando presentan más indicadores de malestar subjetivo. De acuerdo a la bibliografía revisada, esto resultaría un dato relevante ya que lo esperable sería una correlación negativa donde a una mayor resiliencia se detecte menor malestar. Trabajos como el de Utsey, Hook, Fischer y Belvet, (2008) detallan dos dimensiones opuestas, individualismo y colectivismo, donde a mayor individualismo encuentran menor resiliencia y coping positivo, por lo cual aumentaría el malestar ante situaciones estresantes. Un modo de entender estos resultados sería equiparando los constructos individualismo y factor competencia personal, explicando así la relación con los valores de malestar subjetivo en la muestra.

Respecto al *cuarto objetivo*, los resultados indican que tanto los índices de resiliencia como los de estrategias de afrontamiento no presentan

diferencias según la variable sexo. Dichos resultados no coinciden con estudios hechos anteriormente ya que tanto en los estudios de Ahern, Ark y Byers (2008), como en los de Ruus (2007), los adolescentes varones utilizan más que las mujeres el coping positivo. Estas diferencias en los resultados se podría atribuir a las diferencias culturales de la muestra estudiada o a la definición de coping positivo, ya que las diferencias según sexo en otros estudios de Argentina (Figueroa, et al, 2005) establecen lo contrario. Es decir, las estrategias que distinguen a las adolescentes mujeres para enfrentar sus problemas son principalmente hacerse ilusiones, buscar apoyo social, buscar apoyo espiritual, etc (afrontamiento centrado en el problema), también autoinculparse y reducción de la tensión, mientras que las estrategias que permiten caracterizar a los adolescentes varones fueron: distracción física, lo que implica hacer deportes, mantenerse en forma e ignorar el problema (afrontamiento centrado en la emoción).

Debido a las discrepancias encontradas, sería importante seguir profundizando el estudio de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en poblaciones de adolescentes bajo distintas condiciones socioeconómicas. Probablemente se encontrarían resultados más precisos si se incrementara el tamaño y la variabilidad de la muestra ampliando el rango de edad, teniendo en cuenta la extensión de los años de adolescencia (14-21) y las características socioculturales.

Finalmente, se considera que esta investigación empírica en torno a resiliencia, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en

adolescentes bajo situación socioeconómica desfavorable, contribuye al aumento del conocimiento y comprensión de dichos fenómenos dentro del campo de la salud en el medio local. A partir de estos resultados podrían realizarse nuevas investigaciones que esclarezcan el impacto de la condición socioeconómica desfavorable en la población adolescente y de sus factores protectores como la resiliencia y estrategias de afrontamiento racionales.

CAPÍTULO 5

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Ahern, N.R., Ark, P., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress & Doping: New Perspectives on Mental and Physical Well-being*. San Francisco: Josey-Bass.
- Balcázar, P. et al. (2006). Percepción de los jóvenes para afrontar su vida. *Interpsiquis*, 20 (2), 30-39.
- Barudy, J. & Marquebreuq, A. (2006). *Hijos e hijas de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Barcelona: Gedisa.
- Bonica, C., & Henderson, J. (2003). Helping adolescents cope with stress during stressful times. *Current Opinion in Pediatrics*, 15, 385-390.
- Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. (2000). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. *I Congreso Virtual de Psiquiatría* [versión electrónica]. Recuperado el 20 de octubre de 2012.
- Chico Librán, E. (2002). *Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento*. *Psicothema*, 14 (3), 544-550
- Cingolani, J.M. (2008). *Estudio de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico en adolescentes de Mar del Plata, Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*. Facultad de Psicología, UNMDP, 5:32-39.
- Clarke, A.T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 11-24.

- Correché, M. S.; Fantin, M. & Florentino, M.T. (2005). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de San Luis. Fundamentos en Humanidades*, 6(1), 159-176.
- Donenberg, G.T., & Pao, M. (2005). Psychiatry's role in a changing epidemic. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 728-747.
- Erikson, E.H. (1972). *Sociedad y adolescencia*. México: S.XXI.
- Figueroa, M. et al. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*, (5) 21, 66-72.
- Forns, M.; Amador, J.A.; Kirchner, T.; Martorell, B.; Zanini, D. & Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16, 646-653.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., Martinussen, M. Aslaksen P. & Flaten M (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (21), 3-9.
- Gámez, J. et al. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- Gancedo, M (2008). *Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones*. Cap 1 en Casullo (comp.) *Prácticas en Psicología Positiva*. Bs. As: Lugar editorial.
- Grotberg, E. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia*. Bs As: Paidós
- Holroyd, K.A. & Lazarus, R.S. (1982). *Stress, coping and somatic adaptation*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.

- Ison, M. (2003) *El Afrontamiento: estrategias para el manejo del estrés*. *Revista IDEA*, San Luis, 16 (37), 1-9.
- Jiménez Torres, M., Martínez, M., Miró, E. & Sánchez, A. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/140492>
- Kimmel, D.C. & Weiner, I.B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kirchner, T. & Forns, M. (2000). Autopercepción de «life events» como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 63-76
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. México, D.F.: Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Kraag, G., Zeegers, M.P., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H.H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 44, 449-472.
- Krauskopf D. (1997). *Adolescencia y educación*. Editorial Universidad Estatal a Distancia (UNED). San José. Costa Rica. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/20/consej.html>
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leibovich de Figueroa, N.; Schmidt, V. I. & Marro, C. T. (2002). *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Bs As: Eudeba.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive change processes following trauma and adversity: A review of the empirical literature. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–22.

- Lucio, E., León, I., Durán, C. et al. (2001). Sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Revista de Salud Mental*, 24(5), 17-24.
- Manciaux, M. (2005). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Maslow, A (1954/1963). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Melillo, A. & Suárez, E. (2005). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Bs. AS.: Paidós.
- Munist, M. Santos, H. Kotliarenco, M. Suárez Ojeda, E. Infante, F. & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS. OMS. En: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/lah/online>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe Compendiado. OMS. Ginebra.
- Palomar Lever, J. (2008). Poverty, Stresful Life Events, and Coping Strategies. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1) 228-249.
- Poletto, M., & Koller, S. (2006). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. Em *Resiliência e psicologia positiva. Interfaces do risco a proteção*. Edit. Casa do psicólogo. São Paulo
- Prada, E. (2005). Psicología Positiva y Emociones Positivas. *Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes*. En: www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2004). *Behavioral Assessment System for Children Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Richaud De Minzi, M. (2004). Development of coping resources in childhood and adolescents. *Interdisciplinaria*, número especial, p. 63-74.

- Rogers, C. (1961/1993). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24,335-344.
- Ruus, V., et al (2007). Students well-being, coping, academic success, and school climate. *Social Behavior and Personality*, 35, 919-936
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Sandín, B. (2003). Estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Sanded, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20, 290-296.
- Sandín, B.; Valiente, R. & Chorot (2003). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Seligman, M. (2000). Positive Psychology, Positive Prevention & Positive Therapy. En: Synder, C.R. & López, S.J. (Eds), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M.(2000). *Positive Psychology: An Introduction*. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sivak, R. (2008). Clínica de la vulnerabilidad [versión electrónica]. Recuperado el 19 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>
- Utsey, S., Hook, J., Fischer, N. & Belvet, B. (2008). Cultural orientation, ego resilience, and optimism as predictors of subjective well-being in African Americans. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 202–210.

- Valverde, O.; Solano, A.; Alfaro, J.; Rigioni, M. & Vega, M. (2001). *Adolescencia: protección y riesgo en Costa Rica. Múltiples aristas, una tarea de todos y todas*. Costa Rica: Editorial Arena Transamérica.
- Vanistendael, S.(1998). *Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Secretariado Nacional para la Familia. Bs.As.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- Vera Poseck, B.; Carbelo Baquero, B. & Vecina Jiménez, M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento post-traumático*. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Williams, K. & McGillicuddy, D. (2000) A. Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20 (4), 537-549.

CAPÍTULO 6

ANEXO



Fecha: _____ 1. Nombre (opcional): _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: Masculino - Femenino

4. ¿Concurrís al colegio? Si - No Si tu respuesta es Sí, ¿a qué colegio?:
 ¿A qué año?..... Si tu respuesta es No, ¿hasta qué año cursaste?

5. ¿Hay algún niño en tu casa que no concurra a la escuela? Si - No

6. ¿Trabajas? Si - No ¿En qué consiste tu trabajo?.....

7. Completa la siguiente tabla con los datos de todas las personas que viven en tu casa. **No olvides incluirte.**

Parentesco o vínculo	Sexo	Edad	Ocupación	Ingreso aproximado del último mes				
				(sueldo, jubilación, ayuda de un familiar, pensión, subsidios, planes, becas, rentas, otros)				
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>
				Sin ingreso <input type="checkbox"/>	menos de \$500 <input type="checkbox"/>	\$500-1500 <input type="checkbox"/>	\$1500-3000 <input type="checkbox"/>	más de \$3000 <input type="checkbox"/>

8. El Jefe de familia es la persona más reconocida en el hogar, la que aporta más dinero.

8.1 En tu casa, ¿quién consideras que es el Jefe de familia?.....

8.2 El Jefe de familia ¿trabaja actualmente? SI - NO .

8.3 Si no trabaja, ¿por qué no trabaja?.....

8.4 Si trabaja, ¿qué tareas hace en su trabajo?.....

9.5 ¿Dónde trabaja?.....

9. La casa donde vivís es: Propia - Alquilada - Prestada - Ocupada - Otra

10. ¿Cuántos ambientes se utilizan para dormir en tu casa?

11. ¿En qué barrio o zona vivís?.....

11.1. La casa donde vivís:

¿Tiene agua potable? Si - No Tiene: Cloaca - Pozo - Otro ¿Cuál?.....

¿Tiene pisos de tierra en los dormitorios? Si - No

¿Tu casa se inunda? Si - No ¿Existe un basural cerca? Si - No

¿De qué material/es es el techo? Teja - Chapa - Loza - Madera - Cartón - Nylon Otro ¿Cuál?.....

12. En el último año, ¿has sido víctima de algún acto de violencia? Física - Sexual - Emocional - Otra ¿Cuál?.....

13. ¿Tenés algún problema de salud que requiera atención y tratamiento médico? Si - No ¿Cuál?.....

13.1. ¿Tu familia tiene cobertura médica? (mutual, obra social, medicina prepaga) Si - No ¿Cuál?.....



Por favor, piensa en **cómo has estado este último mes**, en tus pensamientos y en cómo te has sentido respecto a ti mismo y a las personas importantes en tu vida. Marca la opción que mejor describa tus pensamientos y sentimientos.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Alcanzo mis objetivos si trabajo duro					
2. Doy lo mejor de mí cuando tengo los objetivos y las metas claras					
3. Tengo algunos amigos-as/familiares que habitualmente me animan					
4. Hasta el momento, estoy satisfecho/a con mi vida					
5. En mi familia compartimos la visión de lo que es importante en la vida					
6. Tengo facilidad para hacer sentir cómodos a los que están a mi alrededor					
7. Sé cómo alcanzar mis metas					
8. Siempre planifico antes de empezar algo nuevo					
9. Con mis amigos/as siempre nos mantenemos unidos					
10. Me siento a gusto con mi familia					
11. Hago nuevos amigos/as con facilidad					
12. Cuando me resulta imposible cambiar ciertas cosas, dejo de preocuparme por ellas					
13. Soy bueno/a organizando mi tiempo					
14. Tengo algunos amigos-as /familiares a los que realmente les importo					
15. En mi familia estamos de acuerdo en la mayoría de las cosas					



<p><i>Recuerda que debes responder pensando en cómo has estado este último mes, en tus pensamientos y en cómo te has sentido respecto a ti mismo y a las personas importantes en tu vida.</i></p>	<p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p>
16. Soy bueno/a para hablar con gente nueva					
17. Me siento competente					
18. En mi familia tenemos normas que simplifican la vida cotidiana					
19. Siempre tengo a alguien que me ayuda cuando lo necesito					
20. Cuando tengo que escoger entre varias opciones, casi siempre sé la que me convendrá					
21. Mi familia ve el futuro de forma positiva, aun cuando pasan cosas muy tristes					
22. Siempre encuentro algo divertido de lo que hablar					
23. La confianza en mí mismo/a me ayuda a superar tiempos difíciles					
24. En mi familia nos animamos los unos a los otros					
25. Siempre encuentro algo reconfortante que decirle a los demás cuando están tristes					
26. Cuando las cosas van mal tiendo a buscar lo bueno que puede salir de ello					
27. En mi familia nos gusta hacer cosas juntos					
28. Tengo algunos amigos/as /familiares que valoran mis cualidades					



A continuación se describen **formas de pensar y comportarse que utilizan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que les ocurren**. Marca para cada una de las afirmaciones la **opción que mejor describa tu experiencia**.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Fui a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen salir mal					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación e intenté llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					



Recuerda que debes marcar la opción que mejor describa tu experiencia en cada caso

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con algunas personas					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Busqué que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					



A continuación se describen problemas y molestias que las personas pueden sufrir en alguna ocasión. **Indica en qué medida experimentaste cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy)** marcando con una cruz tu respuesta en cada caso:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. La idea de que otra persona pueda controlar mis pensamientos					
2. Creer que la mayoría de mis problemas son culpa de los demás					
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle					
4. Oír voces que otras personas no oyen					
5. La idea de que no me puedo fiar de la mayoría de las personas					
6. Tener miedo de repente y sin razón					
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logro controlar					
8. Miedo a salir de casa solo/a					
9. Sentirme solo/a					
10. Sentirme triste					
11. No sentir interés por las cosas					
12. Sentirme nervioso/a o con mucha ansiedad					
13. Creer que los demás se dan cuenta de mis pensamientos					
14. La sensación de que los demás no me comprenden o no me hacen caso					
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que yo no les gusto					
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que las hago bien					
17. Sentirme inferior a los demás					
18. Dolores musculares					
19. Sensación de que las otras personas me miran o hablan de mi					
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hago					
21. Tener dificultades para tomar decisiones					



Recuerda que debes responder en qué medida experimentaste cada uno de estos problemas o molestias **durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy)**

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
22. Sentir miedo a viajar en colectivo o tren					
23. Sentir calor o frío de repente					
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque me dan miedo					
25. Que se me quede la mente en blanco					
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo					
27. Sentirme desesperanzado/a con respecto al futuro					
28. Tener dificultades para concentrarme					
29. Sentirme débil en alguna parte del cuerpo					
30. Sentirme preocupado/a, tenso/a o agitado/a					
31. Pesadez en los brazos o en las piernas					
32. Sentirme incómodo/a cuando la gente me mira o habla acerca de mí					
33. Tener pensamientos que no son míos					
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien					
35. Tener ganas de romper algo					
36. Sentirme muy tímido/a entre otras personas					
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)					
38. Ataques de terror o pánico					
39. Tener discusiones frecuentes					
40. El que otros no reconozcan adecuadamente mis logros					
41. Sentirme inquieto/a o intranquilo/a					
42. La sensación de ser un/a inútil o de no valer nada					
43. Gritar o tirar cosas					
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de mí si la dejara					
45. La idea de que debería ser castigado/a por mis pecados					

