



Caja Costarricense
De Seguro Social
(CCSS)



Centro de Desarrollo Estratégico
e Información en Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales”

Trabajo de Investigación para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica

Residente:

MPsc. Alejandra Villalobos Cano

Tutor del Proyecto:

Dr. Domingo Campos Ramírez

Director del Posgrado:

Dr. Roberto López Core

Julio 2009

APROBACIÓN

La Comisión del Comité de Posgrado de Psicología Clínica certifica que el trabajo de graduación: *“Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales”*, fue sometido a revisión por el Tribunal Examinador y es aprobado cumpliendo de esta forma con lo estipulado con la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, para optar por la Especialidad en Psicología Clínica.

Dr. Roberto López Core
Coordinador Nacional
Comité Director Posgrado en Psicología Clínica
Universidad de Costa Rica

A mi Padre,
por ser la primera persona resiliente que conocí.

A mi Madre,
por el innegable factor protector
que ha sido su presencia en mi vida.

A Adrián y Ariel,
mis adolescentes tempranos favoritos,
por la etapa que toca a sus puertas
y los recursos que tienen para disfrutarla.



AGRADECIMIENTOS

- ✚ A mi **Familia**, por su presencia constante en mi vida y por comprender y justificar muchas ausencias mientras lograba esta meta.
- ✚ A **Rodolfo**, por promover mis propios sueños, por la admiración, el sentido del humor y la compañía.
- ✚ A **Fedra**, por el “*expectro patronus*” que ha sido su amistad y su apoyo en este tiempo. Máster: has sido la persona que vivió más de cerca conmigo todo lo que fue la residencia.
- ✚ A la **Dra. Ana Mora, la MPsc. Orietta Norza, la Licda. Karen Quesada, la Licda. Idealda Lazo, el Licdo. Walter Ramírez y la MPsc. Adriana Cortés**, por todo lo que contribuyeron en mi crecimiento personal y profesional en cada una de las rotaciones con ustedes. Cada uno, a su manera, más que supervisores, fueron maestros. Gracias por el estímulo para aprender y para hacer cada día las cosas mejor.
- ✚ Al **Dr. Domingo Campos** y al Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, por todo el apoyo, compromiso y dedicación. Son incontables las horas y el conocimiento que aportaron en este proyecto de investigación. Gracias infinitas.
- ✚ Al **Dr. Roberto López**, quien me habló por primera vez de la Psicología Positiva y ha esperado con paciencia esta investigación. Gracias por todas las experiencias de aprendizaje y porque a pesar de los desencuentros a lo largo de este tiempo, ahora le prestamos más atención a las cosas que compartimos.
- ✚ Al **Dr. Gonzalo Adis, in memoriam...** de quien aprendí la esencia de la Psicología Clínica. Maestro: tu mirada sabia ha estado siempre conmigo a lo largo de este camino; gracias por las huellas, te he cumplido la promesa.

TABLA DE CONTENIDO



	<i>Página</i>
A. Introducción _____	10
B. Marco Teórico _____	19
B.1 La perspectiva de la Psicología Positiva	19
B.2 La Resiliencia	20
B.2.1 Antecedentes del concepto	
B.2.2 Definición del concepto	
B.2.3 Modelos explicativos de la resiliencia	
B.2.4 La resiliencia en la etapa de la adolescencia	
B.3 Métodos e instrumentos para medir la Resiliencia	26
B.3.1 Métodos de medición	
<i>B.3.1.1 Medición de la adversidad</i>	
<i>B.3.1.2 Medición de la adaptación positiva</i>	
<i>B.3.1.3 Medición del proceso de resiliencia</i>	
B.3.2 Instrumentos y técnicas de medición	
<i>B.3.2.1 Pruebas proyectivas</i>	
<i>B.3.2.2 Pruebas psicométricas</i>	
<i>B.3.2.3 Pruebas de imagenología</i>	
B.4 Investigaciones en Resiliencia	34
C. Planteamiento del Problema _____	37
C.1 Objetivo General	41
C.2 Objetivos Específicos	41
D. Metodología _____	42
D.1 Participantes	42
D.2 Instrumentos	45
D.2.1 Ficha de datos personales	
D.2.2 Inventario de Cualidades Resilientes para Adolescentes (ICREA)	

- D.2.2.1 La escala de afectividad*
- D.2.2.2 La escala de autoeficacia*
- D.2.2.3 La escala de afrontamiento*
- D.2.2.4 La escala de locus de control*
- D.2.2.5 La escala de autoconcepto y satisfacción personal*
- D.2.2.6 La escala de sentido del humor*
- D.2.2.7 La escala de habilidades sociales*
- D.2.2.8 La escala de conducta prosocial*
- D.2.2.9 La escala de apoyo familiar percibido*
- D.2.2.10 La escala de apoyo percibido del grupo de pares*
- D.2.2.11 La escala de apoyo percibido de otros significativos*

D.2.3 Cuestionario de Sucesos de Vida (life events)

D.2.4 Lista de Factores y Conductas de Riesgo

E. Procedimiento _____	58
F. Resultados _____	60
F.1 Diferencias por sexo	60
F.2 Correlaciones con la edad	61
F.3 Diferencias por tipo de colegio	62
F.4 Correlaciones con el índice de estatus socioeconómico...	65
F.5 Correlaciones entre las dimensiones psicosociales	66
F.6 Una medida básica de resiliencia	72
F.7 Características sociodemográficas y la medida básica de resiliencia	74
F.8 Correlaciones entre la medida básica de resiliencia y las dimensiones psicosociales	74
F.7 Análisis discriminante múltiple y de regresión múltiple para un modelo explicativo de resiliencia basado en factores psicosociales	75
G. Discusión _____	78
H. Bibliografía _____	88
I. Anexos _____	93

Índice de Cuadros



Página

Cuadro n°1. Factores del modelo de salud mental positiva planteado por Lluch	10
Cuadro n°2. Principales factores de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses	14
Cuadro n°3. Principales conductas de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses	15
Cuadro n°4. Principales factores de riesgo en población de 13 a 17 años y 11 meses	15
Cuadro n°5. Principales conductas de riesgo en población de 13 a 17 años y 11 meses	15
Cuadro n°6. Principales factores de protección en población de 10 a 12 y 11 meses	16
Cuadro n°7. Principales conductas de protección en población de 10 a 12 y 11 meses	17
Cuadro n°8. Principales factores de protección en población de 13 a 17 y 11 meses	17
Cuadro n°9. Principales conductas de protección en población de 13 a 17 y 11 meses	17
Cuadro n°10. Definiciones de resiliencia en población infante – juvenil	22
Cuadro n°11. Distribución de la muestra por sexo	42
Cuadro n°12. Distribución de la muestra por edad	42
Cuadro n°13. Distribución de la muestra por año escolar	42
Cuadro n°14. Distribución de la muestra por el tipo de colegio al que asisten	43
Cuadro n°15. Estadísticos del Índice de Estatus Socioeconómico	43
Cuadro n°16. Estadísticos de grupo para el Índice de Estatus Socioeconómico.....	43
Cuadro n°17. ¿Practicas alguna religión?	44
Cuadro n°18. Distribución por género con respecto a la práctica de alguna religión ...	44
Cuadro n°19. Padecimiento médico para el que reciba tratamiento	44
Cuadro n°20. ¿Has recibido atención psicológica?	44
Cuadro n°21. Distribución por género con respecto a padecimiento médico que amerite tratamiento	45

Cuadro n°22. Distribución por género con respecto a la necesidad de atención psicológica	45
Cuadro n°23. Matriz de componentes rotados	46
Cuadro n°24. Estadísticos de la Escala de Afectividad	47
Cuadro n°25. Estadísticos de la Escala de Autoeficacia	48
Cuadro n°26. Matriz de componentes rotados	48
Cuadro n°27. Estadísticos de la Escala de Afrontamiento	49
Cuadro n°28. Matriz de componentes rotados	50
Cuadro n°29. Estadísticos de la Escala de Locus de Control	50
Cuadro n°30. Estadísticos de la Escala de Autoconcepto y satisfacción personal	51
Cuadro n°31. Estadísticos de la Escala de Sentido del Humor	52
Cuadro n°32. Matriz de componentes rotados.....	52
Cuadro n°33. Estadísticos de la Escala de la Habilidades Sociales	53
Cuadro n°34. Estadísticos de la Escala de Conducta Prosocial	54
Cuadro n°35. Estadísticos de la Escala de Apoyo Familiar Percibido	54
Cuadro n°36. Estadísticos de la Escala de Apoyo Percibido del Grupo de Pares	55
Cuadro n°37. Estadísticos de la Escala de Apoyo Percibido de Otros Significativos ...	56
Cuadro n°38. Estadísticos del Índice de Conducta de Riesgo Total	56
Cuadro n°39. Estadísticos de los subíndices que componen el Índice de Conducta de Riesgo Total	57
Cuadro n°40. Diferencias por sexo	60
Cuadro n°41. Correlaciones con la edad	61
Cuadro n°42. Diferencias por tipo de colegio	62
Cuadro n°43. Comparaciones múltiples entre tipos de colegio	63
Cuadro n°44. Correlaciones con el Índice Socioeconómico	64
Cuadro n°45. Correlaciones entre las dimensiones psicosociales	66
Cuadro n°46. Estadísticos de la medida básica de resiliencia	73





Cuadro nº47. Correlaciones entre la medida básica de resiliencia y las variables psicosociales	74
Cuadro nº48. Distancias de Wilks para el modelo explicativo de resiliencia basado en 14 factores psicosociales a partir de la media	76
Cuadro nº49. Distancias de Wilks para el modelo explicativo de resiliencia basado en 14 factores psicosociales a partir de la mediana	76
Cuadro nº50. Resumen del modelo	77
Cuadro nº51. Coeficientes	77

Índice de Figuras

Figura nº1. Modelo Interaccional de la Resiliencia de Saavedra	25
--	----

A. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud propuso en el 2001 un nuevo significado de salud mental, definiéndola 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, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas. 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.

De esta manera, la OMS conceptualiza la salud mental positiva como la presencia de emociones positivas (afectos), sentimientos de felicidad, rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y autocontrol y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad. (OMS, 2004).

Sin embargo, el término salud mental positiva se ha utilizado poco. Lluch (2003) cita el único documento localizado que recoge de forma explícita la perspectiva positiva y multicriterial de la salud mental, el cual fue elaborado por Jahoda en 1958. En este documento se plantea un modelo de salud mental positiva configurado por seis criterios generales, a saber: actitudes hacia sí mismo, crecimiento y autorrealización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. A partir de entonces, las escalas que evalúan la vertiente positiva de la salud mental han sido confeccionadas a partir de conceptos afines, tales como “bienestar psicológico”, “satisfacción personal” o “calidad de vida”.

Recientemente, en el 2003, Lluch confeccionó un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. El análisis psicométrico de la escala global arrojó un coeficiente alfa de 0.91 y una fiabilidad test-retest de 0.85. Los resultados generales del estudio de Lluch describieron un modelo de salud mental positiva diferente al planteado por Jahoda cincuenta años atrás, logrando discriminar 6 factores a partir del análisis factorial exploratorio que explicaron el 46.8% de la varianza total. En el cuadro n°1 se describen los factores del modelo de salud mental positiva planteado por Lluch.

Cuadro n°1
Factores del modelo de salud mental positiva planteado por Lluch

Factor	Denominación	Contenido
1	Satisfacción personal	Satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro.
2	Actitud prosocial	Predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás.

3	Autocontrol	Capacidad para mantener el equilibrio personal.
4	Autonomía	Capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente.
5	Resolución de problemas y autorrealización	Búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y crecimiento personal.
6	Habilidades de relación interpersonal	Capacidad para interactuar con los demás.



Los componentes del modelo propuesto por Lluch, coinciden con la definición que establece la OMS en el 2004 sobre la salud mental positiva, al tiempo que contribuyen al modelo de desafío que se maneja en la actualidad en contraposición al modelo tradicional de riesgo.

Ya anteriormente, Munits et al. (1998) habían señalado que el modelo de riesgo se centraba en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asociaban con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Sin embargo, 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. Por el contrario, existen verdaderos escudos protectores que hacen que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando sus efectos negativos, e incluso, llegando 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.

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. Por otra parte, las conductas de riesgo son aquellos comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de riesgo) y que tienen una intención, se dirigen a metas, concientes o inconcientes.

Como contraparte están los factores y las conductas de protección. 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 se desenvuelve cotidianamente la persona, 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).

De lo descrito anteriormente se desprende el concepto de resiliencia, el cual ha sido un componente descrito 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.

La experiencia y la investigación han mostrado que esta distinción entre factores de riesgo y factores de protección, a menudo resulta artificial, 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). La autoestima, por ejemplo, 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 en el 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, las investigadoras solicitaron a adolescentes entre 12 y 16 años que describieran aquellos sucesos vitales, tanto de signo positivo como negativo, que habían introducido un cambio relevante en su esfera emocional. A partir de la categorización de las respuestas, se identificaron grandes áreas donde acontecen los eventos vitales (familia, escuela, amistades, salud y solaz o diversión), los cuales adquirieron pesos diferenciales según eran evocados como factores de riesgo o de protección.

Entre los hallazgos que encontraron las investigadoras, se encontró que la amistad representaba un factor de protección actual en los jóvenes, que les ayudaba a sentirse seguros y protegidos. Además observaron que, la amistad con el paso de los años, incrementaba su importancia, hasta el punto que 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. De tal manera que los eventos ocurridos en el seno de la familia referidos tanto a la muerte de familiares próximos como a la vivencia de conflictos entre los padres, fueron percibidos por los adolescentes como un importante factor de riesgo tanto próximo como distal.

Por otra parte, la escuela era vivida como factor de protección cuando constituía el lugar donde los adolescentes podían obtener éxito académico y desarrollar buenas relaciones con los profesores. Asimismo, la vivencia de la escuela como un lugar de

dificultades y de obtención de malas notas se convertía en factor de riesgo. En ésta 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, lo cual hace suponer un importante cambio perceptivo, aspecto que no cambió en la percepción del grupo femenino. De igual forma, se encontraron diferencias en cuanto a la importancia de la amistad y el amor: el grupo femenino dio más importancia que los varones a ésta área, pero dado que citan también estas categorías como factores de riesgo, las investigadoras señalaron que era probable que 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). Tal vez en los varones los problemas en un área podrían quedar compensados por éxitos en las otras, mientras que en las mujeres, de haber problemas en un área, podría incrementarse la posibilidad de riesgo psicopatológico.

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, encontraron que los varones reportaban haber experimentado más sucesos estresantes en su vida que las mujeres. En cuando 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 diferencias 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 descrito en la literatura y que fue confirmado en este estudio, fue el hecho de que

a medida que aumentaba la edad, aumentaba también la exposición a sucesos estresantes.

De lo descrito anteriormente se puede señalar que 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. Sin embargo, tal como puede concluirse a partir de los estudios anteriores, 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.

En un estudio llevado a cabo por Valverde et al. en el 2001 en nuestro país, se logró identificar los principales factores y conductas de riesgo y de protección de los adolescentes tempranos (de 10 a 12 años y 11 meses) y de los adolescentes medios (de 13 a 17 años y 11 meses). Tales factores y conductas son enlistadas en los cuadros del n°2 al n°9, los cuales se presentan a continuación:

Cuadro n°2
Principales factores de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses

Bloque temático	Factor de Riesgo
<i>Situación académica y laboral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción – expulsión del sistema educativo • Pérdida de algún año escolar • Realizar alguna actividad laboral
<i>Utilización del tiempo libre, recreación y deporte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No le gusta practicar deporte • Practicar deporte en las calles del barrio
<i>Imagen personal y sentimientos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer solo en la casa durante mucho tiempo • Sentirse inseguro en el hogar • Nunca sentir que se es importante • Nunca sentirse a gusto consigo mismo • Nunca sentirse apreciado por los adultos • Nunca tener planes para el futuro • Deseo de hacerse daño o de acabar con su vida
<i>Consumo de sustancias legales e ilegales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tener amigos que fumen • Tener amigos que tomen licor • Ofrecimiento de drogas • Tener amigos que consuman drogas
<i>Violencia, problemas con la ley, accidentes de tránsito</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Haber sido amenazado por alguien • Haber sido asaltado en el último año

Cuadro n°3
Principales conductas de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses

Bloque temático	Conducta de Riesgo
Utilización del tiempo libre, recreación y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • No practicar deporte • Ver televisión 4 ó más horas diarias • Jugar video juegos 4 ó más horas diarias
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • Haber probado un cigarrillo • Haber probado alguna vez bebidas alcohólicas • Continuar consumiendo bebidas alcohólicas • Haber probado drogas
Violencia, problemas con la ley y accidentes de tránsito	<ul style="list-style-type: none"> • Haber amenazado a alguien

Cuadro n°4
Principales factores de riesgo en población de 13 a 17 años y 11 meses

Bloque temático	Factor de Riesgo
Situación académica y laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción – expulsión del sistema educativo • Pérdida de algún año escolar • Realizar alguna actividad laboral • Patrono no paga Seguro Social • Trabajo que requiere levantar cosas pesadas • Trabajo que requiere manejo de sustancias tóxicas
Imagen personal y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Que no le agrade su cuerpo • Deseo de hacerse daño o de acabar con su vida
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • Tener amigos que fumen • Tener amigos que tomen licor • Ofrecimiento de drogas • Tener amigos que consuman drogas
Sexualidad y salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • No haber oído hablar nada sobre el SIDA • No conocer de ninguna ETS • Conocer a una mujer de su edad que haya abortado

Cuadro n°5
Principales conductas de riesgo en población de 13 a 17 años y 11 meses

Bloque temático	Conducta de Riesgo
Utilización del tiempo libre, recreación y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • No practicar deporte • Ver televisión 4 ó más horas semanales • Jugar video juegos 4 ó más horas semanales
Imagen personal y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de hacerse daño o acabar con su vida

Sexualidad y salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Haber tenido relaciones sexuales • Nunca haber utilizado anticonceptivo en sus relaciones sexuales • Nunca haber utilizado condón en sus relaciones sexuales
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • Haber fumado un cigarrillo completo • Fumar actualmente • Haber probado bebidas alcohólicas • Consumir licor al menos una vez por semana • Haber probado alguna vez drogas ilegales • Consumir drogas actualmente
Violencia, problemas con la ley y seguridad vial	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrarse en una pelea a puñetazos • Haber sido arrestado • No usar cinturón de seguridad al ir de acompañante • Saber conducir • Asistir a piques • Participar en piques

Cuadro n°6

Principales factores de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses

Bloques Temáticos	Factor Protector
Situación académica y laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar • No haber perdido ningún año escolar • No trabajar
Imagen personal y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse seguro en el hogar • Sentir muchas veces que se es importante • Sentirse muchas veces a gusto consigo mismo • Sentirse muchas veces apreciado por los adultos • Tener muchas veces planes para el futuro • Nunca haber sentido ganas de hacerse daño o acabar con su vida
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • No tener personas cercanas que fumen • No tener personas cercanas que tomen • No tener personas cercanas que consuman drogas
Violencia, problemas con la ley y accidentes de tránsito	<ul style="list-style-type: none"> • No haber sido amenazado

Cuadro n°7
Principales factores de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses

Bloques Temáticos	Conducta Protectora
Utilización del tiempo libre, recreación y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar deporte
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • No haber probado nunca un cigarrillo • No haber probado bebidas alcohólicas
Violencia, problemas con la ley y accidentes de tránsito	<ul style="list-style-type: none"> • No haber sido amenazado por alguien

Cuadro n°8
Principales factores de riesgo en población de 13 a 17 años y 11 meses

Bloques Temáticos	Factor Protector
Situación académica y laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar • No haber perdido ningún año escolar • No trabajar
Imagen personal y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse bien o muy bien con su cuerpo • No haber deseado dejar de vivir o hacerse daño
Utilización del tiempo libre, recreación y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenecer a algún grupo de gente de su edad
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • No tener personas cercanas que fumen • No tener personas cercanas que tomen • No tener personas cercanas que consuman drogas • Que no le hayan ofrecido drogas
Sexualidad y salud sexual reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer al SIDA como una ETS

Cuadro n°9
Principales factores de riesgo en población de 10 a 12 años y 11 meses

Bloques Temáticos	Conducta Protectora
Utilización del tiempo libre, recreación y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar deporte
Consumo de sustancias legales e ilegales	<ul style="list-style-type: none"> • No haber fumado un cigarrillo completo • No haber probado bebidas alcohólicas • No haber probado drogas
Sexualidad y salud sexual reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • No haber tenido relaciones sexuales • Siempre ha usado condón en sus relaciones sexuales • Siempre ha usado anticonceptivos en sus relaciones sexuales
Violencia, problemas con la ley y accidentes de tránsito	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca haber asistido a piques • Nunca haber participado en piques

Es claro que las diversas investigaciones que han ido surgiendo entorno 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. Hoy por hoy, 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.

La presente investigación surge precisamente de la necesidad de construir un instrumento que permita desarrollar una medida de resiliencia para así identificar el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes con el propósito de aportar elementos empíricos al modelo de resiliencia basado en estas variables.



B. MARCO TEÓRICO

En este apartado se plantean las bases teóricas para la comprensión del fenómeno de la resiliencia. Para tales efectos, se introduce la perspectiva de la Psicología Positiva, enfoque dentro del cual se conceptualiza el concepto de resiliencia y posteriormente se describen métodos e instrumentos que han sido utilizados para evaluar la resiliencia en distintas investigaciones.

B.1 LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

El término “Psicología Positiva” ha sido desarrollado por Martin Seligman, investigador que, habiendo dedicado gran parte de su carrera al trastorno mental y al desarrollo de conceptos como la indefensión aprendida, ha dado un giro radical en su orientación, elaborando y promoviendo una concepción más positiva de la especie humana. La Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías, insistiendo en la construcción de competencias y en la prevención. (Vera, 2006).

Para Seligman, el concepto de Psicología Positiva no es nuevo en la Psicología, ya que antes de la Segunda Guerra Mundial los objetivos de la Psicología 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. (Seligman, 2005). Sin embargo, tras la guerra, diferentes eventos y circunstancias llevaron a la Psicología a olvidar dos de esos objetivos y a centrarse únicamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano.

De la misma manera, se pueden encontrar claras tendencias positivas en la corriente humanista de la Psicología, floreciente en los años 60 y representada por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm. (Vera, 2006). Lamentablemente, la Psicología Humanista no se vio acompañada de una base empírica sólida y esto dio lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco fiables. (Seligman, 2005). Por tal razón, la Psicología Positiva surge con el objetivo de investigar a través de procedimientos científicos, las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Prada, 2005).

Por definición la Psicología Positiva es el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. (Prada, 2005). El propósito de la Psicología Positiva es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio. Para cumplir este objetivo se hace necesario comprender el funcionamiento óptimo en múltiples niveles, incluyendo el experiencial, personal, relacional, institucional, social y global. No debe entenderse que la Psicología Positiva pretende trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino que pretende 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. (Seligman, 2005).

La Psicología tradicional ha tendido a asumir que todos los acontecimientos traumáticos dejan heridas psicológicas en las personas y ha tendido a obviar 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, 2006).

Resiliencia y crecimiento postraumático surgen como conceptos de investigación en la Psicología Positiva, a través de los cuales se pretende determinar por qué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. La resiliencia se sitúa en una corriente de Psicología Positiva y se convierte en un elemento inherente dentro del concepto de salud mental positiva.

B.2 LA RESILIENCIA

B.2.1 Antecedentes del concepto

Lo que implica el concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad y aparece enmarcado en la capacidad de supervivencia del ser humano a través de las diferentes etapas de la historia del mundo.

Sin embargo, sólo aparece recientemente como tal, incorporado a los principios de la ingeniería y más específicamente de la mecánica, para referirse a la característica que tienen ciertos materiales empleados en la construcción de recobrar la forma original con la que fueron moldeados, después de haber sido sometidos a una presión deformadora. También, la palabra resiliencia ha sido utilizada en osteología para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en el sentido correcto, después de una fractura. (Suárez Ojeda, s.f.).

La adopción del concepto de “resiliencia” a las ciencias sociales dentro del contexto de las ciencias humanas sucede casi al azar en la década de los años setenta, inicialmente en el mundo anglosajón. Este hito lo marcó la doctora Emy Werner, quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro al considerar todos los factores de riesgo que presentaban, llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos minoritarios, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. (Puerta, 2002).

La observación de estos casos condujo a Werner, en una primera etapa, al concepto de “niños invulnerables”. Posteriormente, los estudios de otros científicos, entre ellos Garmezy y Rutter, ratificaron sus hallazgos con resultados no solamente similares sino mucho más sorprendentes, a partir de los cuales, los esfuerzos se concentraron en identificar los factores que parecían contribuir a la resiliencia. Sin

embargo, Rutter afirmó que el concepto de “invulnerabilidad” resultaba poco útil ya que parecía implicar una resistencia absoluta al daño, condición que escapaba de la realidad humana, ya que es más apropiado considerar la susceptibilidad al estrés como un fenómeno gradual. (Rutter, 1993).

Así, el término de resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. (Maciaux, 2005). Además se ha extrapolado el concepto a otros contextos para los cuales ha existido cierto consenso. Según la mayoría de ellos, se hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y/o comunitarios que poseen la capacidad para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que los rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual. (Melillo y Suárez, 2005).

B.2.2 Definición del concepto

La definición de resiliencia más acertada ha sido de la Luthar y otros autores, quienes la definieron como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (Melillo y Suárez, 2005). Esta definición, al igual que otras definiciones características de la segunda generación de investigadores, distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia:

- ✚ **La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano.** El término adversidad puede designar una constelación de muchos factores de riesgo o una situación de vida específica. La adversidad puede ser definida objetivamente a través de instrumentos de medición, o subjetivamente, a través de la percepción de cada individuo.
- ✚ **La adaptación positiva o superación de la adversidad.** La adaptación puede considerarse positiva cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no ha habido signos de desajuste.
- ✚ **El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.** La noción de proceso permite entender la adaptación resiliente en función de la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y de protección, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y/o culturales.

Melillo, Estamatti y Cuestas, en el documento compilado por el primero junto con Suárez en el 2005, cuentan que la palabra proviene del vocablo en latín “*resilire*” que significa “volver a entrar saltando” o “saltar hacia arriba”, aunque también tiene la acepción de “apartarse, desviarse”, y la definen como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

En la misma línea, la Fondation pour l'enfance de París en el 2000, definió la resiliencia como la capacidad de la persona o de un grupo de personas para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Sin embargo, Manciaux enfatiza que la resiliencia 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. (Maciaux, 2005).

Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla en 1997, realizaron un exhaustivo resumen sobre los contenidos que diferentes autores han dado al concepto de resiliencia, concluyendo que las diferentes definiciones enfatizaban las siguientes características en la persona resiliente: 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 permitan atravesarlas y superarlas. También los autores 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.

En el cuadro n° 10 se presentan algunas definiciones que diversos autores han dado con respecto al concepto de resiliencia en la población infanto-juvenil. (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).

Cuadro n°10
Definiciones de resiliencia en población infanto-juvenil

<i>Autores</i>	<i>Definición</i>
Greenspan (1982)	Capacidad de emprender el trabajo de cada uno paulatinamente con éxito de acuerdo a su etapa de desarrollo.
Garmezy (1991)	Capacidad de recuperarse y mantener los comportamientos adaptables después del maltrato.
Wagnild y Young (1993)	Habilidad de poder cambiar las desgracias con éxito.
Rouse e Ingersoll (1998)	Habilidad de luchar y madurar en un contexto cuando hay circunstancias adversas u obstáculos.

Hunter y Chandler (1999)	Proceso de defensa del aislamiento utilizando determinadas tácticas como protección.
Mandleco y Peery (2000)	Proceso de supervivencia mediante la desconexión de la agresión y la negación.
Markstrom et al. (2000)	Capacidad de responder y desarrollarse ante la experiencia de eventos vitales estresantes.
Rew et al. (2001)	Capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés que permite a la persona desarrollarse como individuo a pesar de experiencias de vida infelices.

B.2.3 Modelos explicativos de la resiliencia

Paralelo al desarrollo del concepto de resiliencia, han surgido generaciones de investigadores que se han propuesto medir la resiliencia con el objetivo de establecer modelos explicativos de este fenómeno.

Así surgió una primera generación de investigadores cuyo interés fue descubrir factores protectores que estuvieran en la base de esta adaptación positiva en niños que vivían en condiciones de adversidad. Una segunda generación de investigadores expandió el tema de resiliencia en dos aspectos: la noción de proceso, que implica la dinámica entre factores de riesgo y de protección que permite que la persona supere la adversidad; y la búsqueda de modelos para promover la resiliencia en forma efectiva a nivel de programas sociales. (Melillo y Suárez, 2005).

En el desarrollo histórico de esta primera generación se comienza a ampliar el foco de investigación que se desplaza desde un interés en cualidades personales que permitían superar la adversidad (como la autoestima y la autonomía) hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (como nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto cercano). La mayoría de los investigadores de esta generación se adscriben al 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.

Por su parte, el foco de investigación de la segunda generación retoma el interés de la primera en 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.

Michael Rutter 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.

Por su parte, Edith Grotberg señaló que la resiliencia requería 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.

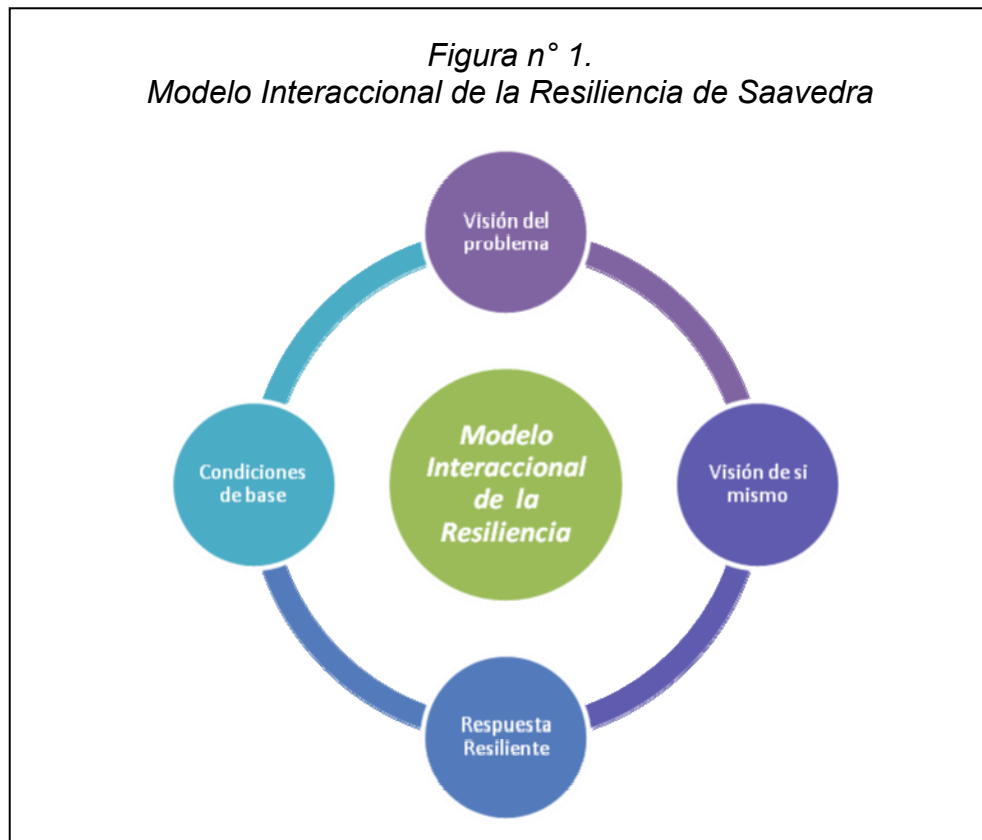
Autores más recientes de esta segunda generación son Luthar y Cushing, Masten, Kaplan y Benard. Todos ellos han entendido la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad. La gran mayoría de los investigadores pertenecientes a esta generación podrían adscribirse al modelo ecológico-transaccional de resiliencia. (Melillo y Suárez, 2005).

La perspectiva que guía el modelo ecológico-transaccional de la resiliencia es que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: el individual, el familiar, el comunitario vinculado a los servicios sociales y el cultural vinculado a los valores sociales.

En la actualidad la mayoría de los investigadores comparte una perspectiva interaccional o constructivista del concepto de resiliencia, en tanto supone una combinación de factores personales y contextuales. Los hallazgos obtenidos en las investigaciones recientes han producido información que enriquece los factores tanto personales como del contexto que componen el concepto de resiliencia, sin embargo, ha costado establecer un modelo conceptual que los vincule de tal forma que se logre explicar el comportamiento humano en un contexto adverso.

Sin embargo, basado en el estudio de casos, Saavedra desarrolló en el 2003 un modelo explicativo del comportamiento resiliente, el cual denominó “modelo interaccional de la resiliencia”, a partir del cual, la respuesta resiliente consistiría en una acción orientada a metas, una respuesta sustentada o vinculada a una visión abordable del problema, como conducta recurrente en una visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos y proactivos ante los problemas, los cuales tienen como condición histórico-estructural las condiciones de base, es decir, un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados. (Saavedra y Villalta, 2008).

En la figura n°1 se puede apreciar el modelo propuesto por Saavedra, el cual puede comprenderse dentro del modelo ecológico-transaccional.



B.2.4 La resiliencia en la etapa adolescente

Si se considera que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla y actualiza en la historia interaccional de la persona, su relación con las diversas etapas de la vida cobra particular relevancia. Las etapas o períodos de vida están definidos en relación a cambios o crisis que caracterizan a un grupo de edad en un contexto sociohistórico determinado. Es decir, los cambios o “crisis vitales”, como las denominó Erik Erikson, no son propiedad de un determinado grupo de edad, sino que son inherentes a todo proceso de desarrollo.

De modo pionero, a mediados del siglo XX, Erik Erikson destacó la influencia de la sociedad y la cultura en cada uno de los ocho períodos de edad en que divide la vida humana. Para Erikson, cada etapa de la vida presentaba una “crisis” que implicaría un conflicto diferente, propio del proceso madurativo. Tales crisis son situaciones sustancialmente interaccionales, cuya interpretación por parte del sujeto que las vive afectarán su forma de desenvolverse en la vida. De esta manera, la etapa de la adolescencia se caracteriza por ser el período en el cual se consolida la identidad en función de la diferenciación entre pares y especialmente con los adultos. (Erikson, 1985).

La resiliencia en la adolescencia tiene que ver precisamente con la capacidad para poder resolver el problema de la identidad en contextos donde esta no posee las condiciones para construirse de un modo positivo, con el propósito de fortalecer y aplicar la autonomía, cuyo aprendizaje vital se ha dado en la infancia. La autonomía consistirá en la capacidad para gestionar los propios proyectos de modo responsable y diligente. (Saavedra y Villalta, 2008).

B.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA RESILIENCIA

La resiliencia ha sido una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicancias que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano. La deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes, con conciencia de su identidad, capaces de tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables. (Salgado, 2005).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en los últimos 20 años en la investigación en resiliencia, tanto desde las ciencias médicas como desde las ciencias sociales, las dificultades que existen en su definición han creado no solamente problemas metodológicos, sino también de aplicación de los hallazgos científicos en programas de prevención, intervención y promoción.

La primera dificultad tiene que ver con la variabilidad en la operacionalización y medición del constructo. Por ejemplo, los hallazgos en estudios sobre resiliencia, evidencian tres dimensiones: primera, las personas expuestas a situaciones de riesgo pueden mostrar resultados por encima de lo esperado; segundo, sin importar la intensidad del estresor, la persona puede adaptarse positivamente; tercera, después de una experiencia traumática, la persona puede recuperarse adecuadamente. (Mejía, 2003).

De esta manera, para cumplir los criterios en la definición de resiliencia, la persona debe superar los factores de riesgo, y adaptarse en diferentes dominios; por ejemplo, el cognitivo (respuesta al estímulo traumático o capacidad de buscar soluciones después del trauma) o social (rendimiento académico y una apropiada interacción de la persona con su círculo de amigos).

Además de los problemas de operacionalización y medición del constructo resiliencia, también ha habido controversias para considerar la resiliencia como un rasgo de la persona o un proceso dinámico de adaptación.

El tercer elemento que afecta el progreso en esta área tiene que ver con la utilización de ciertos términos tales como “vulnerabilidad” o “protector”, los cuales son utilizados inconsistentemente en la literatura. El término “protector” hace referencia 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.

B.3.1 Métodos de medición

Luthar y Cushing describieron tres formas de medir la resiliencia: (Salgado, 2005).

B.3.1.1 Medición de adversidad

A través de este tipo de medición es posible distinguir tres formas diferentes de medir la adversidad o el riesgo:

- ◆ **Medición de riesgo a través de múltiples factores:** se caracteriza por medir diferentes factores en un solo instrumento. Generalmente el instrumento es una escala de eventos de vida negativos donde el individuo debe especificar aquellos eventos que han estado presentes, como por ejemplo: separación de los padres, enfermedad mental de los padres, experiencia de guerra, entre otros.
- ◆ **Situaciones de vida específica:** la naturaleza del riesgo está determinada por aquello que la sociedad, los individuos o los investigadores han considerado una situación de vida estresante. Por ejemplo, la experiencia de un desastre natural o la muerte de un familiar. Ambas situaciones han demostrado afectar al individuo haciéndole más vulnerable al estrés, por lo tanto más vulnerable a otros factores de riesgo.
- ◆ **Constelación de múltiples riesgos:** considera la interacción entre los factores provenientes de los niveles: social, comunitario, familiar e individual simultáneamente y cómo esta interacción influencia el desarrollo humano y la superación de la adversidad. Es un mapeo de las fuentes de adversidad a las cuales se les asigna un puntaje determinado.

B.3.1.2 Medición de adaptación positiva

En este tipo de medición, las estrategias son similares a las utilizadas para medir la adversidad, lo que cambia es la forma en que se operacionaliza el constructo.

- ◆ **Adaptación según factores múltiples:** mide la adaptación en base al logro de metas de acuerdo a la etapa del desarrollo de la persona. Se les pregunta a los profesores, padres y amigos, además de un test específico para medir la conducta que va a determinar la adaptación positiva.

- ◆ **Ausencia de desajuste:** se utiliza en investigaciones de resiliencia en personas con serios riesgos de psicopatología. Los instrumentos utilizados son generalmente cuestionarios clínicos para identificar desórdenes psiquiátricos, el énfasis está en la superación de la adversidad y el no presentar sintomatología.
- ◆ **Constelación de adaptación:** está basada en diferentes conductas o tipos de adaptación. Los índices elegidos tienen directa relación con el modelo teórico, que generalmente se basan en teorías del desarrollo. Este método incorpora puntajes de pruebas y escalas, más opiniones de otras personas.

B.3.1.3 Medición del proceso de resiliencia

En este caso se refiere a la unión crítica entre adversidad y adaptación positiva. Los dos modelos que intentan evaluar el proceso son:

- ◆ **Modelos basados en variables:** parte de un análisis estadístico que indaga las conexiones entre variables de riesgo o adversidad, resultados esperados y factores protectores que pueden compensar o proteger los efectos de riesgo.
- ◆ **Modelo basado en individuos:** compara individuos a lo largo del tiempo. Pretende capturar interacciones entre factores que ocurren en forma natural y plantear hipótesis respecto a qué fue lo que causó la diferencia en el resultado de la adaptación.

Nuestra investigación corresponde a una medición del proceso de resiliencia basado en variables, ya que a través del análisis estadístico de características psicosociales atribuidas a personas resilientes en la literatura, se desarrolló una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes en una muestra no clínica, poniendo a prueba el modelo explicativo de la resiliencia basado en la interacción de variables psicosociales con eventos adversos.

B.3.2 Instrumentos y técnicas de medición

A continuación se describen diversos instrumentos y técnicas que se han desarrollado en diferentes países en los últimos 20 años, para investigaciones sobre la resiliencia. Tales instrumentos han sido agrupados en tres categorías: a. pruebas proyectivas, b. pruebas psicométricas, y c. pruebas de imagenología.

B.3.2.1 Pruebas Proyectivas

La ambigüedad de las pruebas proyectivas ha resultado problemática en los estudios sobre resiliencia. Sin embargo, Silverstein y un grupo de investigadores en el 2001, instaron a un grupo de adultos a completar historias que introducían situaciones excesivamente problemáticas o demandantes. En dichas respuestas se pudieron identificar los estilos de cognición, emoción y conducta utilizados por los participantes para la resolución de los problemas, obteniendo así información para el análisis de la resiliencia individual. Sin embargo, son necesarios instrumentos de medición que combinen tanto aspectos objetivos, reconocidos conscientemente, como indirectos o proyectados, para lograr una valoración más adecuada del proceso de resiliencia. (Ospina, 2007).

B.3.2.2 Pruebas Psicométricas

Estas pruebas generalmente son cuestionarios de autorreporte, tipo Likert, estandarizados mediante pruebas de análisis factorial que, de manera rápida y enmarcada en una teoría explicativa, ofrecen información sobre el fenómeno observado.

Las pruebas psicométricas más destacadas en los últimos estudios sobre resiliencia han sido las siguientes:

- **Dispositional Resilience Scale**, desarrollada por Bartone, Ursano, Wright e Ingraham en 1989. Fue utilizado para medir estilos de personalidad resiliente. Este constructo fue referido al compromiso, el control y los cambios desafiantes. La escala se puso a prueba con personas expuestas, por razones de entrenamiento militar, a altos niveles de estrés. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- **Cuestionario de Perfil de Vida del Estudiante**, desarrollada por el Search Institut en 1989. Evalúa las actitudes comportamentales del estudiante. Consta de 156 ítems que miden: a. 8 características principales (habilidades del desarrollo): apoyo, fortalecimiento, límites y expectativas, uso constructivo del tiempo, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, capacidad social e identidad positiva; b. 8 indicadores para continuar siendo exitoso: éxito en la escuela, ayuda a otros, respeto a la diversidad, mantener buena salud, liderazgo, resistir el daño, sobreponerse a la adversidad y mantener las gratificaciones; c. 5 déficits en el desarrollo: estar solo en casa, sobre-exposición a la televisión, abuso físico, ser víctima de violencia y fiestas con consumo alto de alcohol; d. 24 conductas de riesgo, tales como uso de químicos, conductas antisociales e involucramiento sexual. (Salgado, 2005; Ospina, 2007; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).

- ☉ ***The Resiliency Scale***, desarrollada por Jew en 1992. Intentó medir los niveles individuales de tres factores de resiliencia: optimismo, adquisición de habilidades y toma de riesgos. La escala resultó sensible a diferencias de edad y género ya que se construyó a partir de la conceptualización de la resiliencia como una característica “mutable” a través de la vida y las predisposiciones individuales. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ ***My Child’s Friedships Scale***, desarrollada por Doll en 1993. Consta de 20 ítems sobre cuatro competencias para las relaciones interpersonales: frecuencia de la interacción social, habilidad para resolver pequeñas discordias, frecuencia de conductas prosociales y habilidad para resolver conflictos con pares. Para esta escala se reportó una consistencia interna de 0.77, y pareció diferenciar de manera adecuada a los estudiantes que tenían competencias para las relaciones interpersonales de los que no. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ ***La Escala de Resiliencia***, elaborada por Wagnild y Young en 1993. Es una escala de tipo Likert de dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida. Reflejan cinco aspectos de la resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad. En varias investigaciones utilizando esta escala, el alpha de Cronbach fue de 0.94 para toda la escala. Para la competencia personal y la aceptación del yo y de la vida, el alpha de Cronbach fue de 0.91 y 0.81 respectivamente. Además ha mostrado alta correlación con escalas que miden satisfacción con la vida, moralidad y depresión. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ ***Adolescent Resiliency Belief System***, desarrollada por Jew y Green en 1995. Es una escala de tipo Likert de 21 ítems, que califica de 1 a 6 el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones positivas sobre creencias optimistas de los estudiantes. Mostró una consistencia interna de 0.83 a 0.92. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ ***The Individual Protective Factors Index***, elaborada por Sprinter y Philipsen en 1995. Contiene 10 subescalas que evalúan factores protectores. Estudios previos reportaron un coeficiente alpha de 0.58. Es una escala que hace énfasis en los factores internos de la resiliencia en cada de una de las subescalas que la componen. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ ***Communities that Care Youth***, elaborado Pollar y otros en 1996. Consta de 8 subescalas para observar factores protectores. Para cada una de ellas se reportó una considerable consistencia interna. Estudios previos mostraron un coeficiente alfa de 0.75. La escala hace énfasis en las conductas de riesgo y no en los factores protectores. De los 114 ítems que la componen, 87 miden factores de riesgo y sólo 27 factores protectores. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).

- ☉ **Ego Resiliency Scale**, creado por Block y Kremen en 1996. Es una escala de tipo Likert de 14 ítems. Define el yo resiliente como las habilidades de un individuo para autocontrolarse siguiendo el contexto. Así, una persona con *yo resiliente* tiende a ser recursivo y adaptado cuando enfrenta nuevas situaciones; más competente y tranquilo en las relaciones interpersonales y usa adecuadamente las emociones para obtener significados positivos de las situaciones estresantes. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ **The Healthy Kids Resilience Assessment**, elaborado por Constantine, Bernard y Díaz en 1999. Se construyó a partir de una amplia revisión teórica sobre resiliencia. Muestra un coeficiente alpha de 0.72. La prueba consiste en 6 subescalas, tres referidas a factores externos y tres a factores internos sistemáticamente referenciados en la literatura como altamente asociados con resultados positivos y protección ante los riesgos de salud que corren los adolescentes. Los ítems de las subescalas de factores protectores externos contienen preguntas sobre las relaciones con los cuidadores, las expectativas de vida y el significado de la participación en la escuela, el hogar y la comunidad. Los ítems de las subescalas de factores protectores internos indagan sobre competencia social, sensibilidad interpersonal y comprensión de sí mismo, entendiendo estos ítems no como causas sino como resultados de procesos positivos de desarrollo. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ **Resiliency Scale for Adolescents**, desarrollada por Jew, Green y Coger en 1999. Tiene 35 ítems, basados en 12 habilidades y capacidades que contribuyen a la disminución de la vulnerabilidad al estrés en niños. Contiene tres subescalas relacionadas con orientación hacia el futuro, adquisición de habilidades y toma de independencia y riesgo. (Salgado, 2005; Ospina, 2007; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).
- ☉ **Resilience Profile for Students with Disabilities**, desarrollado por Perry y Bard en el 2000. Se construyó a partir del estudio de validez y confiabilidad para una de las subescalas —*valoración de los padres*— de la Escala de Afrontamiento a Discapacidad, elaborada por los mismos autores en 1992, la cual no fue publicada. La escala hace énfasis en cinco subdominios: solución del problema de discapacidad, habilidades sociales, problemas sociales, sensación de impotencia y competencias orientadas a factores resilientes. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ☉ **Escala de Resiliencia para Adolescentes**, creada por Prado y Del Aguila en el 2000. Evalúa las siete áreas del mandala de Wolin: insight, creatividad, interacción, iniciativa, moralidad, humor e independencia. Costa de 34 ítems, que presentaron una validez en la correlación de Pearson con una consistencia interna de .0311 a .5083 y una confiabilidad por consistencia interna de alpha de Cronbach con un coeficiente de 0.86. (Prado y Del Aguila, 2000).

- ④ ***The Resilience Assessment of Exceptional Students***, realizada por Perry y Bard en el 2001. El análisis factorial identificó 3 dominios de resiliencia: conocimiento de la excepcionalidad, planeación de las necesidades y pensamiento alternativo para resolver los problemas relacionados con la excepcionalidad. Para la conducta resiliente se identificaron cuatro factores: planeación/actividad, autoeficacia/locus de control, relaciones positivas con pares y relaciones positivas con adultos. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ④ ***Inventario de Factores Protectores de Baruth***, desarrollado por Baruth y Carroll en el 2002. Este Inventario fue desarrollado para identificar la presencia de la resiliencia en individuos a partir del desarrollo de cuatro factores protectores primarios: a. personalidad adaptable, b. ambiente de apoyo, c. estresores menores y d. compensación de experiencias. (Salgado, 2005; Ospina, 2007; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).
- ④ ***Escala de Resiliencia Adolescente***, elaborada por Oshio y colaboradores en el 2002. El análisis de factores reveló 3 factores significativos: a. búsqueda de novedad, b. regulación emocional y c. orientación futura positiva. El puntaje total y las 3 subescalas mostraron la correlación significativa y positiva con una Escala de Autoestima y una correlación no significativa con experiencias de acontecimientos negativos de vida. Un análisis de varianza reveló que las personas con autoestima alta obtuvieron puntajes más altos en la Escala de Resiliencia que las personas con autoestima baja cuando han tenido muchas experiencias de estrés. Los resultados de este análisis mostraron una alta validez de constructo. (Salgado, 2005; Ospina, 2007; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).
- ④ ***Entrevista Social de Competencia (SCI)***, elaborada por Ewart y colaboradores en el 2002. Se desarrolló una entrevista breve para medir las capacidades del estrés resiliente, lo cual fue probado en 4 muestras de adolescentes africanos-americanos y blancos en vecindarios con bajos ingresos de dos ciudades grandes de los Estados Unidos. El SCI es un estresor social de 10 minutos que evalúa las respuestas fisiológicas y socio-emocionales de un problema de la vida diaria. Un nuevo sistema conductual de codificación que utiliza cintas de audio, permite la evaluación segura y válida de los componentes de la competencia social: a. habilidades interpersonales (expresividad y empatía), b. metas orientadas al enfrentamiento (autodefensa, aceptación social, competencia, estímulo-placer, aprobación, automejora) y c. impacto social (afiliación alta vs. baja). (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- ④ ***The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)***, elaborada por Connor y Davidson en el 2003. Es una escala de tipo likert que contiene 25 ítems, donde los puntajes altos indican mayor resiliencia. Ha sido

utilizada en población general y en el ámbito clínico. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).



- **The Brief Resilient Coping Scale**, desarrollada por Sinclair y Wallston en 2004. Está diseñada para identificar las tendencias de las personas para enfrentar el estrés de manera adaptada. Los estudios de confiabilidad y validez se realizaron a partir de dos muestras. Una de 91 mujeres y otra de 140 hombres y mujeres que sufrían artritis reumatoide. Esta escala muestra consistencia interna, confiabilidad test-retest y correlación entre los recursos personales de afrontamiento, conductas de afrontamiento al dolor y bienestar psicológico. (Salgado, 2005; Ospina, 2007).
- **Inventario de Factores Personales de Resiliencia**, creado por Salgado en el 2004. El inventario comprende 48 ítems dirigidos a evaluar la presencia de cinco factores personales de resiliencia: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad. La validez obtenida en cada uno de los factores fue alta. (Salgado, 2005).
- **Resilience Scale for Adults**, creada por Hjemdal y colaboradores en el 2007. La escala está formada por 37 ítems que evalúan 5 aspectos de la resiliencia: competencia personal, competencia social, estilo estructural, cohesión familiar y recursos sociales. La escala total obtiene un alpha de Cronbach de 0.93. (Hjemdal, 2007).
- **Resilience Scale for Adolescents**, creada por Hjemdal y su equipo de investigadores en el 2007, mientras paralelamente se desarrollaba la escala para adultos descrita anteriormente. La escala para adolescentes está formada por 28 ítems que evalúan los mismos aspectos descritos en la escala para adultos. La escala para adolescentes obtuvo un alpha de Cronbach total de 0.94. (Hjemdal, 2007).
- **Escala SV-RES**, desarrollada por Saavedra y Villalta en el 2008. La escala consta de 60 ítems, divididos en 12 factores específicos de resiliencia: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad. El estudio de validez arrojó una consistencia interna de 0.76 y una confiabilidad a través del alpha de Cronbach de 0.96. (Saavedra y Villalta, 2008).

B.3.2.3 Pruebas de Imagenología

Una de las variables más importantes que intervienen en el fenómeno resiliente es el temperamento. Éste, considerado la base biológica del carácter, está determinado por los procesos fisiológicos y los factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales.

Por ello, algunas de las últimas investigaciones sobre resiliencia, como la de Suárez “observaciones sin publicar”, citado por Ospina en el 2007, dicen que el 30% de los atributos de la resiliencia serían hereditarios, y están avanzando en la utilización de pruebas de imagenología cerebral, mediciones de potenciales electroencefalográficos, pruebas neuroendocrinológicas y de sistema inmunitario, lo mismo que en exámenes genéticos derivados de los estudios sobre ADN y genoma humano.

Actualmente en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, México, se investiga sobre cómo, a partir del análisis de la resiliencia, se pueden desarrollar tecnologías que permitan a personas o grupos desarrollar habilidades potencialmente resilientes. Esto sería posible por medio de la tecnología de la potencialización y usando procesos simulados de apropiación de las situaciones, escenarios y relación entre factores. El modelo contiene instrumentos de evaluación psicológica de tipo general que pueden ser aplicados en cualquier momento, y otros situacionales, para ser aplicados cuando la persona está sometida a una situación crítica y obtener información sobre cómo reacciona la persona conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitivamente. (Ospina, 2007).

B.4 INVESTIGACIONES EN RESILIENCIA

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue el estudio longitudinal realizado por Werner a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables, el cual fue descrito anteriormente. A partir de entonces se han desarrollado diversos estudios orientados a comprender el fenómeno de la resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, no como una característica absoluta ni que se adquiere de una vez para siempre. La resiliencia es el resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas. (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Una de las cuestiones que más interés ha despertado en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado. Algunos estudios realizados entre 1992 y el 2004 por diversos investigadores citados por Vera, Carbelo y Vecina en el 2006, proponen algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes. Algunas de estas características son: seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que se puede influir en lo que sucede alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas. También las autoras proponen

que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo, puede resultar adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad.



Precisamente, en un estudio llevado a cabo por Fredrickson tras los atentados de Nueva York del 11 de septiembre del 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste estaba mediada por la experiencia de emociones positivas (afectos positivos). Las emociones positivas parecen proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional. El estudio demostró que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva, por lo que hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista. (Fredrickson y Tugade, 2003).

Otro estudio llevado a cabo por Fergusson y Lynskey en 1996 y citado por Vinaccia, Quiceno y Moreno en el 2007, constató que los niños que eran más pobres en la población, tenían más probabilidad de llegar a ser adolescentes con problemas múltiples en comparación con los niños de clases sociales más elevadas. Además los investigadores detallaron una serie de factores que actuaban como protectores y que por tanto, podrían mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez comportamientos resilientes en niños que vivían en ambientes considerados de alto riesgo. Entre estos factores los investigadores mencionan: la inteligencia y la habilidad de resolución de problemas, observando que los adolescentes resilientes presentaban una mayor inteligencia y mayor habilidad de resolución de problemas que los no resilientes, y que además, los jóvenes que en la actualidad presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante la infancia. Finalmente, los investigadores mostraron que había algunos factores que distinguían a un adolescente resiliente de otro que no lo fuera. Así, indicaron que la diferencia entre ambos radica en que aquellos que a la edad de ocho años habían estado menos expuestos a la adversidad familiar, tenían mejor rendimiento escolar, mostraban menor cantidad de relaciones con pares que hubiesen realizado actos delictivos y que con menor frecuencia a los 16 años buscaban participar en actos novedosos que pudieran implicar algún tipo de riesgo.

En la misma línea, Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla en 1997, identificaron como los recursos más importantes en los niños resilientes la relación emocional estable con al menos uno de sus padres o con personas significativas o con quien el niño haya desarrollado un vínculo afectivo, ambiente educativo abierto, contendor y con límites claros, apoyo social, modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo, tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro, competencias cognitivas y, al menor, un nivel intelectual promedio, características temperamentales que favorezcan el afrontamiento efectivo, haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva, asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones estresantes. (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).

En otro estudio llevado a cabo por Prado en el 2000, quién investigó la estructura y el funcionamiento familiar en adolescentes resilientes que vivían en el cono norte de Lima, se encontró que respecto a la estructura familiar, no había diferencias significativas entre los jóvenes resilientes y los no resilientes. Sin embargo, con respecto al funcionamiento familiar, hubo diferencias significativas en el área de resolución de problemas a favor de los no resilientes. En esta investigación, el grupo no resiliente era conformado mayormente por mujeres. (Prado y Del Aguila, 2003).

Posteriormente, en el estudio llevado a cabo por Prado y Del Aguila en el 2003, sobre las diferencias significativas en las áreas de resiliencia respecto al género y al nivel socioeconómico en adolescentes de 12 a 14 años, los investigadores no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales de resiliencia, aunque las mujeres obtenían mayores puntajes en la media que los varones, principalmente en las áreas de insight, interacción, moralidad, humor y creatividad, mientras que los hombres obtenían mayores puntajes en la media en las áreas de independencia e iniciativa. Encontraron diferencias significativas en el área de interacción a favor del género femenino. En cuanto a los niveles socioeconómicos, los investigadores no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales, pero sí hallaron diferencias significativas en las áreas de interacción y creatividad a favor del estrato bajo e iniciativa a favor del nivel alto. El estrato bajo lograba mayores puntajes en la media en las áreas de insight, independencia, interacción y creatividad; el estrato alto en moralidad e iniciativa; y el estrato medio, en el área del humor. (Prado y Del Aguila, 2003).

Finalmente, el estudio llevado a cabo por Saavedra y Villalta en el 2008 sobre la medición de características resilientes en una muestra chilena de 15 a 65 años, encontraron que no existían diferencias significativas entre los niveles de resiliencia entre hombres y mujeres, sin embargo se describió un perfil resiliente para cada género para cada tramo de edad, excepto en la etapa adolescente (de 15 a 18 años), donde tanto hombres como mujeres obtuvieron como factor alto el modelo (convicción del papel de las redes cercanas en la resolución de problemas) y como factor bajo la satisfacción (juicio en que se interpreta una situación problemática). Los autores concluyen que el nivel de resiliencia no está asociado a tramos de edad ya que los resultados son similares en las diferentes etapas de vida. (Saavedra y Villalta, 2008).



C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la primera década del nuevo milenio hemos sido testigos de los rápidos cambios tecnológicos y sociales que han impactado a la población mundial. Patrones de interacción humana que perduraron por varias generaciones en el siglo anterior, han sido modificados aceleradamente en este nuevo siglo, y las demandas sociales a las cuales estaba expuesto el individuo en sus diferentes etapas de vida, han sido exacerbadas en la actualidad: lo que ahora se espera de un niño en preescolar, de un niño en la escuela, de los jóvenes y de los adultos en general, ha sobrepasado las expectativas que años atrás se tenía para cada grupo de edad.

Particularmente, la población adolescente actual desarrolló su etapa infantil a las puertas de un nuevo milenio, cuando los cambios tecnológicos, sociales y ecológicos empezaban a darse rápidamente, y en esta etapa, debieron establecer los pilares de una personalidad resiliente, así como las redes de apoyo consistente que, una vez llegada la etapa en la que se encuentran hoy, les permitirán resolver la crisis vital de este período, lograr un sentido de identidad y proyectarse hacia un futuro adulto coherente consigo mismos.

Pero, ¿quiénes y cómo son los adolescentes costarricenses de este nuevo milenio? ¿Qué actividades realizan? ¿A qué riesgos se ven expuestos? ¿Cómo es su estado de salud física y mental?

Para el 2002, el grupo de personas entre 13 y 17 años representaba un 10.81% de la población general, presentando un crecimiento moderado de un 0.4%. (Díaz, M. et al., 2005). La distribución en cuanto a sexos mostraba un ligero predominio de los hombres sobre las mujeres. (Rodríguez, J. et al., 2002).

En lo que respecta a la vida familiar, de acuerdo a datos de la I Encuesta Nacional de Juventud del 2008, el 92.3% de los adolescentes de 15 a 17 años permanece con su familia de crianza, situación que disminuye conforme aumenta la edad. En este grupo de edad, los reportes de violencia intrafamiliar se mantienen en porcentajes bajos, aunque el tema de las humillaciones, insultos, gritos y amenazas llega a obtener una cifra superior al 10%; por lo que es evidente que los adolescentes se ven expuestos a tipos de VIF que no dejan huellas físicas, pero que pueden tener un fuerte impacto en su desarrollo integral. Existe además un contraste de género, si bien en lo concerniente a los gritos y humillaciones las cifras entre los géneros son muy similares, existe una mayor incidencia de violencia hacia las mujeres, donde incluso en el caso de abuso o acoso sexual, sólo las mujeres reportan haber enfrentado estas situaciones.

En lo que respecta a la educación de los adolescentes, el Censo de Población del año 2000, reveló que del total de adolescentes con edades entre 13 y 19 años, el 61.3% asistía a centros de educación regular, mientras que el 38.7% no asistía a ningún centro de educación. El porcentaje de analfabetismo para el grupo de edad de 10 a 14 años era de un 8.08% y en el grupo de 15 a 19 años, de 5.81%. (Rodríguez, J. et al., 2002).

Por otra parte, en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del 2002, la tasa de participación global de adolescentes en actividades laborales correspondía al 28.1%. La población económicamente activa estaba conformada por 29.1% de adolescentes tempranos de 10 a 14 años y por 60.6% de adolescentes medios y tardíos. (Díaz, M. et al., 2005).

Con respecto al espacio y mecanismos de participación y el uso del tiempo libre, datos de la I Encuesta Nacional de Juventud, muestran que la principal participación de los adolescentes de 15 a 17 años se presenta en grupos deportivos (40%), seguida por los grupos de carácter religioso (30%), y finalmente los grupos estudiantiles aunque mayormente en la zona urbana. Respecto al tiempo libre, la población de 15 a 17 años, reporta estudiar en un 79.9%, practicar algún deporte en un 72.6%, practicar la lectura en un 63.6%, ir al cine o alquilar películas en un 63.1%, bailar en un 49.1% y realizar alguna actividad artística en un 34%. (MCJD, 2008).

En lo que respecta a la morbilidad de los adolescentes tempranos (de 10 a 14 años), según los datos recopilados hasta el año 2002 por la Caja Costarricense de Seguro Social y citados por Díaz et al. en el 2005, en esta población se encuentra el consumo más bajo de servicios de salud. Este grupo consume: menos del 7% de las atenciones de urgencias, menos del 5% de las consultas y menos del 3.5% de los egresos hospitalarios.

Con respecto a la mortalidad, este grupo presenta una de las tasas más bajas de toda la población (0.28 por 1000 habitantes en el 2002). En el año 2001 se produjeron 105 defunciones en este grupo de edad, para una tasa de mortalidad de 0.24 por 1000 habitantes y una razón de masculinidad de 16 varones por cada 10 mujeres. Las causas más comunes de mortalidad en el año 2001 se debieron a causas externas, tales como: ahogamiento, accidente por vehículo motor, atropello y suicidio; otras razones importantes de defunción fueron: tumores y enfermedades del sistema nervioso. (Díaz, M. et al., 2005).

Por su parte, en lo que concierne a la morbilidad en los adolescentes medios y tardíos (de 15 a 19 años), este grupo de edad constituye el 10.5% del total poblacional que consume los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, y corresponde a menos del 9% de las urgencias, al 6% de las consultas y a 8% de las hospitalizaciones. A partir de este grupo de edad se registra un consumo de servicios por las mujeres en todas las áreas de atención relacionado directamente con la actividad reproductiva. (Díaz, M. et al., 2005).

Las causas de mortalidad documentadas hasta el 2002 para la población de adolescentes medios y tardíos, señalan también las causas externas, tales como: accidentes con vehículo de motor, homicidio, ahogamiento y suicidio. Todas estas causas con mayor frecuencia en los varones. Otras causas importantes fueron: defunciones por tumores y enfermedades del sistema nervioso. (Díaz, M. et al., 2005).

La tasa de mortalidad en el grupo de adolescentes es muy baja. Según datos del Instituto de Estadística y Censos publicados en su página web, para el año 2000, la

principal causa de muerte en los adolescentes se debió a accidentes: 24% de las defunciones de los adolescentes tempranos y 63% de las defunciones de los adolescentes medios y tardíos. (www.inec.go.cr). Tal como lo señala Díaz et al. (2005), las causas externas representan el 36.4% de la mortalidad de los adolescentes, lo que indica muertes que pueden ser prevenidas. Además se observa que en términos de género, en el grupo masculino se evidencia una mayor recurrencia de causas externas.

Con respecto a la consulta de síntomas relacionados con la salud mental, según datos de la I Encuesta Nacional de Juventud en el grupo de edad de 15 a 17 años, un 6.4% consultó por estrés, un 5% por depresión, un 4.8% por haber intentado quitarse la vida, un 4.4% por experimentar deseos de quitarse la vida, un 3.1% por ansiedad y un 2.9% por otros asuntos psiquiátricos. (MCJD, 2008).

En esta misma línea, en lo que respecta a la atención psiquiátrica especializada para la población adolescente, el Anuario Estadístico del Hospital Nacional Psiquiátrico del año 2008, reporta un total de ingresos hospitalarios en el grupo de adolescentes de 172 ingresos directos, con 69 ingresos para el grupo de los varones y 103 para el grupo de las mujeres. Asimismo, en lo que respecta a la atención psiquiátrica especializada en el año 2008 en este centro hospitalario a nivel de Consulta Externa, se realizaron 1547 consultas en Psiquiatría, 46 sesiones de psicoterapia grupal; 216 psicoterapias individuales y 95 psicoterapias familiares con adolescentes. (Anuario Estadístico HNP, 2008).

Con respecto a las conductas de riesgo, en el estudio llevado a cabo por Valverde et al. en el 2001, se encontró que en la población entre 13 y 17 años, el 19.6% se había peleado a puñetazos (25.5% de hombres y 13.5% de mujeres), debido fundamentalmente por problemas por los amigos y por los que retan. El arma que más portaban eran las cuchillas o navajas en un 5.4%. Existía un 6.5% del grupo de 13 a 17 años que había sido arrestado en los últimos 6 meses. De este mismo grupo, existía un 30.3% que conducía algún tipo de vehículo automotor. De los que conducían, el 10.79% afirmó haber participado en piques. Un 22.7% de la población había viajado en un vehículo con un chofer que había consumido licor. También en este grupo de edad, un 27.8% expresó que desearía cambiar algo de su cuerpo (36.7% de las mujeres y 19.3% de los hombres); las razones referidas con mayor frecuencia fueron el peso y la estética corporal. Por otra parte, en la población de 10 a 12 años, se encontró una relación significativa entre el castigo físico y los aspectos que podrían disminuir el sentirse apreciado por los adultos y en última instancia sentirse una persona importante. De este grupo de edad, un 25.3% se sentía inseguro en sus propias casas en algún momento.

En esta misma línea, en lo referente al consumo de alcohol y drogas, los investigadores reportaron que el 5.6% de los menores de 13 años había probado un cigarrillo alguna vez. En los adolescentes de 13 a 17 años, el 29.4% de quienes estudiaban habían fumado un cigarrillo completo, pero sólo el 11.3% continuó fumando; el 43.3% de quienes no estudiaban lo habían probado y el 20.1% continuó haciéndolo. Con respecto al consumo de alcohol, mientras el 16% de los menores de 13 años había probado alguna vez bebidas alcohólicas, el 62.2% de los adolescentes de 13 a 17 años lo había hecho. En lo relativo al consumo de drogas ilegales, un 8.9% de la población

entre 13 y 17 años, afirmó haber probado drogas ilícitas alguna vez. (Valverde, O. et al., 2001).

En lo que respecta a los conflictos con la ley, la cantidad de adolescentes entre los 12 y los 18 años que había tenido conflictos con la Ley de Justicia Penal Juvenil, disminuyó de 302 en el 1997 a 226 en el 2000. Los adolescentes privados de libertad se alojaban en el Centro Juvenil Zurquí, el cual para setiembre del 2002, contaba con 50 varones y una mujer; a esa misma fecha había 344 adolescentes cumpliendo otras medidas alternativas. La mayoría de menores de edad en conflicto con la Ley Penal Juvenil tenía características comunes, como el lugar de residencia (zonas urbano-marginales), violencia intrafamiliar, bajo nivel de escolaridad y deterioro personal por el consumo, el abuso y la adicción a las drogas. (Díaz, M. et al., 2005).

Con respecto al suicidio, en el estudio de Valverde et al. del 2001, se observó que en los adolescentes de 10 a 12 años, el 10.7% expresó haber deseado hacerse daño o acabar con su vida en algún momento. En el grupo de 13 a 17 años, este porcentaje se elevó hasta el 20.2%. Se encontró además que un 10.2% de los adolescentes de 13 a 17 años habían intentado hacerse daño o acabar con su vida por lo menos en una ocasión.

Según registros sobre casos de suicidio en adolescentes del Organismo de Investigación Judicial, para 1999 no ocurrió ninguno entre menores de 15 años, pero en su lugar hubo un incremento de 6 personas comprendidas entre los 15 y los 19 años, cuyo volumen había sido bastante estable en los últimos tres años, destacando que 5 de estas 28 víctimas eran mujeres comprendidas entre los 15 y los 17 años. Para el año 2000, se registraron 263 suicidios, de los cuales 16 fueron menores de edad. (Díaz, M. et al., 2005).

Otro tema a considerar con respecto a la condición de los adolescentes de nuestro país, es el referente a los homicidios de personas jóvenes. Según datos del COSECODEN, reportados por Díaz et al. en el 2005, para el año 2002 hubo un total de 20 homicidios de personas de 19 años o menos, de los cuales 15 eran varones y 5 mujeres.

Tal como puede observarse a través de los datos anteriores, actualmente los adolescentes son expuestos a ambientes adversos en los cuales se despliegan diversos factores de riesgo, que operan como retos que deben ser superados para consolidar su sentido de identidad, tarea ineludible de la etapa adolescente. Es evidente que, para salir fortalecidos y exitosos de tal reto, los adolescentes requieren echar mano tanto de sus recursos personales como de recursos ambientales, y estar listos para emitir una respuesta resiliente.

Desafortunadamente, en nuestro país no se cuenta con un estudio que nos permita establecer el perfil de las dimensiones psicosociales asociadas a las respuestas resilientes; y, mucho menos, estudios que nos permitan establecer si efectivamente podemos partir de un modelo comprensivo y explicativo de la resiliencia basado en perfiles psicosociales; de manera que, los planes de prevención e intervención puedan orientarse a promover tales atributos.

De esta manera, resulta evidente la necesidad de crear un instrumento válido y confiable que permita medir las variables psicosociales asociadas al constructo de resiliencia, para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes, y poner a prueba el modelo explicativo de la resiliencia basado en estas variables psicosociales.

A partir de lo anterior, se presentan los objetivos de nuestra investigación.

C.1 OBJETIVOS GENERALES

- ✚ Realizar aportes al análisis de validez y confiabilidad de una serie de instrumentos que miden características psicosociales asociadas a la respuesta resiliente.
- ✚ Desarrollar un instrumento para la medición de la resiliencia en adolescentes.
- ✚ Establecer el perfil psicosocial asociado a la respuesta resiliente en un grupo de adolescentes no clínico del Gran Área Metropolitana.
- ✚ Poner a prueba un modelo explicativo de la resiliencia utilizando como predictores las características psicosociales.

C.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Evaluar las características psicométricas básicas de una serie de instrumentos sobre dimensiones psicosociales asociadas a la respuesta resiliente en una muestra no clínica de adolescentes.
- ✚ Desarrollar una medida de resiliencia a partir de la respuesta de la muestra a los eventos críticos acontecidos en sus vidas.
- ✚ Relacionar las características psicosociales y la medida de resiliencia.
- ✚ Describir el perfil psicosocial de los adolescentes altamente resilientes.
- ✚ Ejecutar un modelo discriminante y de regresión múltiple utilizando como variable dependiente la resiliencia y como predictores las características psicosociales.

D. METODOLOGÍA

D.1 PARTICIPANTES

La muestra utilizada en este estudio fue conformada por 340 adolescentes escolarizados, que asistían regularmente a centros educativos de las provincias de San José y Heredia. De los 340 participantes, 178 fueron mujeres (52.4%) y 162 fueron varones (47.6%); con una media de edad de 15.07 años y una desviación estándar de 1.53, donde la persona más joven tenía una edad de 12.0 años y la de mayor edad de 18.20 años. El 31.2% eran estudiantes de séptimo año de educación secundaria, el 14.4% asistían a octavo año, el 14.1% a noveno año, el 25.0% a décimo año y el 15.3% a undécimo año. Asimismo, el 51.2% asistía a un centro educativo regular, diurno y público, el 26.5% a un colegio técnico y el 21.8% a un centro educativo diurno y privado.

En los siguientes cuadros se observa la distribución por sexo (cuadro n°11), por edad (cuadro n°12), por año escolar que cursaban al momento del estudio (cuadro n°13) y por el tipo de colegio al cual asistían (cuadro n°14). Para todos los análisis estadísticos se consideraron únicamente los casos válidos. Los casos perdidos fueron excluidos dado que el participante no respondió a lo solicitado.

Cuadro n°11
Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	178	52.4
Masculino	162	47.6
Total	340	100.0

Cuadro n°12
Distribución de la muestra por edad

Casos válidos	338
Media	15.07
Desviación estándar	1.53
Mínimo	12.0
Máximo	18.2

Cuadro n°13
Distribución de la muestra por año escolar

	Frecuencia	Porcentaje
Séptimo	106	31.2
Octavo	49	14.4
Noveno	48	14.1
Décimo	85	25.0
Undécimo	52	15.3

Cuadro n°14
Distribución de la muestra por tipo de colegio al que asisten

	Frecuencia	Porcentaje
Colegio regular, diurno y público	174	51.2
Colegio diurno y privado	74	21.8
Colegio técnico	90	26.5
Total	340	100.0

Con base en la tenencia de artículos electrónicos, electrodomésticos, automotores y el tipo de vivienda, se estableció un Índice de Estatus Socioeconómico. El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach para el índice de estatus socioeconómico fue de 0.70, con un número de casos válidos de 335 y un total de ítems de 14, con una media muestral de 11.87, una desviación estándar de 2.07. Los datos anteriores pueden observarse en cuadro n°15.

Cuadro n°15
Estadísticos del Índice de Estatus Socioeconómico

Casos válidos	335
Alpha de Cronbach	0.70
N° de ítems	14
Media	11.87
Desviación estándar	2.07

Se realizó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba t-Student para establecer la existencia de diferencias en el promedio por sexo del índice de estatus socioeconómico. Tal como puede observarse en el cuadro n°16, el sexo femenino reporta una media inferior a la reportada por el sexo masculino ($t=-2.16$; $g.l.=333$; $sig=0.031$).

Cuadro n°16
Estadísticos de grupo para el Índice de Estatus Socioeconómico

Sexo	N	Media
Femenino	177	11.6441
Masculino	158	12.1329

Por otra parte, el 83.5% (333 casos) de la muestra reporta practicar alguna religión en contraste con el 14.4% (49 casos) que indica no hacerlo. La distribución por género sobre la práctica de alguna religión, se da de la siguiente manera: para el grupo femenino integrado por 176 sujetos, 153 personas reportaron practicar alguna religión en contraposición a 23 personas que indicaron no practicar ninguna; en el grupo masculino integrado por 156 sujetos, 131 personas afirmaron practicar alguna religión

contra 25 sujetos que indicaron no hacerlo. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°17 y en el n°18, los cuales se exponen a continuación.

Cuadro n° 17
¿Practicas alguna religión?

	Frecuencia	Porcentaje
No	49	14.4
Sí	284	83.5
Total	333	97.9

Cuadro n° 18
Distribución por género con respecto a la práctica de alguna religión

	Sí	No
Femenino	153	23
Masculino	131	25
Total	284	49

Con respecto a la presencia de padecimientos médicos que impliquen algún tratamiento, o bien, a la necesidad de recurrir a ayuda psicológica en algún momento de la vida, el 82.9% de la muestra refirió no presentar padecimientos médicos en contraposición al 15.3% (52 sujetos); mientras que el 77.6% indicó no haber necesitado ayuda psicológica en su vida, en contraposición al 20.6% (70 sujetos) que refirió sí haber recibido atención psicológica. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°19 y en el n°20.

Cuadro n° 19
Padecimiento médico que implique tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
No	282	82.9
Sí	52	15.3
Total	334	98.2

Cuadro n° 20
¿Has recibido atención psicológica?

	Frecuencia	Porcentaje
No	264	77.6
Sí	70	20.6
Total	334	98.2

Asimismo, la distribución por sexo de los participantes que presentan algún padecimiento médico para el cual reciben tratamiento, se da de la siguiente manera: de los 52 sujetos que presentan algún padecimiento médico que amerita tratamiento, 30 de ellos corresponden al género femenino y 22 al género masculino. Por su parte, de los 70 sujetos que afirmaron haber requerido atención psicológica en algún momento de su vida, 42 de ellos pertenecían al género femenino y 28 al género masculino. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°21 y en el cuadro n°22.

Cuadro n° 21
Distribución por género con respecto a padecimiento médico que amerite tratamiento

	Sí	No
Femenino	30	148
Masculino	22	133
Total	52	282

Cuadro n° 22
Distribución por género con respecto a necesidad de atención psicológica alguna vez en la vida

	Sí	No
Femenino	42	135
Masculino	28	128
Total	70	264

Se realizó un análisis de Chi Cuadrado de Pearson para determinar si existían diferencias significativas en la distribución por géneros con respecto a la práctica de alguna religión ($\chi^2=6.390$, $g.l.=2$, $sig.=0.041$), presencia de padecimiento médico que amerite tratamiento ($\chi^2=0.631$, $g.l.=2$, $sig.=0.729$) y/o necesidad de atención psicológica ($\chi^2=1.938$, $g.l.=2$, $sig.=0.379$). Los resultados indican que en la muestra el porcentaje de mujeres que practica alguna religión es mayor que el porcentaje de hombres que lo hacen. Con respecto a los otros rubros, no se encontraron diferencias entre sexos.

D.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron cuatro: a. la ficha de datos personales, b. el Inventario de Cualidades Resilientes para Adolescentes (ICREA), c. Cuestionario de Sucesos de Vida (life events), y d. Lista de Factores y Conductas de Riesgo, los cuales se encuentran en el anexo. A continuación se describe cada uno de estos instrumentos.

D.3.1 Ficha de datos personales

Consta de 13 ítems de pregunta cerrada. Los datos que se solicitaron fueron: edad (en años y meses), sexo, año escolar que cursa, tipo de colegio al cual asiste, personas con quien convive, artículos electrónicos, electrodomésticos y automotores presentes en el hogar, tipo de vivienda, personas que trabajan fuera del hogar, religión que practica, actividades a las que dedica su tiempo libre, presencia de padecimiento médico que amerite tratamiento y si ha requerido alguna vez atención psicológica.

D.3.2 Inventario de Cualidades Resilientes para Adolescentes (ICREA)

El ICREA es un inventario que está conformado por 143 ítems que integran 11 escalas, las cuales evalúan las características psicosociales que han sido asociadas al perfil de las personas resilientes, a saber: afectividad (positiva y negativa), autoeficacia, afrontamiento (activo y evasivo), locus de control (interno y externo), autoconcepto y satisfacción personal, sentido del humor, habilidades sociales (sociabilidad y empatía), prosocialidad, apoyo familiar percibido, apoyo de pares percibido y apoyo de otros significativos percibidos. Estas escalas fueron construidas con base en ítems extraídos de otros instrumentos elaborados previamente para investigaciones afines al tema de resiliencia, así como redacción propia de la investigadora, siendo analizados bajo el criterio de expertos (ver apartado E, Procedimiento). A continuación se describen las escalas que conformaron el instrumento.

D.3.2.1 La Escala de Afectividad

La escala de afectividad corresponde a la dimensión de motivación y afecto y permite conocer el estado emocional en el cual se encontraba el adolescente al momento de completar el instrumento. Para esto se utilizó la Escala de Afecto Negativo y Afecto Positivo (PANAS), la cual fue validada en nuestro país por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica (Chasiotis, Höfer y Campos, 2003).

Mediante un análisis de factores exploratorio se identificaron dos factores a través del método de componentes principales, utilizando la máxima variación posible (rotación varimax): a. factor 1: afecto negativo, y b. factor 2: afecto positivo. El primer factor (afecto negativo) explica el 20.45% de la varianza y el segundo factor (afecto positivo), explica el 18.88%, para un total de varianza explicada del 39.34%. En el cuadro n°23 se observa la forma en que cada ítem cargó hacia uno u otro factor.

Cuadro n°23
Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
Angustiado/a	.722	
Culpable	.709	
Nervioso/a	.708	

Asustado/a	.694	
Confundido/a	.669	
Molesto/a	.597	
Preocupado/a	.563	
Hostil	.521	
Avergonzado/a	.508	
Irritable	.487	
Entusiasmado/a		.735
Decidido/a		.685
Inspirado/a		.669
Atento/a		.665
Fuerte		.655
Activo/a		.648
Emocionado/a		.563
Interesado/a en las cosas		.493
Alerta	.348	.462
Orgullosa/a		.412

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Por otra parte, el análisis de consistencia interna mediante el alpha de Cronbach para la escala total de afectividad fue de 0.77, con un número de casos válidos de 293 y un total de ítems de 20, con una media de 41.41, una desviación estándar de 9.77 y una varianza de 95.45. A partir del análisis de factores se construyeron dos subescalas. La Subescala de Afecto Negativo mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.82, con 309 casos válidos y un total de 10 ítems, con una media de 14.43, una desviación estándar de 7.07. Por su parte, la Subescala de Afecto Positivo mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.79, con 310 casos válidos y un total de 10 ítems, con una media de 27.10, una desviación estándar de 6.52. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°24.

*Cuadro n°24.
Estadísticos de la Escala de Afectividad*

	<i>Escala total</i>	<i>Subescala Afecto Negativo</i>	<i>Subescala Afecto Positivo</i>
Casos válidos	293	309	310
Alpha de Cronbach	0.77	0.82	0.79
N° de ítems	20	10	10
Media	41.41	14.13	27.10
Desviación estándar	9.77	7.07	6.52
Varianza	95.45	49.98	42.50
Mínimo	0	0	0
Máximo	80	40	40

D.3.2.2 La Escala de Autoeficacia

La Escala de Autoeficacia permite conocer qué tan capaz se autopercibe el adolescente para emprender actividades y proyectos, por lo que corresponde a una dimensión cognitiva-conductual de la persona. Para la confección de esta escala se extrajeron ítems de la escala RSA de Hjemdal (2007), del Cuestionario de Salud Mental

Positiva de Lluich (2003), del Cuestionario de Autoeficacia de Soto y validado para la población mexicana por González y Valdez (2004) y del Inventario de Creencias Irracionales para Adolescentes de Cardeñoso y Calvete (2004). Los ítems redactados en negativo fueron revertidos al momento del análisis estadístico con el propósito de que todos puntuaran en la misma dirección y se facilitara su interpretabilidad. Esta escala fue construida a partir de una propuesta unidimensional en la escogencia de los ítems.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.79, con un número de casos válidos de 310 y un total de ítems de 15, con una media de 49.48, una desviación estándar de 5.92 y una varianza de 35.07. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°25.

Cuadro n°25. Estadísticos de la Escala de Autoeficacia

Casos válidos	310
Alpha de Cronbach	0.79
N° de ítems	15
Media	49.48
Desviación estándar	5.92
Varianza	35.07
Mínimo	31
Máximo	60

D.3.2.3 La Escala de Afrontamiento

La Escala de Afrontamiento permite conocer el estilo cognitivo y conductual con el cual el adolescente enfrenta los conflictos. Para su confección se extrajeron ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluich (2003), de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI de Cano, Rodríguez y García (2007), así como de la adaptación y validación de la versión hispana del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento CSQ de Guarino, Sojo y Bethelmy (2007).

Mediante un análisis de factores exploratorio se identificaron dos factores a través del método de componentes principales, utilizando la máxima variación posible (rotación varimax): a. factor 1: afrontamiento evasivo, y b. factor 2: afrontamiento activo. El primer factor (afrontamiento evasivo) explicó el 19.10% de la varianza y el segundo factor (afrontamiento activo), el 15.67%, para un total de varianza explicada del 34.77%. En el cuadro n°26 se observa la forma en que cada ítem cargó hacia uno u otro factor.

Cuadro n°26
Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
12. Pensé en acabar con mi vida.	.627	
9. Pensé que no había nada que pudiera hacer para poder resolverlo.	.626	

3. Me enojé y dejé todo tirado.	.617
10. Usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	.600
13. Me negué a creer que eso estaba pasando y lo dejé de lado.	.580
2. Dejé que el tiempo se encargara de resolverlo.	.573
7. Me puse a llorar.	.490
5. Me eché la culpa de lo que pasaba.	.485
1. Intenté buscar soluciones.	.727
8. Lo repasé una y otra vez en mi mente hasta poder verlo de una forma diferente.	.609
4. Me esforcé en resolver la situación.	.599
11. Hice cosas para mejorar la situación.	.589
6. Pedí ayuda a otras personas.	.546
14. Traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	.540
15. Acepté la realidad de eso estaba pasando.	.389

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Asimismo, la Subescala de Afrontamiento Evasivo mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.70, con 326 casos válidos y un total de 8 ítems, con una media de 14.49, una desviación estándar de 4.37. Por su parte, la Subescala de Afrontamiento Activo mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.65, con 327 casos válidos y un total de 7 ítems, con una media de 20.71, una desviación estándar de 3.70. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°27.

Cuadro n°27
Estadísticos de la Escala de Afrontamiento

	<i>Subescala Afrontamiento Evasivo</i>	<i>Subescala Afrontamiento Activo</i>
Casos válidos	326	327
Alpha de Cronbach	0.70	0.65
N° de ítems	8	7
Media	14.49	20.71
Desviación estándar	4.37	3.70
Varianza	19.14	13.72
Mínimo	8	7
Máximo	32	28

D.3.2.4 La Escala de Locus de Control

La Escala de Locus de Control permite conocer si la conducta del adolescente está mediada por su propio criterio o si es fácilmente influenciada por la opinión de los otros. Es una medida fuertemente influenciada por la cultura, sin embargo pertenece al ámbito de los estilos de personalidad del sujeto. Para su confección se extrajeron algunos ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (2003) y del Inventario de Creencias Irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004).

Mediante un análisis exploratorio de factores se identificaron dos factores a través del método de componentes principales, utilizando la máxima variación posible (rotación varimax): a. factor 1: locus de control externo, y b. factor 2: locus de control interno. El primer factor (Locus de Control Externo) explicó el 26.64% de la varianza y el segundo factor (Locus de Control Interno), explicó el 13.25%, para un total de varianza explicada del 39.89%. En el cuadro n°28 se observa la forma en que cada ítem cargó hacia el factor 1 o bien hacia el factor 2.

Cuadro n°28
Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
6. He hecho cosas que no me gustan sólo porque otras personas me dijeron que las hiciera.	.732	
8. Las opiniones de los demás influyen mucho cuando tengo que tomar una decisión.	.707	
11. Como dicen: "me dejo llevar la corriente".	.693	
14. Prefiero imitar lo que otros hacen que hacer las cosas a mi manera.	.655	
5. Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	.647	
1. Me dejo llevar por lo que los demás me dicen.	.638	
10. Prefiero que otros decidan por mí.	.604	
7. Tengo opiniones propias.		.685
9. Respetuosamente defiendo mis puntos de vista ante los otros.		.640
3. Aunque a veces tenga opiniones diferentes a las de mis amigos, les hago saber las mías.		.613
12. Puedo tomar mis propias decisiones.		.607
15. Me siento libre para tomar mis propias decisiones.		.573
4. Si cometo un error, sé que puedo remediarlo.		.551
13. Le presto más atención a lo que yo quiero hacer que a lo que los otros quieren que haga.		.484

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Con respecto a la consistencia interna de las subescalas, la Subescala de Locus de Control Externo mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.80, con 323 casos válidos y un total de 7 ítems, con una media de 12.04, una desviación estándar. Por su parte, la Subescala de Locus de Control Interno mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.63, con 324 casos válidos y un total de 8 ítems, con una media de 26.14, una desviación estándar de 3.5. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°29.

Cuadro n°29
Estadísticos de la Escala de Locus de Control

	Subescala Locus de Control Externo	Subescala Locus de Control Interno
Casos válidos	323	324
Alpha de Cronbach	0.80	0.63

N° de ítems	7	8
Media	12.04	26.14
Desviación estándar	3.95	3.50
Varianza	15.63	12.24
Mínimo	7	12
Máximo	26	32

D.3.2.5 La Escala de Autoconcepto y Satisfacción Personal

La Escala de Autoconcepto y Satisfacción Personal permite conocer la imagen (positiva o negativa) que el adolescente tiene de sí mismo y a su vez, qué tan satisfecho se siente consigo mismo, lo que corresponde a una dimensión cognitiva de la persona. Para su confección se extrajeron ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (2003) y del Inventario de Creencias Irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004). Para su análisis, se utilizaron únicamente los ítems redactados en positivo, obteniéndose una escala unidimensional.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.68, con un número de casos válidos de 324 y un total de ítems de 7, con una media de 24.28, una desviación estándar de 2.97. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°30.

Cuadro n°30
Estadísticos de la Escala
de Autoconcepto y Satisfacción Personal

Casos válidos	324
Alpha de Cronbach	0.68
N° de ítems	7
Media	24.28
Desviación estándar	2.97
Varianza	8.86
Mínimo	11
Máximo	28

D.3.2.6 La Escala de Sentido del Humor

La Escala de Sentido del Humor permite conocer la sensibilidad del adolescente para percibir el lado humorístico de las situaciones. Es una medida asociada con el ámbito emotivo de la personalidad. Para su confección se extrajeron algunos ítems de la escala SHQ de Svebak, de la escala CHS de Martin y Lefcourt y su versión ampliada la SHRQ, y de la escala MSHS de Thorson y Powell. (Carbelo y Jáuregui, 2006). Dado que esta escala se elaboró desde un supuesto de unidimensionalidad, no se le aplicó un análisis de factores.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.77, con un número de casos válidos de 326 y un total de ítems de 7, con una media de 22.80, una desviación estándar de 3. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°31.

Cuadro n°31
Estadísticos de la Escala
de Sentido del Humor

Casos válidos	326
Alpha de Cronbach	0.77
N° de ítems	7
Media	22.80
Desviación estándar	3.99
Varianza	15.97
Mínimo	6.0
Máximo	33.0

D.3.2.7 La Escala de Habilidades Sociales

La Escala de Habilidades Sociales permite conocer las competencias que posee el adolescente para interactuar con otros así como su interés interpersonal. Esta escala se ubica en el ámbito de la evaluación conativa o de los estilos de comportamiento. Para su confección se extrajeron ítems de la escala RSA de Hjemdal (2007), del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (2003) y del Cuestionario de Reflexión sobre la vida sociomoral de Tapia, Castro y Monestel (2007). Cabe señalar que, dado que la mayoría de los ítems fueron redactados en negativo, éstos no fueron revertidos, de manera que para su interpretación deberá considerarse que, un puntaje alto en las subescalas indica la carencia de las variables evaluadas. Por ejemplo: un puntaje alto en empatía, deberá interpretarse como ausencia de empatía.

La escala está compuesta por dos medidas distintas pero que se encuentran ambas dentro de la esfera de las habilidades sociales. El análisis exploratorio de factores identificó dos factores a través del método de componentes principales, utilizando la máxima variación posible (rotación varimax): sociabilidad (factor 1) y empatía (factor 2). El primer factor (sociabilidad) explicó el 29.57% de la varianza y el segundo factor (empatía), el 11.48%, para un total de varianza explicada del 41.06%. En el cuadro n°32 se observa la forma en que cada ítem cargó hacia uno u otro factor.

Cuadro n°32
Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
1. Encuentro dificultades para hablar con la gente.	.808	
9. Me considero una persona tímida.	.741	
15. Me da vergüenza hablar con los otros.	.723	

5. Creo que soy una persona sociable.			- .707
2. Consigo la amistad de la persona que yo deseo.			- .498
6. Fácilmente me puedo poner en el lugar de los otros y comprender lo que les pasa.			- .331
14. Me considero una persona solitaria.		.327	
12. Me da lo mismo que los otros estén bien o mal, mientras no se metan conmigo.			.799
13. Me aburren los problemas de los demás, por más amigos que sean.			.754
11. No soporto cuando los otros me cuentan sus problemas.			.676
4. Me gusta apoyar a los otros.			- .635
7. Prefiero pasar desapercibido.	.423		.469
8. Me gusta participar activamente en las conversaciones con mis amigos.	- .413		- .453
3. Para mí es difícil comprender los sentimientos de los demás.			.309

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Con respecto a la consistencia interna de las escalas pertenecientes a la esfera interpersonal, la Subescala de Sociabilidad mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.75, con 328 casos válidos y un total de 5 ítems, con una media de 9.24, una desviación estándar de 3.02. Por su parte, la Subescala de Empatía mostró un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.70, con 325 casos válidos y un total de 5 ítems, con una media de 7.94, una desviación estándar de 2.69. Estos datos pueden observarse en el cuadro n°33.

Cuadro n°33
Estadísticos de la Escala de Habilidades Sociales

	<i>Escala de Sociabilidad</i>	<i>Escala de Empatía</i>
Casos válidos	328	325
Alpha de Cronbach	0.75	0.70
N° de ítems	5	5
Media	9.24	7.94
Desviación estándar	3.02	2.69
Varianza	9.17	7.27
Mínimo	5	5
Máximo	19	18

D.3.2.8 La Escala de Conducta Prosocial

La Escala de Conducta Prosocial permite conocer la presencia de conductas orientadas al beneficio de otras personas. Esta escala pertenece al ámbito de evaluación del aspecto conativo de los estilos de comportamiento. Para su confección se extrajeron ítems del Cuestionario de Reflexión sobre la vida sociomoral de Tapia, Castro y Monestel (2007). Dado que esta escala se elaboró desde un modelo unidimensional, no se le realizó un análisis de factores.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.69, con número de casos válidos de 313 y un total de ítems de 7, con una media de 34.24, una desviación estándar de 3.93. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°34.

Cuadro n°34.
Estadísticos de la Escala
de Conducta Prosocial

Casos válidos	313
Alpha de Cronbach	0.69
N° de ítems	9
Media	34.24
Desviación estándar	3.93
Varianza	14.13
Mínimo	21
Máximo	40

D.3.2.9 La Escala de Apoyo Familiar Percibido

La escala de apoyo familiar percibido permite conocer la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo familiar. Es una escala de valoración de una de las esferas del ámbito interpersonal. Para su confección se extrajeron ítems de la escala RSA de Hjemdal (2007) y de la adaptación a nuestro país de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson FACES III, llevada a cabo por Rojas (1989). En vista de que esta escala está construida como un índice de hechos que el sujeto tiene o carece, el carácter unidimensional lo aporta la esfera que provee el apoyo, en este caso, la esfera familiar.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.91, con un número de casos válidos de 306 y un total de ítems de 15, con una media de 48.60, una desviación estándar de 8.88. Estos datos pueden observarse en el cuadro n°35.

Cuadro n°35.
Estadísticos de la Escala
de Apoyo Familiar Percibido

Casos válidos	306
Alpha de Cronbach	0.91
N° de ítems	15
Media	48.60
Desviación estándar	8.88
Varianza	78.92
Mínimo	18
Máximo	60

D.3.2.10 La Escala de Apoyo Percibido del Grupo de Pares

La Escala de Apoyo Percibido del Grupo de Pares, permite conocer la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo de pares. Esta escala pertenece al ámbito de evaluación de la esfera interpersonal del adolescente. Para su confección se extrajeron ítems del Inventario de Creencias Irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004). Al igual que la escala anterior, dado que la escala está compuesta por un índice de hechos que el sujeto posee o carece, el carácter unidimensional lo aporta la esfera del grupo de pares ya que es la que provee el apoyo que el sujeto percibe.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.87, con número de casos válidos de 313 y un total de ítems de 15, con una media de, una desviación estándar de 6.99. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°36.

Cuadro n°36.
Estadísticos de la Escala
de Apoyo Percibido del grupo de Pares

Casos válidos	313
Alpha de Cronbach	0.87
N° de ítems	15
Media	51.45
Desviación estándar	6.99
Varianza	48.92
Mínimo	16
Máximo	40

D.3.2.11 La Escala de Apoyo Percibido de otros significativos

La Escala de Apoyo Percibido de Otros Significativos permite conocer la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de otras figuras significativas, fuera del ámbito familiar o de su grupo de pares. Esta escala pertenece al ámbito de medición de la esfera interpersonal del adolescente. Para su confección se extrajeron ítems de la escala RSA de Hjemdal (2007). Al igual que las dos escalas anteriores, el carácter unidimensional lo aporta la esfera del grupo de otros significativos ya que es la que provee el apoyo que el sujeto percibe.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de la escala fue de 0.83, con un número de casos válidos de 305 y un total de ítems de 15, con una media de 50.42 y una desviación estándar de 6.64. Los datos descritos pueden observarse en el cuadro n°37.

Cuadro n°37.
Estadísticos de la Escala
de Apoyo Percibido de otros significativos

Casos válidos	305
Alpha de Cronbach	0.83
N° de ítems	15
Media	50.42
Desviación estándar	6.64
Varianza	44.21
Mínimo	24
Máximo	60

D.3.3 Cuestionario de Sucesos de Vida (Life Events)

Se utilizó el Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes, elaborado por Lucio et al. en el 2001. El cuestionario original estuvo conformado por una lista de 71 eventos (estresantes y neutros) y su validación se llevó a cabo por el método de jueces, solicitando el criterio de 30 expertos. El cuestionario abarcó las siguientes áreas: familiar, escolar, social, sexualidad, logros y fracasos, recursos económicos, salud y problemas de conducta.

D.3.4 Lista de factores y conductas de riesgo

Se confeccionó una lista de 39 factores y conductas de riesgo, a partir de los hallazgos de la investigación llevada a cabo por Valverde et al. (2001) en nuestro país. De esta manera, se les solicitó a los adolescentes indicar si alguna vez habían llevado a cabo una de las acciones descritas, a través de una lista de cotejo con sólo dos opciones de respuesta (SÍ-NO).

Para el análisis de las conductas de riesgo llevadas a cabo por los adolescentes participantes en la investigación, se elaboró un índice global de conductas de riesgo, compuesto por la sumatoria de tres subíndices de conductas de riesgo (conductas de riesgo en el pasado; conductas de riesgo por exposición o ambiental; conductas de riesgo en el presente). El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach para el índice global de conductas de riesgo fue de 0.87, con un número de casos válidos de 300 y un total de ítems de 35. Los datos anteriores pueden observarse en el cuadro n°38.

Cuadro n°38	
Estadísticos del Índice Global de Conducta de Riesgo	
Casos válidos	300
Alpha de Cronbach	0.87
N° de ítems	35

Por su parte, los estadísticos psicométricos de los subíndices que componen el índice global de conducta de riesgo total se presentan en el cuadro n°39, el cual se expone a continuación:

	Subíndice conductas riesgo en el presente	Subíndice conductas riesgo por exposición	Subíndice conductas riesgo en el pasado
Casos válidos	322	321	316
Alpha de Cronbach	0.72	0.70	0.70
N° de ítems	10	13	12
Media	1.75	3.15	1.85
Desviación estándar	1.89	2.46	2.03
Varianza	3.60	6.08	4.15

Asimismo, con el propósito de determinar la presencia de diferencias significativas por sexo para cada subíndice, se realizó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba t-student, sin que se encontraran diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los subíndices de riesgo (*subíndice de riesgo por exposición: $t=-0.667$; g.l.=318; sig=0.505*; *subíndice de conductas de riesgo en el momento presente: $t=-0.435$; g.l.=313; sig=0.664*; *subíndice de conductas de riesgo en el pasado: $t=-0.641$; g.l.=297; sig=0.522*).

Por otra parte, con respecto a la correlación entre la edad y el índice de conducta de riesgo total, así como entre la edad y los tres subíndices de conductas de riesgo, mediante el estadístico correlación de Pearson, se encontró una correlación significativa positiva entre la edad y los anteriores índices (*índice de riesgo total: $r=0.364$, sig=0.000, N=299*; *subíndice conductas de riesgo en el pasado: $r=0.321$, sig=0.000, N=321*; *subíndice conductas de riesgo en el presente: $r=0.117$, sig=0.002, N=315*; *subíndice conductas de riesgo por exposición: $r=0.359$, sig=0.000, N=320*), de forma que conforme aumenta la edad en los participantes, aumentan también las conductas de riesgo.

Con respecto al índice socioeconómico y las conductas de riesgo, mediante el estadístico correlación de Pearson, se encontró una correlación significativa positiva entre el índice socioeconómico y el subíndice de las conductas de riesgo en el momento presente (*$r=0.121$; sig=0.033; N=312*), de manera que conforme aumenta el índice socioeconómico aumentan también las conductas de riesgo por parte de los participantes en el momento actual. Con respecto al índice socioeconómico y los restantes subíndices de riesgo así como el índice de conducta de riesgo total, no se encontraron correlaciones significativas.

E. PROCEDIMIENTO



Esta investigación dio inicio con una primera etapa de revisión de bibliografía científica con el propósito de definir el constructo de resiliencia y de conocer la metodología que se ha empleado en diversas investigaciones para evaluar las variables implícitas de tal concepto. Así, se confeccionó un Inventario de Cualidades Resilientes dirigido a la población adolescente, el cual se denominó ICREA por sus siglas.

Posteriormente se solicitó a tres expertos en el tema (dos Psicólogos Clínicos y un Psiquiatra Infanto – Juvenil, los cuales trabajan directamente con esta población en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Nacional de Niños y el Programa de Atención Integral al Adolescente –PAIA-), la revisión del instrumento en cuanto a la redacción de los ítems y a la validez ecológica.

Los expertos recomendaron que los ítems fueran redactados en afirmativo ya que las oraciones en negativo podían generar confusión. Asimismo sugirieron acortar el instrumento ya que era bastante extenso, aunque lo consideraron completo en cuanto a las áreas que abarcaba. Con respecto a los ítems específicos para cada constructo, únicamente tres de ellos contaron con la sugerencia de eliminarlos por parte de dos de los tres expertos consultados, estos ítems pertenecían a la escala de sentido del humor (ítem #10: *“Pienso que las personas graciosas o divertidas en realidad son unas irresponsables”*), a la escala de conducta prosocial (ítem #2: *“No pienso en las necesidades de los otros”*) y a la escala de apoyo percibido de otros significativos (ítem #10: *“No hay un solo lugar donde me sienta apoyado”*).

Luego se aplicó el instrumento a un grupo focal de 6 adolescentes que compartían las características de la muestra. Este grupo estuvo conformado por 3 mujeres y 3 varones, los cuales asistían a un colegio regular, diurno y público de Alajuela, con edades que oscilaban entre los 13 y los 17 años y que se encontraban cursando los 5 años de educación secundaria. Dos de ellos habían repetido algún año de secundaria.

El grupo focal no reportó dificultad en la comprensión de los ítems del instrumento, ni siquiera en los ítems redactados en negativo, y si bien señalaron que el inventario era bastante extenso y en ocasiones repetitivo, los ítems les resultaron interesantes ya que *“abarca todos los temas que tienen que ver con uno, con lo que uno vive, con lo que uno siente, de cómo lo tratan los otros, de cómo se siente en la familia, y eso lo hace interesante”*, refirió un adolescente masculino de 14 años. A pesar de lo extenso del instrumento, el mismo fue completado por los adolescentes con una duración de 25 a 35 minutos aproximadamente, incluyendo la ficha de datos personales y las pruebas concurrentes.

Una vez se contó con el criterio de los expertos y del grupo focal, se aplicó el instrumento a la muestra junto con las pruebas concurrentes. La muestra fue elegida por conveniencia. La aplicación se realizó en centros educativos de Heredia y San José, a los cuales asistían los adolescentes durante horario lectivo, para lo cual se

contó con el visto bueno de los directores y profesores de los colegios y con el consentimiento de los adolescentes quienes participaron voluntariamente.

La aplicación del instrumento y de las pruebas concurrentes fue realizada por asistentes del Instituto de Investigaciones Psicológicas, quienes son estudiantes de Licenciatura de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica y se encuentran debidamente entrenados para tal actividad. La aplicación del inventario y las pruebas concurrentes se realizó de forma grupal entre los meses de octubre y noviembre del 2008.

Concluida la etapa de campo, se procedió a montar la base de datos y a realizar el análisis estadístico de los mismos, con apoyo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, utilizando el programa estadístico SPSS Statistics versión 17.0.

Finalmente, se procedió a la redacción del informe de investigación.



F. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación en cuanto a diferencias entre sexos, entre grupos de edad, entre tipos de colegio y con respecto al índice socioeconómico, así como las correlaciones entre las características psicosociales medidas a través del inventario ICREA. Finalmente, se establece la relación entre la medida de resiliencia y las variables psicosociales con el propósito de poner a prueba el modelo explicativo del fenómeno de resiliencia basado en factores psicosociales.

F.1 Diferencias por sexo

Para conocer la presencia de diferencias significativas por sexo en las diferentes dimensiones psicosociales evaluadas, se realizó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba t de Student, a través del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro n°40
Diferencias por sexo

Escala	Género	M	D.E	t	g.l	Sig
Afecto Positivo	<i>Femenino</i>	26.49	6.74	-1.85	308.36	0.06
	<i>Masculino</i>	27.86	6.23			
Afecto Negativo	<i>Femenino</i>	14.82	7.14	1.12	303.55	0.06
	<i>Masculino</i>	13.92	6.98			
Autoeficacia	<i>Femenino</i>	48.70	6.19	-2.39	307	0.01*
	<i>Masculino</i>	50.31	5.51			
Afrontamiento Evasivo	<i>Femenino</i>	15.24	4.68	3.22	323	0.00*
	<i>Masculino</i>	13.69	3.85			
Afrontamiento Activo	<i>Femenino</i>	20.96	3.82	1.29	323.49	0.19
	<i>Masculino</i>	20.43	3.56			
Locus de Control Externo	<i>Femenino</i>	11.78	3.85	-1.30	309.19	0.19
	<i>Masculino</i>	12.36	4.05			
Locus de Control Interno	<i>Femenino</i>	26.22	3.54	0.434	317.95	0.66
	<i>Masculino</i>	26.05	3.46			
Autoconcepto y satisfacción personal	<i>Femenino</i>	24.18	3.24	-0.73	321	0.46
	<i>Masculino</i>	24.42	2.64			
Sentido del Humor	<i>Femenino</i>	19.41	3.60	-1.49	323.98	0.13
	<i>Masculino</i>	19.97	3.13			
Sociabilidad	<i>Femenino</i>	9.09	3.11	-0.91	324.86	0.36
	<i>Masculino</i>	9.40	2.93			
Empatía	<i>Femenino</i>	7.59	2.61	-2.44	316.77	0.01*
	<i>Masculino</i>	8.32	2.74			
Conducta Prosocial	<i>Femenino</i>	34.92	3.77	3.26	297.74	0.00*
	<i>Masculino</i>	33.47	4.01			
Apoyo familiar percibido	<i>Femenino</i>	47.72	10.14	-1.82	303	0.06
	<i>Masculino</i>	49.58	7.11			
Apoyo percibido del grupo de pares	<i>Femenino</i>	51.89	6.90	1.14	302.52	0.25
	<i>Masculino</i>	50.97	7.10			

Apoyo percibido de otros significativos	<i>Femenino</i>	50.06	7.45	-1.01	303	0.30
	<i>Masculino</i>	50.83	5.61			

Significación * p<0.05 **p<0.01

En el cuadro n°40 se presentan diferencias significativas entre sexos en las características psicosociales de autoeficacia, afrontamiento evasivo, empatía y conducta prosocial. Con respecto a la autoeficacia, los hombres reportan un nivel de autoeficacia autoatribuida mayor al reportado por las mujeres, mientras que en lo que respecta al estilo de afrontamiento evasivo, las mujeres reportan una mayor tendencia a utilizar estrategias evasivas en comparación con los hombres. Por otra parte, considerando que los ítems que conforman la escala de habilidades sociales no fueron revertidos por encontrarse la mayoría redactados en negativo, el grupo de los hombres reporta una mayor ausencia de empatía en sus relaciones interpersonales en comparación con el grupo de las mujeres; sin embargo, los hombres se atribuyen mayores conductas prosociales que sus compañeras.

F.2 Correlaciones con la edad

Para conocer la presencia de correlaciones significativas con respecto a la edad en las diferentes variables evaluadas, se realizó un análisis mediante la correlación de Pearson, obteniéndose los resultados que se presentan a continuación:

*Cuadro n°41
Correlaciones con la edad*

Escala	r	sig	N
Afecto positivo	-0.02	0.69	311
Afecto negativo	0.14*	0.01	310
Autoeficacia	-0.01	0.81	308
Afrontamiento evasivo	0.02	0.62	324
Afrontamiento activo	0.00	0.96	325
Locus de control externo	-0.07	0.19	321
Locus de control interno	0.18*	0.00	322
Autoconcepto y satisfacción personal	0.06	0.24	322
Sentido del humor	0.13*	0.01	325
Sociabilidad	-0.04	0.37	326
Empatía	-0.24*	0.00	323
Conducta Prosocial	0.06	0.24	312
Apoyo familiar percibido	-0.13*	0.01	304
Apoyo percibido del grupo de pares	0.07	0.21	311
Apoyo percibido de otros significativos	0.06	0.28	304

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Como puede observarse en el cuadro n°41, se encontró una correlación positiva y significativamente baja entre la edad y el afecto negativo, el locus de control interno y el sentido del humor; así como una correlación negativa y significativamente baja entre la edad y la empatía y el apoyo familiar percibido. Lo anterior indica que, conforme aumenta la edad, tiende también a incrementarse la presencia de afectos negativos, el

locus de control interno y el sentido del humor, mientras que tiende a disminuir la ausencia de empatía y la percepción del apoyo que se recibe del núcleo familiar.

F.3 Diferencias por tipo de colegio

Para conocer la presencia de diferencias significativas con respecto al tipo de colegio al cual asisten los adolescentes de la muestra y las diferentes variables psicosociales evaluadas, se realizó un análisis comparativo por contraste de medias mediante la prueba ONEWAY, obteniendo los siguientes resultados:

Cuadro n°42
Diferencias por tipo de colegio

Escala	Tipo de colegio	x	D.E	F	g.l	Sig
Afecto Positivo	<i>Público, diurno, regular</i>	27.32	7.23	1.57	2	0.20
	<i>Privado diurno</i>	27.86	5.25			
	<i>Técnico</i>	26.11	6.09			
Afecto Negativo	<i>Público, diurno, regular</i>	13.00	7.13	5.55	2	0.00
	<i>Privado diurno</i>	15.71	6.29			
	<i>Técnico</i>	15.59	7.17			
Autoeficacia	<i>Público, diurno, regular</i>	49.42	6.03	0.02	2	0.97
	<i>Privado diurno</i>	49.60	5.70			
	<i>Técnico</i>	49.41	5.93			
Afrontamiento Evasivo	<i>Público, diurno, regular</i>	14.34	4.53	0.18	2	0.83
	<i>Privado diurno</i>	14.71	4.69			
	<i>Técnico</i>	14.42	3.70			
Afrontamiento Activo	<i>Público, diurno, regular</i>	20.20	4.17	4.72	2	0.00
	<i>Privado diurno</i>	21.79	3.05			
	<i>Técnico</i>	20.83	3.03			
Locus de Control Externo	<i>Público, diurno, regular</i>	11.38	3.83	6.26	2	0.00
	<i>Privado diurno</i>	13.30	4.29			
	<i>Técnico</i>	12.33	3.67			
Locus de Control Interno	<i>Público, diurno, regular</i>	25.94	3.72	0.93	2	0.39
	<i>Privado diurno</i>	25.98	3.03			
	<i>Técnico</i>	26.55	3.33			
Autoconcepto y satisfacción personal	<i>Público, diurno, regular</i>	24.32	3.03	0.27	2	0.76
	<i>Privado diurno</i>	24.36	2.77			
	<i>Técnico</i>	24.06	3.02			
Sentido del Humor	<i>Público, diurno, regular</i>	19.50	3.59	0.48	2	0.61
	<i>Privado diurno</i>	19.98	3.18			
	<i>Técnico</i>	19.68	3.32			
Sociabilidad	<i>Público, diurno, regular</i>	8.97	2.89	1.73	2	0.17
	<i>Privado diurno</i>	9.33	3.00			
	<i>Técnico</i>	9.70	3.25			
Empatía	<i>Público, diurno, regular</i>	7.87	2.59	1.81	2	0.16
	<i>Privado diurno</i>	8.41	2.96			
	<i>Técnico</i>	7.62	2.46			
Conducta Prosocial	<i>Público, diurno, regular</i>	34.59	4.06	1.68	2	0.18
	<i>Privado diurno</i>	34.25	3.79			
	<i>Técnico</i>	33.63	3.77			
Apoyo familiar	<i>Público, diurno, regular</i>	48.44	9.23	2.04	2	0.13

percibido	<i>Privado diurno</i>	50.48	8.81			
	<i>Técnico</i>	47.60	8.16			
Apoyo percibido del grupo de pares	<i>Público, diurno, regular</i>	51.73	7.58	0.29	2	0.74
	<i>Privado diurno</i>	51.22	6.27			
	<i>Técnico</i>	51.06	6.46			
Apoyo percibido de otros significativos	<i>Público, diurno, regular</i>	51.31	6.82	2.85	2	0.05
	<i>Privado diurno</i>	49.88	6.65			
	<i>Técnico</i>	49.29	6.06			

63

En el cuadro n°43 se presentan las comparaciones múltiples entre los tres tipos de colegio con el propósito de identificar el tipo de colegio donde se encuentra la diferencia significativa con respecto a las variables psicosociales al compararse con los otros tipos de colegio.

Cuadro n°43
Comparaciones múltiples entre tipos de colegio

Variable dependiente	(I) ¿A qué tipo de institución asistes?	(J) ¿A qué tipo de institución asistes?	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Afecto Positivo	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.54	0.84
		Técnico	1.21	0.38
	Privado diurno	Público, diurno, regular	0.54	0.84
		Técnico	1.75	0.24
	Técnico	Público, diurno, regular	-1.21	0.38
		Privado diurno	-1.75	0.24
Afecto Negativo	Público, diurno, regular	Privado diurno	-2.70*	0.03
		Técnico	-2.59*	0.02
	Privado diurno	Público, diurno, regular	2.70*	0.03
		Técnico	0.11	0.99
	Técnico	Público, diurno, regular	2.59*	0.02
		Privado diurno	-0.11	0.99
Autoeficacia	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.18	0.97
		Técnico	0.00	1.00
	Privado diurno	Público, diurno, regular	0.18	0.97
		Técnico	0.18	0.98
	Técnico	Público, diurno, regular	-0.00	1.00
		Privado diurno	-0.18	0.98
Afrontamiento evasivo	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.37	0.83
		Técnico	-0.07	0.99
	Privado diurno	Público, diurno, regular	0.37	0.83
		Técnico	0.29	0.91
	Técnico	Público, diurno, regular	0.07	0.99
		Privado diurno	-0.29	0.91
Afrontamiento activo	Público, diurno, regular	Privado diurno	-1.58*	0.01
		Técnico	-0.62	0.43
	Privado diurno	Público, diurno, regular	1.58*	0.01
		Técnico	0.96	0.25
	Técnico	Público, diurno, regular	0.62	0.43
		Privado diurno	-0.96	0.25
Locus de control externo	Público, diurno, regular	Privado diurno	-1.92*	0.00
		Técnico	-0.95	0.18
	Privado diurno	Público, diurno, regular	1.92*	0.00
		Técnico	0.97	0.30
	Técnico	Público, diurno, regular	0.95	0.18

		Privado diurno	-0.97	0.30
Locus de control interno	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.03	0.99
		Técnico	-0.61	0.41
		Privado diurno	Público, diurno, regular	0.03
	Técnico	Técnico	-0.57	0.60
		Público, diurno, regular	0.61	0.41
		Privado diurno	0.57	0.60
Autoconcepto y satisfacción personal	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.03	0.99
		Técnico	0.26	0.80
		Privado diurno	Público, diurno, regular	0.03
	Técnico	Técnico	0.29	0.82
		Público, diurno, regular	-0.26	0.80
		Privado diurno	-0.29	0.82
Sentido del humor	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.47	0.61
		Técnico	-0.17	0.92
		Privado diurno	Público, diurno, regular	0.47
	Técnico	Técnico	0.30	0.85
		Público, diurno, regular	0.17	0.92
		Privado diurno	-0.30	0.85
Sociabilidad	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.36	0.70
		Técnico	-0.73	0.18
		Privado diurno	Público, diurno, regular	0.36
	Técnico	Técnico	-0.36	0.74
		Público, diurno, regular	0.73	0.18
		Privado diurno	0.36	0.74
Empatía	Público, diurno, regular	Privado diurno	-0.53	0.36
		Técnico	0.25	0.76
		Privado diurno	Público, diurno, regular	0.53
	Técnico	Técnico	0.79	0.17
		Público, diurno, regular	-0.25	0.76
		Privado diurno	-0.79	0.17
Conducta prosocial	Público, diurno, regular	Privado diurno	0.34	0.83
		Técnico	0.96	0.18
		Privado diurno	Público, diurno, regular	-0.34
	Técnico	Técnico	0.62	0.62
		Público, diurno, regular	-0.96	0.18
		Privado diurno	-0.62	0.62
Apoyo familiar percibido	Público, diurno, regular	Privado diurno	-2.03	0.30
		Técnico	0.83	0.77
		Privado diurno	Público, diurno, regular	2.03
	Técnico	Técnico	2.87	0.14
		Público, diurno, regular	-0.83	0.77
		Privado diurno	-2.87	0.14
Apoyo percibido de pares	Público, diurno, regular	Privado diurno	0.51	0.88
		Técnico	0.67	0.77
		Privado diurno	Público, diurno, regular	-0.51
	Técnico	Técnico	0.16	0.99
		Público, diurno, regular	-0.67	0.77
		Privado diurno	-0.16	0.99
Apoyo percibido de otros	Público, diurno, regular	Privado diurno	1.43	0.33
		Técnico	2.01	0.08
		Privado diurno	Público, diurno, regular	-1.43
	Técnico	Técnico	0.58	0.86
		Público, diurno, regular	-2.01	0.08
		Privado diurno	-0.58	0.86

Significación * p<0.05 **p<0.01

Tal y como puede observarse en el cuadro anterior, se encontraron diferencias significativas en cuanto al afecto negativo, al afrontamiento activo y al locus de control externo, de acuerdo al tipo de colegio al cual asisten los participantes. Con respecto al afecto negativo, los asistentes a colegios privados diurnos y a colegios técnicos, reportan mayor afecto negativo que los asistentes a colegios públicos, diurnos y regulares. De igual forma, los asistentes a colegios privados reportan mayor uso de estrategias de afrontamiento activo que los asistentes a colegios públicos, diurnos y regulares; sin embargo, los asistentes a colegios privados también reportan una mayor tendencia a guiar su conducta por un locus de control externo, en comparación con los asistentes a colegios públicos, diurnos y regulares.

F.4 Correlaciones con el índice socioeconómico

Para conocer las correlaciones entre las variables psicosociales evaluadas y el índice socioeconómico de los participantes, se utilizó el estadístico de correlación de Pearson, mediante el cual se encontraron los siguientes resultados:

Cuadro n°44
Correlaciones con el índice socioeconómico

Escala	r	sig	N
Afecto positivo	0.11*	0.04	308
Afecto negativo	0.00	0.92	306
Autoeficacia	0.03	0.58	308
Afrontamiento evasivo	0.10	0.05	321
Afrontamiento activo	0.02	0.62	322
Locus de control externo	0.06	0.24	319
Locus de control interno	0.09	0.10	321
Autoconcepto y satisfacción personal	-0.02	0.70	320
Sentido del humor	0.12*	0.03	322
Sociabilidad	-0.04	0.38	324
Empatía	0.01	0.85	320
Conducta Prosocial	0.05	0.35	310
Apoyo familiar percibido	0.01	0.84	301
Apoyo percibido del grupo de pares	0.10	0.05	310
Apoyo percibido de otros significativos	-0.03	0.56	300

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Como puede observarse en el cuadro n°44, se encontraron correlaciones positivas y significativamente bajas entre el índice socioeconómico y el afecto positivo y el sentido del humor. Lo anterior indica que a mayor índice socioeconómico, mayor afecto positivo y mayor sentido del humor.

F.5 Correlaciones entre las dimensiones psicosociales

Para conocer la presencia de correlaciones significativas entre las variables psicosociales evaluadas mediante las escalas que conforman el inventario, se realizó un análisis mediante la correlación de Pearson, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro n°45
Correlaciones entre las dimensiones psicosociales

		Afecto Negativo	Afrontamiento evasivo	Afrontamiento activo	LC externo	LC interno	Sentido del humor	Sociabilidad	Empatía	Cx Pro-social	Apoyo familiar percibido	Apoyo percibido de pares	Apoyo percibido de otros	Autoeficacia	Autoconcepto y satisfacción personal
Afecto Positivo	r	.018	-.045	.326*	-.021	.384*	.366*	-.281*	-.076	.204	.207	.158*	.293	.436*	.411*
	Sig.	.757	.433	.000	.721	.000	.000	.000	.189	.000	.000	.007	.000	.000	.000
	N	296	300	302	298	300	301	302	297	290	281	289	282	288	297
Afecto Negativo	r		.479*	-.085	.464*	-.138	-.052	.261	.069	-.214	-.321	-.218	-.295	-.464*	-.277*
	Sig.		.000	.139	.000	.017	.367	.000	.232	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N		300	304	296	298	301	300	298	289	282	290	285	287	297
Afrontamiento evasivo	r			-.054	.398*	-.073	.047	.100	.176*	-.151*	-.429*	-.068	-.322*	-.541*	-.266*
	Sig.			.335	.000	.200	.412	.076	.002	.009	.000	.237	.000	.000	.000
	N			316	311	313	313	315	314	300	292	301	295	298	312
Afrontamiento activo	r				.018	.426*	.338*	-.245*	-.170*	.294	.293	.264	.216	.370	.340
	Sig.				.749	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N				311	312	315	315	313	303	296	303	297	302	311
Locus de control externo	r					-.272	.006	.303	.181	-.273	-.300	-.188	-.301	-.404	-.284
	Sig.					.000	.918	.000	.001	.000	.000	.001	.000	.000	.000
	N					316	312	313	309	300	291	298	292	296	308
Locus de control interno	r						.371	-.398*	-.289*	.326	.055	.304	.260	.498	.442
	Sig.						.000	.000	.000	.000	.348	.000	.000	.000	.000
	N						312	314	309	300	292	301	292	297	309
Sentido del humor	r							-.361*	-.348*	.381	.254	.322	.320	.272	.325
	Sig.							.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N							317	315	304	296	304	296	298	314
Sociabilidad	r								.346	-.365*	-.220	-.360	-.378	-.383	-.297
	Sig.								.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N								319	308	298	305	298	299	314
Empatía	r									-.575*	-.185	-.438*	-.424	-.228	-.202
	Sig.									.000	.001	.000	.000	.000	.000
	N									305	297	302	298	296	313
Conducta prosocial	r										.346	.582*	.550	.347	.338
	Sig.										.000	.000	.000	.000	.000
	N										289	295	288	290	304
Apoyo familiar percibido	r											.296	.525*	.407	.433
	Sig.											.000	.000	.000	.000
	N											287	282	277	295
Apoyo percibido de pares	r												.531	.264	.278
	Sig.												.000	.000	.000
	N												290	290	302
Apoyo percibido de otros	r													.442	.360
	Sig.													.000	.000
	N													283	294
Autoeficacia	r														.534
	Sig.														.000
	N														295

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Tal y como se observa en el cuadro n°45, se encontraron correlaciones positivas y significativamente medias entre la subescala de afecto positivo y la escala de autoeficacia, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal, y de sentido del humor percibido; así como correlaciones positivas y significativamente bajas entre la subescala de afecto positivo y la escala de conducta prosocial, de apoyo familiar percibido, de apoyo percibido del grupo de pares y de apoyo de otras figuras significativas. Esto indica que conforme aumenta el afecto positivo, tiende a aumentar también el sentido de autoeficacia, el afrontamiento activo,

el locus de control interno, el sentido del humor, la conducta prosocial y el apoyo que se percibe del núcleo familiar, del grupo de pares y de otras figuras significativas. Únicamente se encontró una correlación negativa y significativamente baja entre la subescala de afecto positivo y la escala de sociabilidad, lo que sugiere que conforme aumenta el afecto positivo, tiende a disminuir el desinterés en las relaciones sociales.

Con respecto a la subescala de afecto negativo, se encontró una correlación positiva y significativamente media con la subescala de afrontamiento evasivo y la de locus de control externo, así como una correlación positiva y significativamente baja con la escala sociabilidad. Esto indica que entre más afecto negativo experimenten los adolescentes de la muestra, existe una mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento evasivo, a guiar la conducta por la opinión externa y a mostrar mayor desinterés en las relaciones sociales (considerando el carácter inverso de la escala de sociabilidad).

Por otra parte, existe una correlación negativa y significativamente media entre la subescala de afecto negativo y la escala de autoeficacia y de apoyo familiar percibido, así como una correlación negativa y significativamente baja entre la escala de afecto negativo y la escala de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial, de apoyo percibido del grupo de pares y de otras figuras significativas. Lo anterior indica que entre más afecto negativo reporten los adolescentes, existe un menor sentido de autoeficacia, un menor locus de control interno, menor autoconcepto y satisfacción personal, menos conductas prosociales, y menor apoyo percibido tanto del núcleo familiar como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Con respecto a la escala de autoeficacia, se encontró una correlación positiva y significativamente media con la subescala de afectividad positiva, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial y de apoyo percibido tanto del núcleo familiar como de otras figuras significativas, así como una correlación positiva y significativamente baja con la escala de sentido del humor y con el apoyo percibido del grupo de pares. Esto indica que conforme aumenta el sentido de autoeficacia, aumenta también el afecto positivo, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el autoconcepto y la satisfacción personal, el sentido del humor, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Asimismo se encontró una correlación negativa y significativamente media entre la escala de autoeficacia y la subescala de afecto negativo, de afrontamiento evasivo, de locus de control externo y de sociabilidad, así como una correlación negativa y significativamente baja entre la escala de autoeficacia y la escala de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el sentido de autoeficacia, tiende a disminuir el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la subescala de afrontamiento evasivo, se encontró una correlación positiva y significativamente media entre esta subescala y la subescala de

afecto negativo y de locus de control externo, así como una correlación positiva y significativamente baja entre la subescala de afrontamiento evasivo y la escala de empatía; de manera que conforme aumentan las estrategias de afrontamiento evasivo, aumenta también el afecto negativo, el locus de control externo y la falta de empatía.

Por otra parte, se encontró una correlación negativa y significativamente media entre la subescala de afrontamiento evasivo y la escala de autoeficacia, de apoyo familiar percibido y de apoyo percibido de otras figuras significativas, así como una correlación negativa y significativamente baja con la escala de conducta prosocial y de autoconcepto y satisfacción personal. Lo anterior indica que entre más estrategias de afrontamiento evasivo se utilicen, disminuye el sentido de autoeficacia, el autoconcepto y la satisfacción personal, el apoyo que se percibe tanto del núcleo familiar como de otras figuras significativas.

Con respecto a la subescala de afrontamiento activo, se encontraron correlaciones positivas y significativamente medias entre ésta y la subescala de afecto positivo, de autoeficacia, de locus de control interno, de sentido del humor y de autoconcepto y satisfacción personal; así como correlaciones positivas y significativamente bajas con la escala conducta prosocial, de apoyo familiar percibido, de apoyo percibido del grupo de pares y de apoyo de otras figuras significativas. Esto indica que conforme aumentan las estrategias de afrontamiento activo, aumenta también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, el locus de control interno, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo que se percibe tanto del núcleo familiar como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

En la misma línea, se encontró una correlación negativa y significativamente baja con la escala de sociabilidad y de empatía, lo que indica que, conforme aumentan las estrategias de afrontamiento activo, tiende a disminuir el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la subescala de locus de control externo, se encontró una correlación positiva y significativamente media entre esta subescala y la subescala de afecto negativo, de afrontamiento evasivo y de sociabilidad, así como una correlación positiva y significativamente baja con la escala de empatía. Esto indica que conforme aumenta el locus de control externo, aumenta también el afecto negativo, la utilización de estrategias de afrontamiento evasivo, el desinterés en los otros y la falta de empatía.

Asimismo se encontró una correlación negativa y significativamente media entre la subescala de locus de control externo y la escala de autoeficacia, así como una correlación negativa y significativamente baja con la subescala de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial, de apoyo familiar percibido, de apoyo percibido del grupo de pares y de otras figuras significativas. Esto indica que conforme aumenta el locus de control externo, tiende a disminuir el sentido de autoeficacia, el locus de control interno, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo percibido tanto del núcleo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Con respecto a la subescala de locus de control interno, se encontró una correlación positiva y significativamente media entre ésta subescala y la subescala de afecto positivo, de autoeficacia, de afrontamiento activo, de sentido del humor, de autoconcepto y satisfacción personal y de conducta prosocial, así como una correlación positiva y significativamente baja entre la subescala de locus de control interno y la escala apoyo percibido del grupo de pares y de apoyo de otras figuras significativas. Esto indica que conforme aumenta el locus de control interno, tiende a aumentar el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo que se percibe del grupo de pares y de otras figuras significativas.

En el mismo sentido, se encontró una correlación negativa y significativamente media entre la subescala locus de control interno y la escala de sociabilidad y de empatía, así como una correlación negativa y significativamente baja con la subescala de afecto negativo y de locus de control externo. Esto indica que conforme aumenta el locus de control interno, disminuye el afecto negativo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de autoconcepto y satisfacción personal y la correlación con las otras escalas, se encontró una correlación positiva y significativamente media con la subescala de afecto positivo, de autoeficacia, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de sentido del humor, conducta prosocial, de apoyo familiar percibido y del apoyo percibido de otros significativos; así como una correlación positiva y significativamente baja entre la escala de autoconcepto y satisfacción personal y la escala de apoyo percibido del grupo de pares. Lo anterior indica que conforme aumenta la puntuación en la escala de autoconcepto y satisfacción personal, también tiende a aumentar la puntuación en lo concerniente al afecto positivo, al sentido de autoeficacia, al uso de estrategias de afrontamiento activo, al locus de control interno, al sentido del humor, a la conducta prosocial y al apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Asimismo existe una correlación negativa y significativamente baja entre la escala de autoconcepto y satisfacción personal y la subescala de afecto negativo, de afrontamiento evasivo, de locus de control externo, de sociabilidad y de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el autoconcepto y la satisfacción personal, disminuye el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de sentido del humor, se encontró una correlación positiva y significativamente media entre ésta y la subescala de afecto positivo, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial, de apoyo percibido del grupo de pares y de otras figuras significativas; así como una correlación positiva y significativamente baja con la escala de apoyo familiar percibido. Esto indica que entre más alto el sentido del humor, se incrementa también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Por otra parte, existe una correlación negativa y significativamente media entre la escala de sentido del humor y la escala de sociabilidad y de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el sentido del humor, tiende a disminuir el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de sociabilidad, se encontró una correlación positiva y significativamente baja entre ésta y la subescala de afecto negativo y la de locus de control externo; así como una correlación positiva y significativamente media entre ésta y la escala de empatía. Esto indica que conforme aumenta el desinterés en las relaciones sociales, tiende a aumentar el afecto negativo, el locus de control externo y la falta de empatía.

En esta misma línea, se encontró una correlación negativa y significativamente media entre la escala de sociabilidad y la escala de autoeficacia, de locus de control interno, de sentido del humor, de conducta prosocial, de apoyo percibido del grupo de pares y de otras figuras significativas; así como una correlación negativa y significativamente baja entre la escala de sociabilidad y la subescala de afecto positivo, de afrontamiento activo, de autoconcepto y satisfacción personal y de apoyo familiar percibido. Lo anterior indica que conforme aumenta el desinterés en las relaciones sociales, tiende a disminuir el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el autoconcepto y la satisfacción personal, el sentido del humor, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Por su parte, con respecto a la escala de empatía, se encontró una correlación positiva y significativamente media entre ésta y la escala de sociabilidad; así como una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afrontamiento evasivo y de locus de control externo. Esto indica que conforme aumenta la falta de empatía, aumentan también las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo y el desinterés en las relaciones sociales.

Asimismo, se encontró una correlación negativa y significativamente baja entre la escala de empatía y la escala de autoeficacia, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal y de apoyo familiar percibido; así como una correlación negativa y significativamente media con la escala de sentido del humor, de conducta prosocial, de apoyo percibido del grupo de pares y de apoyo percibido de otros significativos. Lo anterior indica que conforme aumenta la falta de empatía, tiende a disminuir el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el autoconcepto y la satisfacción personal, el sentido del humor, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Con respecto a la escala de conducta prosocial, se encontró una correlación positiva y significativamente media con la escala de autoeficacia, de locus de control interno, de sentido del humor, de autoconcepto y satisfacción personal, de apoyo familiar percibido, de apoyo percibido del grupo de pares y de otros significativos; así como una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afecto

positivo y de afrontamiento activo. Esto indica que conforme aumenta la conducta prosocial, tiende a aumentar también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar, como del grupo de pares y de otras figuras significativas.

Por otra parte, existe una correlación negativa y significativamente baja con la subescala de afectividad negativa, de afrontamiento evasivo y de locus de control externo; así como una correlación negativa y significativamente media con la escala de sociabilidad y de empatía. Esto indica que conforme aumenta la conducta prosocial, disminuye el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de apoyo familiar percibido, se encontró una correlación positiva y significativamente media con la escala de autoeficacia, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial y de apoyo de otras figuras significativas; así como una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afecto positivo, de afrontamiento activo, de sentido del humor y de apoyo del grupo de pares. Esto indica que conforme aumenta el apoyo que el sujeto percibe de su núcleo familiar, aumenta también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo de pares como de otras figuras significativas.

Asimismo existe una correlación negativa y significativamente media entre la escala de apoyo familiar percibido y la subescala de afecto negativo y de afrontamiento evasivo, así como una correlación negativa y significativamente baja con la escala de locus de control externo, de sociabilidad y de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el apoyo que el sujeto percibe de su núcleo familiar, disminuye el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de apoyo percibido del grupo de pares, se encontró una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afecto positivo, de autoeficacia, de afrontamiento activo, de locus de control interno, de autoconcepto y satisfacción personal y de apoyo familiar percibido; así como una correlación positiva y significativamente media con la escala de sentido del humor, de conducta prosocial y de apoyo percibido de otros significativos. Esto indica que conforme aumenta el apoyo percibido por el sujeto de su grupo de pares, aumenta también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar como de otras figuras significativas.

Por otra parte, existe una correlación negativa y significativamente baja con la subescala de afecto negativo y de locus de control externo; así como una correlación negativa y significativamente media con la escala de sociabilidad y de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el apoyo percibido del grupo de pares, disminuye

el afecto negativo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

Con respecto a la escala de apoyo percibido de otras figuras significativas, se encontró una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afectividad positiva, de afrontamiento activo y de locus de control interno; así como una correlación positiva y significativamente media con la escala de autoeficacia, de sentido del humor, de autoconcepto y satisfacción personal, de conducta prosocial, de apoyo percibido tanto del núcleo familiar como del grupo de pares. Esto indica que conforme aumenta el apoyo que el sujeto percibe de otras figuras significativas, aumenta también el afecto positivo, el sentido de autoeficacia, las estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, el sentido del humor, el autoconcepto y la satisfacción personal, la conducta prosocial y el apoyo social percibido tanto del grupo familiar como del grupo de pares.

Finalmente, existe una correlación negativa y significativamente media con la subescala de afrontamiento evasivo y de locus de control externo; así como una correlación negativa y significativamente baja con la subescala de afecto negativo, de sociabilidad y de empatía. Lo anterior indica que conforme aumenta el apoyo que el sujeto percibe de otras figuras significativas, disminuye el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento evasivo, el locus de control externo, el desinterés en las relaciones sociales y la falta de empatía.

F.6 Una Medida Básica de Resiliencia (Re)

La medida básica de resiliencia (Re) se calculó para cada participante mediante el Cuestionario de Sucesos de Vida. El cuestionario estaba compuesto por una lista de sucesos vitales, algunos neutrales, otros positivos en sí mismos y otros estresantes. Para el cálculo de la medida básica de resiliencia, se tomaron únicamente los eventos que por su naturaleza, representaban eventos estresantes para la persona, por ejemplo muertes de seres queridos, problemas familiares, enfermedades, experiencias de fracaso o de violencia. Cada adolescente indicó si el evento le había ocurrido o no, y de haber ocurrido, si éste había sido “*bueno*” (positivo) para él; si había sido “*malo*” (negativo) para él; o si había ocurrido y no había tenido importancia para él.

De esta manera, si el evento ocurrió y fue valorado por el adolescente como positivo, se le asignó un valor de 2 puntos. Si ocurrió y el adolescente indicó que no había tenido importancia para él, se le asignó un valor de 1 punto. Si ocurrió y fue valorado como negativo, se le asignó un valor de 0 puntos. Los eventos estresantes que no habían ocurrido en la vida del adolescente, no recibieron puntaje ni fueron considerados para el cálculo de la medida básica de resiliencia.

La asignación de puntajes se dio con base en una definición de resiliencia como el proceso mediante el cual los recursos internos y externos (variables psicosociales) interactúan con una situación adversa. Una persona puede poseer estos recursos, sin

embargo su capacidad para superar la adversidad utilizando los mismos sólo podría ser medida en el momento en que se enfrenta a un evento estresante, utiliza sus recursos y logra sacar provecho de la situación para salir fortalecida de la misma. Es por esta razón que si un evento fue percibido como negativo por el adolescente o bien, si tal situación nunca se ha presentado en su vida, no obtuvo ningún puntaje ya que se parte del hecho que no está recurriendo a sus recursos internos y/o externos para hacerle frente, ya sea porque carece de ellos o porque no ha requerido utilizarlos ya que no ha enfrentado situaciones adversas.

Asimismo, una vez asignado el puntaje en cada ítem del Cuestionario de Sucesos de Vida, se realizó la sumatoria de los mismos y posteriormente se dividió entre el número total de eventos estresantes ocurridos, obteniendo así la medida básica de resiliencia (Re), donde 0 reflejaría la ausencia de una respuesta resiliente ante situaciones adversas (ya sea por carencia de recursos o por ausencia de adversidad), y 2 reflejaría una respuesta resiliente del adolescente ante los eventos estresantes que ha debido enfrentar, partiendo del hecho de que a mayor puntaje, mayor resiliencia en el sujeto.

A continuación se expone la fórmula utilizada para el cálculo de la medida básica de resiliencia (Re) desarrollada en nuestra investigación:

$$Re = \frac{\text{total puntos obtenidos en eventos que ocurrieron}}{\# \text{ total de eventos que ocurrieron}}$$

De esta manera, la medida básica de resiliencia fue aplicada a 279 casos válidos y obtuvo una puntuación media de 0.59, con una desviación estándar de 0.48, con un mínimo de 0 y un máximo de 2. Los datos anteriores se resumen en el cuadro n°46.

Cuadro n°46
Estadísticos de la medida
básica de resiliencia

Casos válidos	279
Media	0.59
Mediana	0.54
Desviación típica	0.48
Mínimo	0
Máximo	2

F.7 Características sociodemográficas y la medida básica de resiliencia

El análisis estadístico mediante el contraste de medias utilizando el estadístico t de Student, indicó que no habían diferencias significativas con respecto al sexo en cuanto a la respuesta resiliente ($t=0.20$; $g.l.=276$; $sig=0.08$). De igual forma, mediante la correlación de Pearson, tampoco se encontró una correlación significativa entre la edad y la medida básica de resiliencia ($r=-0.040$; $sig=0.512$; $N=278$).

En lo que respecta al tipo de colegio al cual asisten los participantes, mediante la prueba ONEWAY, se encontraron diferencias significativas entre el tipo de colegio y la medida básica de resiliencia ($F=3.65$; $g.l.=2.27$; $sig=0.02$). La diferencia existe entre los que asisten a colegios técnicos, con una media de 0.51 y una desviación estándar de 0.42, y los jóvenes que asisten a colegios privados, con una media de 0.73 y una desviación estándar de 0.74, de forma que los adolescentes que asisten a colegios privados tendrían puntuaciones más altas en la medida básica de resiliencia que los que asisten a colegios técnicos.

Con respecto al índice socioeconómico, utilizando la correlación de Pearson, se encontró una correlación negativa y significativamente baja entre éste y la medida básica de resiliencia ($r=-0.147$; $sig=0.014$; $N=278$), lo cual indica que conforme aumenta el índice socioeconómico, disminuye la respuesta resiliente de los participantes. De igual forma, se encontró una correlación negativa y significativamente baja con el subíndice de riesgo por exposición ($r=-0.127$; $sig=0.037$; $N=271$), lo que evidencia que conforme aumenta el riesgo por exposición, disminuye la respuesta resiliente reportada por los sujetos.

F.8 Correlaciones entre la medida básica de resiliencia y las dimensiones psicosociales

Utilizando el estadístico de correlación de Pearson, se analizaron las correlaciones existentes entre la medida básica de resiliencia y las dimensiones psicosociales. En el cuadro n°47 se detallan las correlaciones entre la medida básica de resiliencia y las variables psicosociales:

Cuadro n°47

Correlaciones entre la medida básica de resiliencia y las variables psicosociales

Escala	r	sig	N
Afecto positivo	0.10	0.08	257
Afecto negativo	-0.08	0.18	256
Autoeficacia	0.10	0.10	256
Afrontamiento evasivo	-0.10	0.09	270
Afrontamiento activo	0.16**	0.00	272
Locus de control externo	-0.03	0.57	267

Locus de control interno	0.02	0.72	267
Autoconcepto y satisfacción personal	0.13*	0.02	273
Sentido del humor	0.04	0.42	272
Sociabilidad	0.06	0.29	273
Empatía	0.01	0.78	270
Conducta Prosocial	0.06	0.32	265
Apoyo familiar percibido	0.15*	-0.01	259
Apoyo percibido del grupo de pares	-0.02	0.74	268
Apoyo percibido de otros significativos	-0.02	0.71	260

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Tal como puede observarse en el cuadro anterior, se encontró una correlación positiva y significativamente baja con la subescala de afrontamiento activo, de autoconcepto y satisfacción personal y de apoyo familiar percibido. Esto indica que a mayor respuesta resiliente, mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, mayor autoconcepto y la satisfacción personal y mayor percepción del apoyo que se recibe del núcleo familiar. No se encontraron correlaciones negativas con ninguna de las variables psicosociales evaluadas.

F.9 Análisis discriminante y de regresión múltiple para un modelo explicativo de resiliencia basado en la dimensiones psicosociales

Se realizó un análisis discriminante con el propósito de establecer cuál grupo de las variables psicosociales evaluadas resultaban ser las mejores predictoras para diferenciar los sujetos en altos o bajos en la medida básica de resiliencia.

En un primer momento para clasificar a los sujetos en alta o baja resiliencia se utilizó la media (0.59) y la desviación estándar (0.48), de tal manera que los sujetos altamente resilientes estaban por encima de la media más una desviación estándar, mientras que el resto eran sujetos bajos en resiliencia. Para establecer el poder discriminante de las variables se utilizó la medida de distancia Lambda de Wilks. El modelo que se puso a prueba introducía todas las variables predictoras (afecto positivo, afecto negativo, autoeficacia, afrontamiento activo, afrontamiento evasivo, locus de control interno, locus de control externo, autoconcepto y satisfacción personal, sentido del humor, conducta prosocial, habilidades sociales, apoyo familiar percibido, apoyo percibido del grupo de pares y apoyo percibido de otros significativos) y luego las iba eliminando de acuerdo a su poder discriminante.

El resultado final para este primer análisis excluyó absolutamente todas las variables, lo cual significa que al considerar todas las variables psicosociales juntas, ninguna de ellas es un buen estimador para la clasificación acertada entre altos y bajos sujetos resilientes. Las distancias de Wilks pueden observarse en el cuadro n°48.

Cuadro n°48
Distancias de Wilks para el modelo explicativo de resiliencia
basado en 14 factores psicosociales a partir de la media

	<i>F para entrar</i>	<i>Lambda de Wilks</i>
Afectividad Positivo	.996	.994
Afectividad Negativa	.044	1.000
Afrontamiento evasivo	.211	.999
Afrontamiento activo	3.155	.981
Locus externo de control	.001	1.000
Locus interno de control	.042	1.000
Sentido del humor autopercebido	.039	1.000
Escala de conducta prosocial	1.325	.992
Escala de apoyo familiar percibido	.048	1.000
Escala de apoyo percibido de pares	3.598	.978
Escala de apoyo percibido de otros	.176	.999
Autoeficacia percibida	.554	.997
Escala de autoconcepto y satisfacción personal	.900	.994
Escala de habilidades sociales	.482	.997

En un segundo modelo los sujetos fueron clasificados en altos y bajos en la medida básica de resiliencia utilizando la mediana, es decir, la norma se disgregó en dos grupos: el 50% con puntajes altos y el 50% con puntajes bajos. El análisis discriminante ejecutado arrojó el siguiente resultado: únicamente el afecto positivo y las habilidades sociales en conjunto, son dimensiones que permiten discriminar a los sujetos con puntajes altos de los sujetos con puntajes bajos, de acuerdo con la mediana. En el cuadro n°49 se presentan los valores obtenidos en el análisis.

Cuadro n°49
Distancias de Wilks para el modelo explicativo de resiliencia
basado en 14 factores psicosociales a partir de la mediana

Variables introducidas/excluidas^{a,b,c,d}									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks				F exacta			
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	Afectividad Positivo	.969	1	1	159.000	5.118	1	159.000	.025
2	Escala de habilidades sociales	.922	2	1	159.000	6.713	2	158.000	.002

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 28.

b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.

c. La F parcial máxima para salir es 2.71

d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Finalmente, se hizo un análisis de regresión múltiple utilizando las 14 variables como predictores de la respuesta resiliente. Sin embargo, se solicitó excluir del modelo aquellas variables con ausencia de significancia. El modelo final con las dos variables que se mantuvieron, el afecto positivo y las habilidades sociales, explica un 04% de la varianza de la resiliencia, tal como puede observarse en los cuadros n°50 y n° 51.

*Cuadro n°50
Resumen del modelo*

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>R cuadrado corregida</i>	<i>Error típ. de la estimación</i>
1	.202 ^a	.041	.033	.48250

a. Variables predictoras: (Constante), Escala de habilidades sociales, Afectividad Positivo

*Cuadro n°51
Coeficientes^a*

<i>Modelo</i>	<i>Coeficientes no estandarizados</i>		<i>Coeficientes tipificados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	
	<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	<i>Beta</i>			
1	(Constante)	.943	.227		4.154	.000
	Afectividad Positivo	.012	.005	.167	2.451	.015
	Escala de habilidades sociales	-.034	.012	-.196	-2.878	.004

a. Variable dependiente: Resiliencia básica relativa

G. DISCUSIÓN

La presente investigación se orientó hacia dos propósitos fundamentales: primero, establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes, y segundo, desarrollar una medida básica de resiliencia que permitiera poner a prueba el modelo de resiliencia basado en variables psicosociales, discriminando a su vez el grupo de variables que pudieran predecir la respuesta resiliente en los adolescentes.

Para lograr el primer propósito, se construyó un inventario integrado por 15 escalas que evaluaban distintas dimensiones psicosociales que en revisiones teóricas han sido atribuidas a las personas resilientes, el cual se denominó ICREA. Las variables psicosociales descritas en personas resilientes según el modelo ecológico transaccional de la resiliencia fueron: afectividad positiva, autoeficacia, afrontamiento activo, locus de control interno, autoconcepto y satisfacción personal, sentido del humor, habilidades sociales, conducta prosocial, apoyo del núcleo familiar, del grupo de pares y de otras figuras significativas. (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997; Melillo y Suárez, 2005).

El análisis factorial identificó dos factores en la escala de afecto (afectividad positiva y afectividad negativa), la escala de afrontamiento (activo y evasivo), la escala de locus de control (interno y externo) y en la escala de habilidades sociales (sociabilidad y empatía), de forma que estas escalas fueron bidimensionales, siendo integradas por dos subescalas. Por consiguiente, el ICREA fue integrado por 11 escalas, 4 de ellas con dos subescalas, para un total de 15 variables psicosociales.

El inventario integraba ítems de diversos instrumentos que han sido utilizados en investigaciones anteriores para construcción y validación de instrumentos en diversas poblaciones y culturas, para medir estos aspectos en relación o no con el concepto de resiliencia.

Principalmente los ítems fueron extraídos de instrumentos como el PANAS en su versión adaptada para Costa Rica por Chiatosis, Höfer y Campos (2003), el Resilience Scale for Adults y el Resilience Scale por Adolescents de Hjemdal (2007), el Cuestionario de Salud Mental Positiva de Luch (2003), el Cuestionario de Autoeficacia de Soto y adaptado por González y Valdez (2004), el Inventario de Creencias Irracionales para Adolescentes de Cardeñoso y Calvete (2004), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado al español por Cano, Rodríguez y García (2007), cuatro escalas de sentido del humor: la escala SHQ de Svebak, la escala CHS de Martin y Lefcourt y su versión ampliada la SHRQ, y la escala MSHS de Thorson y Powell (Carbelo y Jáuregui, 2006), el Cuestionario de Reflexión Sociomoral de Gibbs y adaptado para Costa Rica por Tapia, Castro y Monestel (2007), el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento en su adaptación de la versión hispana de Guarino, Sojo y Bethelmy (2007), el Inventario de Factores Personales de Resiliencia de Salgado (2005) y de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptación Familiar de Olson adaptada para Costa Rica por Rojas (1989).

De esta manera, se logró validar el ICREA con 340 adolescentes, vecinos de las provincias de San José y Heredia que asistían a colegios públicos, privados y técnicos. Así, se obtuvo una consistencia interna entre 0.63 (alpha de Cronbach más bajo para para la subescala del Locus de Control Interno) y 0.91 (alpha de Cronbach más alto para la escala de Apoyo Familiar Percibido), para las escalas que lo conforman. Esto confirma la confiabilidad del instrumento creado.

Tal y como pudo observarse en el cuadro n°45, se encontró un importante número de correlaciones de significancia media y baja entre las distintas dimensiones psicosociales evaluadas a través del ICREA, lo que evidencia la coherencia al interior del instrumento. Así por ejemplo se encontró que conforme aumenta la presencia de afectos positivos en el adolescente, tiende a aumentar también el sentido de autoeficacia, la utilización de estrategias de afrontamiento activo, el locus de control interno, la conducta prosocial y el apoyo que se percibe del núcleo familiar, del grupo de pares y de otras figuras significativas, mientras que tiende a disminuir el desinterés en las relaciones sociales.

Lo que indicaría que el adolescente que confía en su capacidad para actuar, guiando su conducta de acuerdo a sí mismo pero sin dejar de ayudar a otros, manteniendo interés en los demás y sintiéndose apoyado por su familia, por sus pares y por otras personas significativas, como es de esperarse, experimentará más afectos positivos. En contraposición con el adolescente que reporta un mayor uso de estrategias de afrontamiento evasivo, un locus de control externo y desinterés en las relaciones sociales, reporta también una mayor presencia de afectos negativos, dada las limitadas oportunidades de experimentar satisfacción y éxito personal.

De esta manera, a partir del ICREA, se encontraron diferencias significativas entre géneros en las puntuaciones obtenidas en algunas de las escalas. Los hombres reportaron mayor sentido de autoeficacia que las mujeres, y aunque los varones mostraron mayor ausencia de empatía que las mujeres, se atribuyeron mayores conductas prosociales que las mujeres. Por su parte, el género femenino reportó mayor utilización de estrategias de afrontamiento evasivo que los hombres.

Estos resultados coinciden en parte con los resultados obtenidos por Prado y Del Aguila en el 2003 en una muestra de jóvenes chilenos, quienes encontraron diferencias significativas en las áreas de interacción a favor de las mujeres, lo que podría relacionarse con la mayor falta de empatía reportada por los varones de este estudio. Asimismo, los investigadores encontraron mayores puntajes en la media en las áreas de insight, interacción, moralidad, humor y creatividad en el género femenino, mientras que en el grupo de los varones, encontraron mayores puntajes en las áreas de independencia e iniciativa.

Tanto en la presente investigación como en la de Prado y Del Aguila, se difiere de los hallazgos de Saavedra y Villalta en el 2008, quienes describieron un perfil resiliente similar para ambos géneros, ya que tanto en el presente estudio como en el de Prado y Del Aguila, sí se encontraron diferencias en algunas dimensiones psicosociales entre géneros.

El hecho de que el grupo masculino reporte mayor sentido de autoeficacia y mayores conductas prosociales, a pesar de la ausencia de empatía también reportada, a diferencia del grupo femenino, podría estar relacionado con el proceso de socialización que facilita mayores espacios de acción al género masculino en comparación con los espacios limitados que ofrece al género femenino. A los hombres se les estimula la actividad por ser una característica atribuida a su rol por la cultura, mientras que a las mujeres se les limita la actividad ya que la característica atribuida a su rol por la cultura es en cambio la pasividad.



Lo anterior se relaciona con los hallazgos del estudio realizado por Kirchner y Forns en el 2000, en Barcelona, sobre la autopercepción de los eventos de vida como factores de riesgo y de protección en adolescentes, y el realizado por Lucio et al. en el 2001 en el Distrito Federal de México, sobre los sucesos de vida en adolescentes de diferente nivel socioeconómico.

Si bien en el segundo estudio, el grupo masculino reportaba mayor exposición a sucesos estresantes por su rol activo los cuales se relacionaban con la conducta agresiva, a diferencia de las mujeres donde no se encontró esta tendencia, al igual que en el estudio de Kirchner y Forns, donde las investigadoras encontraron que el género masculino tenía más diversificadas las áreas de riesgo en el presente. Sin embargo, tal como lo señalaron Kirchner y Forns, el género masculino también tenía más diversificadas las áreas de protección, de forma que los varones, aunque tendrían más probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos al haber más áreas de exposición, también tendrían más posibilidad de superarlos porque habría mayores áreas de compensación.

Aunque en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las conductas de riesgo entre géneros, en contraste con los hallazgos de Kirchner y Forns (2000) y de Lucio et al. (2001), se infiere que el género masculino tiene mayores campos de acción que el género femenino, lo que si bien lo expone más al riesgo, también le permite llevar a cabo experiencias que le generen un sentido de autoeficacia y así, realizar acciones en beneficio de otros; mientras que los limitados campos de acción al que son expuestas las mujeres donde, por protección, principalmente de su núcleo familiar, se desarrollan más en un ámbito privado, lo que favorecería en cambio la utilización de estrategias evasivas de afrontamiento ante las situaciones que se presentan.

Por otra parte, con respecto a la edad, en el presente estudio se encontró que conforme aumenta la edad, tiende a aumentar también el locus de control interno y la presencia de afectos negativos a pesar de que también aumenta el sentido del humor. Por el contrario, al aumentar la edad, tiende a disminuir la ausencia de empatía y el apoyo que se percibe del grupo familiar.

Esto puede relacionarse con el desarrollo de una conciencia social más crítica y una autonomía más definida conforme se acerca a la etapa de la adultez, de manera que, conforme el adolescente madura y encuentra un sentido de identidad, se distancia de su núcleo familiar y se abre a la experiencia social fuera de casa. De aquí que aumente el locus de control interno y que disminuya el apoyo que percibe (o que

requiere) de su núcleo familiar, ya que empieza a orientar su conducta más en función de sí mismo y de sus convicciones. Asimismo, el desarrollo de la empatía se vería estimulado por la interacción que empieza a establecer con otros más allá de su núcleo familiar y de la importancia que ahora tiene el grupo de pares, logrando establecer relaciones de amistad que le permitirían experimentar empatía hacia sus pares.

Lo anterior coincide con los hallazgos de Kirchner y Forns (2000), quienes encontraron que la amistad consistía en el factor que más ayudaba a los adolescentes a sentirse seguros y protegidos, y que éste iba aumentando su valor conforme aumentaba la edad, mientras que la familia, si bien fue considerada por los adolescentes como un factor que en el pasado les ayudó a sentirse seguros y protegidos. Aunque cabe señalar, que la pérdida de un familiar cercano o el conflicto entre los progenitores, tanto en el pasado como en la etapa adolescente, constituyó un factor de riesgo para los sujetos.

Por otra parte, al aumento del sentido del humor podría relacionarse con el acceso a las operaciones cognitivas formales descritas en esta etapa, donde los adolescentes cuentan con la capacidad de formular hipótesis, de pensar no sólo en lo que es sino también en lo que podría ser y así encontrar otras perspectivas más humorísticas ante situaciones difíciles o estresantes. Y a pesar del aumento en el sentido del humor, es claro que también se produce una mayor exposición a nuevas fuentes de frustración o estrés conforme el adolescente crece, pues en cierta forma, a partir de esta etapa, asumirá mayores responsabilidades para lograr su inserción en el mundo adulto, lo que explicaría el aumento en los afectos negativos conforme aumenta la edad, tal y como lo señalaron Lucio et al. (2000), donde el grupo de edad de 17 a 18 años reportaba un mayor número de sucesos estresantes.

Otro de los hallazgos encontrados en el presente estudio se relaciona con el tipo de colegio al cual asistían los sujetos y las diferencias significativas en algunas dimensiones psicosociales. Se encontró que los asistentes a colegios privados y los asistentes a colegios técnicos, experimentaban mayor presencia de afectos negativos que los asistentes a colegios públicos. Por otra parte, aunque los asistentes a colegios privados reportaron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo en contraste con las utilizadas por los asistentes a colegios públicos, los jóvenes de colegios privados tienden a orientar su conducta más en función de los otros que de sí mismos, es decir que se rigen más por un locus de control externo en comparación con los adolescentes de colegios públicos.

Dado que la asistencia a un determinado tipo de colegio, podría relacionarse en cierta forma con el nivel socioeconómico al cual pertenece el adolescente, cabe mencionar también los hallazgos en relación con el índice socioeconómico en este estudio, donde se encontró que conforme aumenta el índice socioeconómico, medido a partir de la tenencia de bienes materiales, aumenta también la presencia de afectos positivos y de sentido del humor.

Por los resultados anteriores, resulta claro que si una persona dispone de recursos que le propicien una calidad de vida, esto contribuirá a una sensación de bienestar subjetivo, lo que explicaría el aumento de los afectos positivos. Asimismo, al tener

mayor acceso a distintas fuentes de información, podría favorecer la amplitud de perspectivas ante una determinada situación, encontrando en una de ellas una perspectiva cómica; o bien, al tener mayores recursos, podría realizar más actividades lúdicas y recreativas que favorezcan la diversión, lo que explicaría el aumento en el sentido del humor.

Los resultados anteriores coinciden con los descritos por Lucio et al. (2001), quienes encontraron que los adolescentes pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos reportaban mayores sucesos estresantes que los pertenecientes a estratos más favorecidos, concluyendo que el nivel socioeconómico era un factor influyente para percibir como positivos o negativos los sucesos estresantes a los cuales se veían expuestos.

Sin embargo, al analizar los datos relacionados con el tipo de colegio, más allá de la tenencia de bienes materiales, se puede inferir el impacto del tipo de institución académica en el adolescente ya que el ámbito académico en el cual se desenvuelve el adolescente juega un papel importante en el desarrollo integral de su persona. Tal y como lo señalaron Kirchner y Forns (2000), el colegio representa la tercera área de importancia donde suceden los eventos vitales de riesgo o protección de acuerdo a la autopercepción de los adolescentes. Las investigadoras encontraron que el colegio era percibido por los jóvenes como el lugar donde podían experimentar éxito académico y desarrollar buenas relaciones con los pares y con los profesores.

Los colegios privados y los colegios técnicos se caracterizan por un nivel de exigencia alto para los jóvenes, con jornadas lectivas mayores y cargas académicas más intensas que las que se desarrollan en los colegios públicos. El alto nivel de exigencia de los colegios privados y de los técnicos podría estar relacionado con el aumento de afectos negativos en los jóvenes que asisten a este tipo de institución, en contraste con los que asisten a colegios públicos.

Asimismo, llama la atención la diferencia que existe con respecto al afrontamiento activo y al locus de control externo entre los adolescentes que asisten a colegios privados y los que asisten a colegios públicos. Aunque pareciera que el hecho de desenvolverse en un ambiente académico altamente exigente favorece el desarrollo y la utilización de estrategias activas de afrontamiento por las constantes demandas a las que los jóvenes se ven expuestos, resulta interesante el hecho de que los jóvenes que asisten a instituciones privadas suelen orientar su conducta más en función de los otros que de sí mismos, de manera que resultarían más dependientes de la opinión, del reconocimiento o la aprobación de fuentes externas, mientras que su propio criterio pasaría a un segundo plano.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Prado y Del Aguila (2003), quienes aunque no diferenciaron a su muestra por tipo de colegio, encontraron que habían diferencias significativas en cuanto a las áreas de interacción y creatividad a favor del estrato socioeconómico bajo, e iniciativa a favor del estrato socioeconómico alto.

Las puntuaciones altas en las áreas de interacción y creatividad de los jóvenes de estrato bajo podría favorecer una mayor libertad para actuar y desenvolverse en el ámbito social, siendo más auténticos en su comportamiento, lo que podría relacionarse con la poca frecuencia con que los adolescentes asistentes a colegios públicos de nuestro estudio reportan el uso de estrategias de afrontamiento activo y de locus de control externo. Asimismo, las puntuaciones altas de los jóvenes de estrato alto en las áreas de iniciativa y moralidad, podrían relacionarse con los altos puntajes en lo referente al afrontamiento activo y al locus de control externo de los jóvenes asistentes a colegios privados. A su vez, el alto puntaje en el área del humor en los adolescentes de estrato medio podría relacionarse con la poca frecuencia en que se reporta la presencia de afectos negativos en los jóvenes que asisten a colegios públicos en nuestro estudio.

De igual manera, Prado y Del Aguila encontraron que los sujetos pertenecientes a estratos bajos, obtuvieron mejores puntajes en la media en las áreas de insight, independencia, interacción y creatividad; mientras que los pertenecientes a estratos altos obtuvieron puntuaciones más altas en la media en las áreas de moralidad e iniciativa. Finalmente los jóvenes que pertenecían a estratos medios, obtuvieron mejores puntajes en el área del humor.

Los datos anteriores y los encontrados en el presente estudio permiten inferir que las constantes demandas externas que supone una institución privada, si bien propicia el uso de estrategias de afrontamiento activo en los jóvenes, al mismo tiempo los hace estar más pendientes de lo que el entorno espera de ellos; mientras que, aunque los asistentes a colegios públicos utilizan menos estrategias de afrontamiento activo porque posiblemente son menos expuestos a demandas y exigencias de la institución educativa (de aquí que también hayan reportado menos afectos negativos que los colegios privados y técnicos), éstos parecieran estar menos pendientes del entorno y más de sí mismos a la hora de orientar su comportamiento.

El segundo propósito del presente estudio consistió en crear una medida básica de resiliencia que permitiera diferenciar a los adolescentes altamente resilientes de los que no, y a partir de esta medida, poner a prueba el modelo de resiliencia basado en variables psicosociales y conocer cuál grupo de estas variables lograría predecir mejor la respuesta resiliente en nuestra muestra no clínica de adolescentes.

Para este propósito se utilizó el Cuestionario de Sucesos de Vida de Lucio et al. (2001), en el cual el joven debe indicar si un determinado evento ha ocurrido en su vida, y de haber ocurrido, cuál es la valoración subjetiva (bueno, malo o indiferente) que él hace de este suceso. Para el cálculo de la medida básica de Resiliencia, se seleccionaron únicamente los sucesos que por su naturaleza representarían un evento estresante para el joven en diversas áreas de su vida: ámbito familiar, relación con pares, ámbito escolar, presencia de enfermedades, experiencias de fracaso personal o haber sufrido algún tipo de agresión en su contra. Así, se le asignó un valor de 2 puntos si el evento ocurrió y fue valorado como positivo, 1 punto si ocurrió y fue valorado como indiferente y 0 puntos si ocurrió y fue malo o bien, si no ocurrió.

La asignación de estos valores se realizó con base en la definición de resiliencia como el proceso mediante el cual la persona echa mano de sus recursos internos y externos, es decir de los factores psicosociales con que cuenta, para interactuar con una situación adversa y salir fortalecido de esta, tal como lo conciben los teóricos del modelo ecológico transaccional de la resiliencia (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997; Melillo y Suárez, 2005; Saavedra y Villalta, 2008).

Con el ICREA pretendíamos identificar las variables psicosociales con que contaba el adolescente, y con el Cuestionario de Sucesos Vitales, pretendíamos conocer la manera en que estas variables habían interactuado y se habían conjugado para hacerle frente a una situación estresante que había ocurrido en la vida del sujeto, manifestándose en la forma en que el adolescente valoraba la ocurrencia de ese determinado suceso, partiendo de la utilidad del cuestionario descrita por Lucio et al. (2001) para adolescentes mexicanos al considerar la evaluación cognoscitiva que los jóvenes hacen de los sucesos estresantes. Esto siguiendo lo descrito por Saavedra y Villalta en su modelo interaccional de resiliencia (2008), quienes señalan que la resiliencia tiene que ver con la forma en que el sujeto se apropia de la realidad, donde influye el apoyo que recibe de otros, las fuerzas internas y la habilidad para relacionarse y solucionar problemas.

Así la medida básica de resiliencia fue calculada a partir de la suma del puntaje asignado a cada respuesta dada por el adolescente y la división entre el número total de eventos estresantes ocurridos, donde 0 representaría la ausencia de una respuesta resiliente y 2 la presencia de ésta, de manera que a mayor puntaje, mayor resiliencia en el sujeto.

A partir de esta medida se encontró que no había diferencias significativas entre géneros, ni correlaciones con la edad. Lo anterior coincide con los resultados de Prado y Del Aguila (2003) y de Saavedra y Villalta (2008), donde en ambos estudios no se encontraron diferencias significativas en los niveles de resiliencia entre hombres y mujeres.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en la medida de resiliencia de acuerdo al tipo de colegio al cual asisten los adolescentes, donde los asistentes a colegios privados obtuvieron puntuaciones más altas que los jóvenes que asisten a colegios técnicos. Sin embargo, lo anterior no podría relacionarse necesariamente con el mayor acceso que tienen los jóvenes de colegios privados a fuentes de información o a servicios diversos lo que garantizaría mayor calidad de vida, ya que se encontró una correlación significativa y negativa entre la medida de resiliencia y el índice socioeconómico, donde se observa que conforme aumenta el índice socioeconómico tiende a disminuir la puntuación obtenida en la medida de resiliencia.

Es probable que esta correlación, de a mayores recursos económicos, menor respuesta resiliente, tenga relación con la correlación significativa y negativa encontrada entre la conducta de riesgo por exposición y la medida de resiliencia, donde a mayor riesgo de exposición, menor respuesta resiliente. De manera que, los jóvenes con mayor índice socioeconómico, si bien tienen mayor acceso a fuentes de información y servicios varios, también tienen recursos para participar en actividades de

riesgo y verse más expuestos a situaciones adversas. El hecho de que los jóvenes que asisten a colegios privados obtengan mayores puntuaciones en la medida básica de resiliencia podría explicarse mejor por las altas puntuaciones obtenidas por este grupo en lo referente al afrontamiento activo.



En otras palabras, entre más recursos económicos se tengan, existe una mayor exposición al riesgo, lo que disminuye la respuesta resiliente en los jóvenes de nuestro estudio. Sin embargo, aunque los adolescentes que asisten a colegios privados son los que suelen tener mayores recursos económicos, y por tanto estar más expuestos al riesgo, las estrategias de afrontamiento activo utilizadas para hacerle frente a las demandas de su entorno académico, social y familiar, podrían aminorar el impacto del riesgo al que se exponen, de manera que obtengan puntuaciones mayores en la medida de resiliencia en comparación con los jóvenes asistentes a colegios técnicos.

Cabe mencionar que, tal como se comentó anteriormente, los jóvenes que asisten a colegios técnicos, al igual que los que asisten a colegios privados, son expuestos a altas demandas en el centro educativo, de ahí que ambos obtuvieran puntuaciones altas en lo que concierne a la afectividad negativa. Sin embargo, los jóvenes de colegios técnicos no obtuvieron altos puntajes en lo referente al afrontamiento activo, lo que tendría relación con la diferencia significativa encontrada en la medida básica de resiliencia donde obtienen puntajes muy bajos en comparación con los asistentes a colegios privados.

Tanto Saavedra y Villalta (2008), como Gruhl (2009), destacan la importancia de la habilidad para resolver los problemas mediante un estilo activo y asertivo en la respuesta resiliente. Los datos anteriores confirman lo propuesto por estos autores, ya que si bien los adolescentes de colegios privados y los de colegios técnicos experimentan más afectividad negativa que los que asisten a colegios públicos, e incluso, por tener mayores recursos económicos, los jóvenes de colegios privados podrían tener mayores conductas de riesgo por exposición, estos adolescentes obtienen puntajes significativamente más altos en lo que respecta a la medida de resiliencia que los que asisten a colegios técnicos por poseer una mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento activo ante las situaciones estresantes.

Los resultados anteriores no coinciden con los hallazgos de Prado y Del Aguila (2003), quienes no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales de resiliencia de acuerdo al nivel socioeconómico al que pertenecían los adolescentes de su estudio; sin embargo, reportan diferencias significativas en las áreas de interacción y creatividad a favor del estrato bajo, e iniciativa a favor del estrato alto.

Por otra parte, al correlacionar la medida básica de resiliencia con las dimensiones psicosociales medidas a través del ICREA, se encontró que conforme aumenta la respuesta resiliente, tiende a aumentar también el afrontamiento activo, la aceptación y satisfacción personal y el apoyo percibido del núcleo familiar.

Lo anterior coincide con lo descrito por Vera, Carbelo y Vecina (2006), quienes a partir de la revisión de diversas investigaciones, señalaron la causalidad recíproca que ocurría entre determinadas características de personalidad y del entorno y la respuesta

resiliente. Así, las autoras señalaban que las personas resilientes poseían seguridad en sí mismas y en su propia capacidad de afrontamiento experimentando un sesgo positivo en la percepción de sí mismos y en la capacidad de influir en lo que sucede, contaban con apoyo social, tenían un propósito en la vida y creían que se podía aprender tanto de las experiencias positivas como de las negativas, y que estas características favorecían la respuesta resiliente, pero a su vez, cuando la persona lograba una respuesta resiliente ante una situación adversa, estas características se veían reforzadas.

Sin embargo, al realizar un análisis discriminante que permitiera identificar el grupo de variables que resultaba ser el mejor predictor para diferenciar a los sujetos con alta o baja respuesta resiliente utilizando la media estadística de las puntuaciones obtenidas en la medida básica de resiliencia, todas las variables fueron excluidas del modelo, de manera que ninguna de ellas resultó ser un buen estimador para la clasificación de los sujetos resilientes. En un segundo intento, utilizando en esta ocasión la mediana, únicamente el afecto positivo y las habilidades sociales en conjunto permitieron discriminar a los sujetos con puntajes altos de los sujetos con puntajes bajos.

Estas variables, afecto positivo y habilidades sociales, también permanecieron al realizar un análisis de regresión múltiple donde se introdujeron todas las variables psicosociales como predictores de la respuesta resiliente. El resto de variables fueron excluidas por ausencia de significancia, de forma que el afecto positivo y las habilidades únicamente, lograron explicar el 4% de la varianza de la medida básica de resiliencia. En otras palabras y en una forma simplista, el experimentar un bienestar subjetivo general y el tener relaciones sociales satisfactorias contribuirían a dar una respuesta resiliente ante una situación adversa.

Si bien la afectividad positiva y las habilidades sociales fueron descritas en las personas resilientes por Fredrickson y Tugade (2003) en el estudio que llevaron a cabo tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York, donde encontraron que las personas resilientes recurrían a las emociones positivas y a la habilidad para relacionarse con otros para afrontar la situación adversa que vivían, la acción de ambas variables en conjunto únicamente lograría explicar el 4% de la varianza de la respuesta resiliente.

Sin embargo es probable que si bien el instrumento utilizado para calcular la medida básica de resiliencia, anteriormente había mostrado su efectividad para conocer la evaluación cognoscitiva que los adolescentes hacen de los sucesos estresantes a los que son expuestos, de acuerdo con Lucio et al. (2001), la estrategia seguida para calcular la medida básica de resiliencia no logró realmente medir este constructo al intentar obtener un valor cuantitativo general de una respuesta que puede ser específica al contexto en el que ocurre el evento estresante, a la etapa en la que se encuentra el sujeto en ese momento, a las circunstancias sociales que lo rodean y a la magnitud del evento.

Tal y como lo señalaron Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) así como Vera, Carbelo y Vecina (2006), la resiliencia no es algo con lo que se nace ni algo que se adquiere en forma natural y que una vez logrado, permanece con la persona para toda su vida, ya que es producto de la interacción del sujeto y su entorno. Para los autores antes mencionados, hablar de resiliencia en términos individuales constituiría un error, ya que no se es más o menos resiliente, puesto que la resiliencia es un proceso, de forma que no es tanto la persona quien es resiliente sino su evolución y el proceso de construcción e integración de su propia historia vital. Precisamente, Manciaux (2001) explicó que la resiliencia nunca es absoluta, total, ni lograda para siempre, sino que es una capacidad que resulta de un proceso dinámico entre la persona y ese evento particular en ese momento de su historia vital.

Para concluir, si bien se logró construir y validar un inventario confiable para medir variables psicosociales que han sido atribuidas a las personas resilientes a lo largo de la literatura, la medida de resiliencia desarrollada a partir del Cuestionario de Sucesos Vitales no logró realmente medir el fenómeno resiliente de forma que se pudiera poner a prueba el modelo de resiliencia basado en variables psicosociales y su interacción con situaciones adversas, de acuerdo al modelo ecológico transaccional de resiliencia.

De esta manera será necesario para investigaciones futuras orientadas a determinar el grupo de variables psicosociales que permitirían predecir la respuesta resiliente en los adolescentes, utilizar otra metodología para establecer la medida básica de resiliencia a partir de la percepción que los jóvenes tienen de las situaciones que viven, integrando también la percepción de terceras fuentes que rodean al adolescente y no limitarse únicamente a la utilización de instrumentos de autorreporte. Asimismo podría desarrollarse una medida de resiliencia para áreas específicas en la vida de los adolescentes, en lugar de construir una medida de resiliencia general, ya que un adolescente puede ser resiliente a la conflictiva familiar pero no así al fracaso escolar o al diagnóstico de una enfermedad o a un accidente. Por tanto, todavía hay mucho que investigar con respecto a la resiliencia y al papel que juegan las variables psicosociales al interactuar con una situación adversa.



H. BIBLIOGRAFÍA



- 1) American Psychological Association. (2006). **Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. Versión abreviada.** Editorial El Manual Moderno. México.
- 2) Aspinwall, Lisa y Staudinger, Ursula. (2007). **Psicología del potencial humano: Cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva.** Gedisa Editorial, S.A. Barcelona, España.
- 3) Barrantes, R. (2000). **Investigación. Un camino al conocimiento.** EUNED, Costa Rica.
- 4) Cameron, C. Ungar, M. Liebenberg, L. (2007). *Cultural understanding of resilience: roots for wings in the development of affective resources for resilience.* En: **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, n° 16, pp 285-301.
- 5) Cano, F. Rodríguez, L. García, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.* En: **Actas Españolas de Psiquiatría**, vol 25, n° 1, pp 29-39.
- 6) Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). *Emociones positivas: humor positivo.* En: **Papeles del Psicólogo**, vol 27, n° 1, pp 18-30.
- 7) Cardeñoso, O. y Calvete, E. (2004). *Desarrollo de un Inventario de Creencias Irracionales para adolescentes.* En: **Psicología Conductual**, vol 12, n° 2, pp 289-304.
- 8) Casullo, María. (2008). **Prácticas en Psicología Positiva.** Lugar Editorial, S.A. Buenos Aires, Argentina.
- 9) Chasiotis, A. Höfer, J. Campos, D. (2003). **Die Messung impliziter Motive in Deutschland, Costa Rica und Kamerun. Methodische Voruntersuchungen zu einer kulturinformierten Motivationspsychologie.** Universität Osnabrück, Alemania.
- 10) Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). *El Bienestar Subjetivo: hacia una Psicología Positiva.* En: **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, vol 12, n° 1, pp 83-96.
- 11) Cyrulnik, B. (2006). **Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.** Editorial Gedisa, Barcelona.
- 12) Díaz, M. Garita, C. Sequeira, M. Campos, M. Muñoz, P. (2005). **Bases programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.** PAIA - CCSS. Costa Rica.



- 13) Erickson, E. (1985). **El Ciclo Vital Completado**. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 14) Fredrickson, B. Tugade, M. Waught, C. Larkin, G. (2003). *What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001*. En: **Journal of Personality and Social Psychology**, vol 84, n° 2.
- 15) García, P. Goodman, R. Mazaira, J. Torres, A. Rodríguez-Sacristán, J. Hervas, A. Fuentes, J. (2000). *El cuestionario de capacidades y dificultades*. En: **Revista de Psiquiatría Infanto – Juvenil**, n° 1, pp 12-17.
- 16) González-Arratia, N. y Valdez, J. (2004). *Un estudio sobre la autoeficacia en jóvenes mexicanos*. En: **Psicología Conductual**, vol 12, n° 1, pp 167-178.
- 17) Gruhl, Monika. (2009). **El arte de rehacerse: la resiliencia**. Editorial Sal Terrae. Cantabria, España.
- 18) Guarino, L. Sojo, V. Bethelmy, L. (2007). *Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ)*. En: **Psicología Conductual**, vol 15, n° 2, pp 173-189.
- 19) Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2003). **Metodología de la investigación**. McGraw-Hill / Interamericana editors, S.A. Mexico.
- 20) Hjemdal, O. (2007). *Measuring protective factors: the development of two resilience scales in Norway*. En: **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, n° 16, pp 303-321.
- 21) Hospital Nacional Psiquiátrico. (2008). **Anuario estadístico, año 2008**. Registros Médicos, HNP.
- 22) Instituto Nacional de Estadística y Censo –INEC-. En: www.inec.go.cr
- 23) Kim-Cohen, J. (2007). *Resilience and developmental psychopathology*. En: **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, n° 16, pp271-283.
- 24) Kotliarenco, M. Cáceres, I. Fontecilla, M. (1997). **Estado de Arte en Resiliencia**. OPS. OMS.
- 25) Krauskopf, D. (1998). **Adolescencia y Educación**. EUNED, Costa Rica.
- 26) Kirchner, T. y Forns, M. (2000). *Autopercepción de life events como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio Diferencial*. En: **Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**, vol 27, n° 2, pp 63-76.

- 27)Levy, J. y Varela, J. (2003). **Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales.** Pearson Educación, S.A. Madrid, España.
- 28)Lluch, M. (2003). *Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva.* En: **Psicología Conductual**, vol 11, n° 1, pp 61-78.
- 29)Lucio, E. León, I. Durán, C. Bravo, E. Velasco. E. (2001). *Los sucesos de vida en dos grupos adolescentes de diferente nivel socioeconómico.* En: **Salud Mental**, vol 24, n° 5, pp 17-24.
- 30)Manciaux, M. (2005). **La resiliencia: resistir y rehacerse.** Editorial Gedisa, Barcelona.
- 31)Masedo, A. y Esteve, R. (2007). *Presentación de la versión en español de la "Escala de reacciones emocionales".* En: **Psicología Conductual**, vol 15, n° 1, pp 95-112.
- 32)Mejía, R. (2003). *Resiliencia: ¿ilusión o realidad?.* En: **Revista CES Medicina**, vol 17, n° 1, pp 57-62.
- 33)Melillo, A. y Suárez, E. (2005). **Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas.** Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.
- 34)Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. (2008). **I Encuesta Nacional de Juventud: principales resultados.** Costa Rica.
- 35)Munits, M. Santos, H. Kotliarenco, M. Suárez Ojeda, E. Infante, F. y 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>
- 36)Organización Mundial de la Salud. (2004). **Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado.** OMS. Ginebra.
- 37)Ospina, D. (2007). *La medición de la resiliencia.* En: **Universidad de Antioquía / Facultad de Enfermería /Investigación y educación en Enfermería / Medellín**, vol 25, n° 1, pp 58-65.
- 38)Poletti, R. y Dobbs, B. (2005). **Resiliencia: el arte de resurgir a la vida.** Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires.
- 39)Prada, E. (2005). *Psicología Positiva y Emociones Positivas.* En: www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf
- 40)Prado, R. y Del Aguila, M. (2003). *Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes.* En: **Persona**, n° 6, pp 179-196.

- 41)Puerta, M. (2002). **Resiliencia: la estimulación del niño para enfrentar desafíos**. Grupo Editorial Lumen, México.
- 42)Rodríguez, J. Garita, C. Díaz, M. Sequiera, M. Valverde, O. (2002). **Bases programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) - CCSS**. Editorial Arena Transamérica S.A. Costa Rica.
- 43)Rojas, A. (1989). **Adaptación de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III) a la población de familias con adolescentes que cursan educación secundaria en el cantón central de la provincia de San José. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en psicología**. Universidad de Costa Rica, San José.
- 44)Rutter, M. (1993). *La resiliencia: consideraciones conceptuales*. En: **Journal of Adolescent Health**, vol 14, n° 8.
- 45)Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. En: **Liberabit**, n°14, pp 31-40.
- 46)Salgado, A. (2005). *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana*. En: **Liberabit**, n° 11, pp 41-48.
- 47)Seligman, M. (2005). **La Auténtica Felicidad**. Ediciones B. S.A. Barcelona.
- 48)Suárez Ojeda, N. (s.f). **Resilience o Capacidad de sobreponerse a la Adversidad**.
- 49)Tapia, N. Castro, R. Monestel, N. (2007). *El desarrollo sociomoral de adolescentes de Costa Rica según el modelo de Gibbs*. En: **Revista Latinoamericana de Psicología**, vol 39, n° 3, pp 449-471.
- 50)Tornimbeni, S. Pérez, E. Olaz, F. (2008). **Introducción a la psicometría**. Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.
- 51)Tugade, M. y Fredricson, B. (2007). *Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience*. En: **Journal of Happiness Studies**, n° 8, pp 311-333.
- 52)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**. Editorial Arena Transamérica S.A. Costa Rica.
- 53)Vecina, M. (2006). *Emociones positivas*. En: **Papeles del Psicólogo**, vol 27, n° 1, pp 9-17.

- 54)Vera, B. (2006). *Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología*. En: **Papeles del Psicólogo**, vol 27, n° 1, pp 3-8.
- 55)Vera, B. Carbelo, B. Vecina, M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. En: **Papeles del Psicólogo**, vol 27, n° 1, pp 40-49.
- 56)Vinaccia, S. Quiceno, J. Moreno, E. (2007). *Resiliencia en adolescentes*. En: **Revista Colombiana de Psicología**, n° 19, pp 139-146.

I. ANEXO

Instrumentos aplicados a los adolescentes en la presente investigación:

- ✚ *Inventario de Cualidades Resilientes para Adolescentes (ICREA)*
- ✚ *Cuestionario de Sucesos de Vida*
- ✚ *Lista de Factores y Conductas de Riesgo*
- ✚ *Ficha de Identificación*

PRESENTACIÓN

Primero que todo, gracias por su colaboración. El Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica está realizando un estudio entre la juventud costarricense.

Esta información será tratada CONFIDENCIALMENTE y será utilizada única y exclusivamente para fines de investigación. Llenar este cuestionario no significa para usted ningún riesgo, ni físico, ni psicológico, ni legal. Su participación es totalmente voluntaria, lo que significa que usted tiene el derecho a negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

Si usted está de acuerdo en participar en la investigación le agradecemos que responda este cuestionario en su totalidad.

Si desea más información sobre el estudio puede comunicarse con el Dr. Domingo Campos Ramírez en Instituto de Investigaciones Psicológicas (207-5636).

Estimado Adolescente:

A continuación se te presentarán una serie de enunciados sobre diversos temas con el propósito de conocer qué tan de acuerdo, qué tan frecuente o qué tan cierto es ese enunciado para vos. Por favor, lee cada ítem con detenimiento y responde en forma sincera y honesta de la manera que más se parezca a vos. Recuerda que no existen respuestas incorrectas. Al finalizar, revisa que no quede ningún enunciado sin contestar y si tienes alguna duda, puedes preguntar a la persona que te entregó este instrumento.



PRIMERA PARTE: ¿Cómo te has sentido últimamente?

Esta parte del cuestionario se compone de una serie de palabras o frases que describen diferentes sentimientos, estados de ánimo y emociones. Lea cada una de ellas y marque con una X en el correspondiente espacio de la derecha la respuesta apropiada para su caso, tomando en cuenta el último mes. Por favor no deje ninguna palabra sin contestar.

4= *sí, mucho*; 3= *bastante*; 2= *algo*;
1= *poco*; 0= *no, nada*

		Si, mucho	Bastante	Algo	Poco	No, nada
1	Interesado/a en las cosas	4	3	2	1	0
2	Irritable	4	3	2	1	0
3	Preocupado/a	4	3	2	1	0
4	Alerta	4	3	2	1	0
5	Emocionado/a	4	3	2	1	0
6	Avergonzado/a	4	3	2	1	0
7	Molesto/a	4	3	2	1	0
8	Inspirado/a	4	3	2	1	0
9	Fuerte	4	3	2	1	0
10	Nervioso/a	4	3	2	1	0
11	Culpable	4	3	2	1	0
12	Decidido/a	4	3	2	1	0
13	Asustado/a	4	3	2	1	0
14	Atento/a	4	3	2	1	0
15	Hostil	4	3	2	1	0
16	Confundido/a	4	3	2	1	0

17	Entusiasmado/a	4	3	2	1	0
18	Activo/a	4	3	2	1	0
19	Orgullosa/a	4	3	2	1	0
20	Angustiado/a	4	3	2	1	0

SEGUNDA PARTE: Características Personales

1. **PIENSA EN TI MISMO**, y responde el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado que se te presenta en el siguiente cuadro. Marca con una X el número de la derecha, que más se parezca a tu opinión.

*4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Puedo lograr las metas que me propongo.	4	3	2	1
2. La mayoría de las veces, las cosas no me salen como quiero.	4	3	2	1
3. No me creo capaz de superar los obstáculos que se me presentan.	4	3	2	1
4. Aunque las cosas sean difíciles podré lograr lo que me proponga.	4	3	2	1
5. Me echo para atrás ante cualquier obstáculo.	4	3	2	1
6. Cuando las cosas no salen como quiero, me convengo una vez más de que no seré capaz de lograrlo.	4	3	2	1
7. Cuando juego o compito en algo, siempre creo que voy a ganar.	4	3	2	1
8. He logrado metas importantes.	4	3	2	1

9. Aunque estudie para un examen, de todas formas voy a salir mal.	4	3	2	1
10. Puedo ser el mejor del aula si me esfuerzo.	4	3	2	1
11. Hay cosas en las que soy muy bueno en lo que hago.	4	3	2	1
12. A veces pienso que soy un fracasado o perdedor ("looser")	4	3	2	1
13. Me siento seguro cuando me enfrento a situaciones nuevas.	4	3	2	1
14. Cuando me asignan una tarea, no soy capaz de hacerla bien.	4	3	2	1
15. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	4	3	2	1

2. Ahora piensa en alguna situación o acontecimiento que fuera muy estresante y que te haya preocupado mucho, que te haya sucedido en el último año (preferiblemente en los últimos 6 meses). Esta situación pudo haber ocurrido con tu familia, tus amigos, en la escuela o el colegio o en un grupo al que asistas. En el siguiente cuadro te presentamos **FORMAS PARA ENFRENTAR** esa situación. Contesta qué tanto se acerca a la forma en que tú enfrentaste la situación, marcando con una X el número de la derecha.

4= mucho, 3= bastante, 2= poco, 1= para nada

	Mucho	Bastante	Poco	Para nada
1. Intenté buscar soluciones.	4	3	2	1
2. Dejé que el tiempo se encargara de resolverlo.	4	3	2	1
3. Me enojé y dejé todo tirado.	4	3	2	1
4. Me esforcé en resolver la situación.	4	3	2	1
5. Me eché la culpa de lo que pasaba.	4	3	2	1
6. Pedí ayuda a otras personas.	4	3	2	1

7. Me puse a llorar.	4	3	2	1
8. Lo repasé una y otra vez en mi mente hasta poder verlo de una forma diferente.	4	3	2	1
9. Pensé que no había nada que pudiera hacer para poder resolverlo.	4	3	2	1
10. Usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	4	3	2	1
11. Hice cosas para mejorar la situación.	4	3	2	1
12. Pensé en acabar con mi vida.	4	3	2	1
13. Me negué a creer que eso estaba pasando y lo dejé de lado.	4	3	2	1
14. Traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	4	3	2	1
15. Acepté la realidad de eso estaba pasando.	4	3	2	1

3. Piensa en ti mismo otra vez y elige nuevamente qué tanto se parece el enunciado a tu **FORMA DE SER**. Marca con una X sobre el número de la derecha que te describa mejor.

4= mucho, 3= bastante, 2= poco, 1= para nada

	Mucho	Bastante	Poco	Para nada
1. Me dejo llevar por lo que los demás me dicen.	4	3	2	1
2. No me da miedo tomar mis propias decisiones.	4	3	2	1
3. Aunque a veces tenga opiniones diferentes a las de mis amigos, les hago saber las mías.	4	3	2	1
4. Si cometo un error, sé que puedo remediarlo.	4	3	2	1
5. Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	4	3	2	1
6. He hecho cosas que no me gustan sólo porque otras personas me dijeron que las hiciera.	4	3	2	1

7. Tengo opiniones propias.	4	3	2	1
8. Las opiniones de los demás influyen mucho cuando tengo que tomar una decisión.	4	3	2	1
9. Respetuosamente defendiendo mis puntos de vista ante los otros.	4	3	2	1
10. Prefiero que otros decidan por mí.	4	3	2	1
11. Como dicen: "me dejo llevar la corriente".	4	3	2	1
12. Puedo tomar mis propias decisiones.	4	3	2	1
13. Le presto más atención a lo que yo quiero hacer que a lo que los otros quieren que haga.	4	3	2	1
14. Prefiero imitar lo que otros hacen que hacer las cosas a mi manera.	4	3	2	1
15. Me siento libre para tomar mis propias decisiones.	4	3	2	1

4. Pensando siempre en ti mismo, queremos ahora conocer la **OPINIÓN QUE TIENES DE TI MISMO y lo SATISFECHO** o no que te sientes con lo que ha sido tu vida hasta ahora. Al igual como lo has hecho en los cuadros anteriores, marca con una X el número de la derecha que represente el grado con que estás de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado.

*4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me gusta como soy.	4	3	2	
2. Me considero una persona menos importante que los demás.	4	3	2	1
3. Hay muchas cosas de mí que quisiera cambiar.	4	3	2	1

4. Me siento orgulloso de lo que soy.	4	3	2	1
5. Hay cosas que puedo mejorar de mí, pero en general me siento a gusto conmigo mismo.	4	3	2	1
6. Hay momentos en los que disfruto estar solas conmigo mismo.	4	3	2	1
7. Estoy insatisfecho conmigo mismo.	4	3	2	1
8. Tengo cualidades que otros admiran en mí.	4	3	2	1
9. Creo que no sirvo para nada.	4	3	2	1
10. No merezco ser feliz.	4	3	2	1
11. En el fondo, desearía ser una persona diferente a la que soy.	4	3	2	1
12. Siento que soy una persona tan valiosa como las demás.	4	3	2	1
13. Creo que el éxito no fue hecho para mí.	4	3	2	1
14. Me siento satisfecho con todo lo que he logrado hasta ahora.	4	3	2	1
15. De vez en cuando pienso que no soy bueno para nada.	4	3	2	1

5. Ahora queremos conocer sobre tu **SENTIDO DEL HUMOR**. Marca con una X el número de la derecha que describa mejor con qué frecuencia se da cada enunciado en tu vida.

4= casi siempre, 3= muchas veces,
2= pocas veces, 1= nunca

	Casi siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1. Intento sacar el lado bueno y divertido de las cosas.	4	3	2	1
2. Disfruto la vida.	4	3	2	1
3. Cuando hay que divertirse, soy el que menos se divierte.	4	3	2	1

4. Tengo sentido del humor.	4	3	2	1
5. Soy una persona sonriente.	4	3	2	1
6. Los demás me dicen que soy una persona aburrida.	4	3	2	1
7. Me he reído tanto que hasta se me han salido las lágrimas o he terminado con dolor de panza.	4	3	2	1
8. Busco algo gracioso que decir cuando estoy en situaciones estresantes.	4	3	2	1
9. Me gusta ver sonreír a los demás.	4	3	2	1
10. Pienso que las personas graciosas o divertidas en realidad con unas irresponsables.	4	3	2	1
11. Aunque tenga problemas, no pierdo mi sentido del humor.	4	3	2	1
12. Estoy convencido que a veces es mejor reírse de las situaciones difíciles que ponerse a llorar.	4	3	2	1
13. Me considero una persona simpática y graciosa.	4	3	2	1
14. Me divierto con cualquier cosa.	4	3	2	1
15. Con frecuencia me dicen que soy una persona seria.	4	3	2	1

TERCERA PARTE: Características Interpersonales

6. En esta ocasión, queremos conocer sobre tus **RELACIONES CON LOS OTROS** y la forma en que logras **PONERTE EN EL LUGAR DE ELLOS**. Por favor, marca con una X sobre el número de la derecha que indique el grado con que estás de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado.

4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,

Totalmente de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo

1. Encuentro dificultades para hablar con la gente.	4	3	2	1
2. Consigo la amistad de la persona que yo deseo.	4	3	2	1
3. Para mí es difícil comprender los sentimientos de los demás.	4	3	2	1
4. Me gusta apoyar a los otros.	4	3	2	1
5. Creo que soy una persona sociable.	4	3	2	1
6. Fácilmente me puedo poner en el lugar de los otros y comprender lo que les pasa.	4	3	2	1
7. Prefiero pasar desapercibido.	4	3	2	1
8. Me gusta participar activamente en las conversaciones con mis amigos.	4	3	2	1
9. Me considero una persona tímida.	4	3	2	1
10. A veces es fácil saber cómo se siente una persona con sólo mirar su cara o escuchar el tono de su voz.	4	3	2	1
11. No soporto cuando los otros me cuentan sus problemas.	4	3	2	1
12. Me da lo mismo que los otros estén bien o mal, mientras no se metan conmigo.	4	3	2	1
13. Me aburren los problemas de los demás, por más amigos que sean.	4	3	2	1
14. Me considero una persona solitaria.	4	3	2	1
15. Me da vergüenza hablar con los otros.	4	3	2	1

7. Siempre pensando en ti en tu **RELACIÓN CON LOS OTROS**, marco con una X sobre el número de la derecha que indique tu grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado.

4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

1. Me gusta ayudar a los demás.	4	3	2	1
2. No pienso en las necesidades de los otros.	4	3	2	1
3. Pienso que soy una persona en quien se puede confiar.	4	3	2	1
4. Cuando le prometo algo a una persona importante para mí, me esfuerzo por cumplirla.	4	3	2	1
5. Me gusta trabajar con otros en equipo.	4	3	2	1
6. Creo que ya no se puede confiar en nadie.	4	3	2	1
7. No creo en la frase: "hoy por ti, mañana por mí".	4	3	2	1
8. Pienso que todos somos importantes y necesarios.	4	3	2	1
9. Me gusta compartir con los demás.	4	3	2	1
10. A veces hay que gritarle a los otros cuando se lo merecen.	4	3	2	1
11. Soy responsable con mis deberes de la escuela o del colegio.	4	3	2	1
12. Soy de idea de que los puños resuelven más que un apretón de manos de amistad.	4	3	2	1
13. Prefiero trabajar solo que en equipo.	4	3	2	1
14. Por lo general, no hago los oficios de mi casa que me corresponden o que me piden.	4	3	2	1
15. Cumplo con lo que prometo.	4	3	2	1

CUARTA PARTE: Redes de Apoyo

8. Ahora vamos a pedirte que pienses en **TU FAMILIA** y que marques con una X sobre el número de la derecha, con qué tan de acuerdo estás con el enunciado que se te presenta.

*4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En mi familia me critican mucho.	4	3	2	1
2. Por lo general, nunca logro quedarle bien a mis padres.	4	3	2	1
3. Soy la "oveja negra" de mi familia o el que casi siempre da problemas en mi casa.	4	3	2	1
4. Me siento valorado por mi familia.	4	3	2	1
5. Lo que nunca falta en mi casa son los pleitos.	4	3	2	1
6. Si tuviera un problema, no dudaría en recurrir a mi familia.	4	3	2	1
7. Me gusta pasar tiempo libre con mi familia.	4	3	2	1
8. En mi familia nos ayudamos unos a otros.	4	3	2	1
9. Mi familia siempre me ha apoyado.	4	3	2	1
10. Es difícil compartir tiempo libre con mi familia.	4	3	2	1
11. Me siento rechazado por mi familia.	4	3	2	1
12. Disfruto mucho con mi familia.	4	3	2	1
13. En mi familia, cada quien está en sus cosas, sin preocuparnos mucho por los demás.	4	3	2	1
14. En mi familia nos tratamos con cariño y respeto.	4	3	2	1
15. Entre más lejos esté de mi familia, me siento mejor.	4	3	2	1

9. En esta ocasión vas a pensar en **TUS AMIGOS** y **TUS COMPAÑEROS** de la escuela (colegio), o del grupo al que pertenezcas y al igual que en el cuadro anterior, vas a marcar con una X sobre el número de la derecha que indique en grado estás de acuerdo o desacuerdo con el enunciado.

*4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo buenos amigos en quienes puedo confiar.	4	3	2	1
2. Mis compañeros se burlan de mí.	4	3	2	1
3. Cuando tengo un problema, puedo contárselo a mis amigos.	4	3	2	1
4. Mis compañeros no me comprenden.	4	3	2	1
5. Mis amigos y yo nos divertimos mucho juntos.	4	3	2	1
6. Me siento rechazado por mis compañeros.	4	3	2	1
7. Mis amigos me han dado buenos consejos.	4	3	2	1
8. En los recreos, por lo general, ando solo.	4	3	2	1
9. Mis amigos también disfrutan de las actividades que a mi me gustan.	4	3	2	1
10. Estoy convencido de que los verdaderos amigos no existen.	4	3	2	1
11. Cuando estoy triste o tengo algún problema, mis amigos siempre logran hacerme reír.	4	3	2	1
12. No tengo amigos.	4	3	2	1
13. Me siento apoyado por mis amigos.	4	3	2	1
14. Mis amigos me han dado buenos consejos.	4	3	2	1
15. Me siento aceptado por mis compañeros.	4	3	2	1

10. Ahora vas a pensar en **OTRAS PERSONAS**, que no sean de tu familia ni de tus amigos o compañeros y vas a marcar con una X sobre el número de la derecha que indique en grado estás de acuerdo o desacuerdo con el enunciado.

*4= totalmente de acuerdo, 3= de acuerdo,
2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo personas que me apoyan.	4	3	2	1
2. Nadie me comprende.	4	3	2	1
3. Me llevo bien con los maestros y profesores.	4	3	2	1
4. Cuando tengo un problema, no puedo recurrir a nadie.	4	3	2	1
5. Tengo personas de confianza, además de mi familia y amigos.	4	3	2	1
6. Me es difícil conseguir el apoyo y la comprensión de alguna persona.	4	3	2	1
7. Mis maestros y profesores me critican.	4	3	2	1
8. No tengo buenas relaciones con las personas adultas.	4	3	2	1
9. Estoy seguro que hay gente que confía en mí.	4	3	2	1
10. No hay un solo lugar donde me sienta apoyado.	4	3	2	1
11. Algunos adultos son personas amables y buenas a quienes admiro mucho.	4	3	2	1
12. Mis maestros o profesores han dicho que no ven un buen futuro en mí.	4	3	2	1
13. Me siento querido y apoyado por las personas.	4	3	2	1
14. Sólo cuento conmigo mismo.	4	3	2	1

15. Hay un adulto que se preocupa por mí y a quien puedo recurrir.	4	3	2	1
--	---	---	---	---

QUINTA PARTE: Sucesos de la vida

A continuación te presentamos una lista de sucesos que pueden ocurrir en la vida. Por favor indica con una X en las casillas de la derecha, si ese evento ha ocurrido en tu vida EN EL ÚLTIMO AÑO y qué impacto tuvo para vos.

4= sí me sucedió y fue BUENO para mí
 3= sí me sucedió y fue MALO para mí
 2= sí me sucedió y NO TUVO IMPORTANCIA para mí
 1= NO ME HA SUCEDIDO

Sí me sucedió y fue BUENO para mí

Sí me sucedió y fue MALO para mí

Sí me sucedió y no tuvo importancia para mí

NO ME HA SUCEDIDO

	4	3	2	1
1. Cambié de escuela o colegio.	4	3	2	1
2. Nació un/a hermano/a.	4	3	2	1
3. Algún hermano/a se fue de la casa.	4	3	2	1
4. Mi papá o mi mamá perdió el trabajo.	4	3	2	1
5. Mi padre o mi madre se fue de la casa.	4	3	2	1
6. El trabajo de mi padre o mi madre cambió y está más tiempo fuera de casa.	4	3	2	1
7. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa.	4	3	2	1
8. Mis padres se separaron o se divorciaron.	4	3	2	1

9. Mi papá o mi mamá se casó de nuevo.	4	3	2	1
10. Mi hermano/a fue encarcelado/a.	4	3	2	1
11. Mi papá o mi mamá fue enviado/a a prisión por un año o más.	4	3	2	1
12. Mis abuelos/as vinieron a vivir a mi casa.	4	3	2	1
13. Mejoraron mis relaciones con otras personas.	4	3	2	1
14. Murió mi abuelo o abuela.	4	3	2	1
15. Disminuyeron los ingresos económicos de mi familia.	4	3	2	1

4= sí me sucedió y fue BUENO para mí

3= sí me sucedió y fue MALO para mí

2= sí me sucedió y NO TUVO IMPORTANCIA para mí

1= NO ME HA SUCEDIDO

Sí me sucedió y fue BUENO para mí

Sí me sucedió y fue MALO para mí

Sí me sucedió y no tuvo importancia para mí

NO ME HA SUCEDIDO

16. Empecé el colegio.	4	3	2	1
17. Los pleitos entre mis papás empeoraron.	4	3	2	1
18. Murió mi papá o mi mamá.	4	3	2	1
19. Murió un/a hermano/a.	4	3	2	1
20. Murió un/a amigo/a cercano/a.	4	3	2	1
21. Dejé de fumar.	4	3	2	1
22. Tuve serios desacuerdos con mi papá, con mi mamá o con ambos.	4	3	2	1
23. Mis papás, que estaban separados, se volvieron a casar o volvieron a vivir juntos.	4	3	2	1
24. Mi papá o mi mamá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento.	4	3	2	1

25. Mi papá o mi mamá fue hospitalizado por alguna enfermedad seria.	4	3	2	1
26. Un/a hermano/a fue hospitalizado/a por una enfermedad seria.	4	3	2	1
27. Me enviaron con un/a psicólogo/a o terapeuta.	4	3	2	1
28. Empecé a usar lentes, frenos, aparato para oír u otro tipo de instrumento.	4	3	2	1
29. Vivo o viví en una casa hogar (albergue).	4	3	2	1
30. Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en el colegio.	4	3	2	1
31. Me expulsaron de la escuela o del colegio.	4	3	2	1
32. Obtuve mi licencia para conducir automóvil.	4	3	2	1
33. Tuve un aborto provocado (si eres mujer) o mi novia tuvo un aborto provocado (si eres hombre).	4	3	2	1

4= sí me sucedió y fue BUENO para mí

3= sí me sucedió y fue MALO para mí

2= sí me sucedió y NO TUVO IMPORTANCIA para mí

1= NO ME HA SUCEDIDO

Sí me sucedió y fue BUENO para mí

Sí me sucedió y fue MALO para mí

Sí me sucedió y no tuvo importancia para mí

NO ME HA SUCEDIDO

34. Fui asaltado/a o golpeado/a.	4	3	2	1
35. Abusaron sexualmente de mí o fui violado/a.	4	3	2	1
36. Contraje una enfermedad venérea.	4	3	2	1
37. Tuve relaciones sexuales por primera vez.	4	3	2	1
38. Tuve una experiencia homosexual.	4	3	2	1
39. Robé algo valioso.	4	3	2	1
40. Subí mucho de peso.	4	3	2	1

41. Bajé mucho de peso.	4	3	2	1
42. Tuve problemas en la escuela o en el colegio con algún maestro o profesor.	4	3	2	1
43. Tuve un accidente que me dejó cicatrices.	4	3	2	1
44. Comparto más tiempo con mis amigos/as o compañeros/as.	4	3	2	1
45. Me enfermé seriamente y pasé algún tiempo en el hospital.	4	3	2	1
46. Reprobé o repetí un año escolar.	4	3	2	1
47. Estoy en libertad condicional.	4	3	2	1
48. Me suspendieron de la escuela o del colegio.	4	3	2	1
49. Fui encarcelado/a por robar.	4	3	2	1
50. Tomé drogas o alcohol.	4	3	2	1
51. Me embaracé (si eres mujer); embaracé a mi novia (si eres hombre).	4	3	2	1
52. Me hice miembro de algún grupo religioso.	4	3	2	1

4= sí me sucedió y fue BUENO para mí

3= sí me sucedió y fue MALO para mí

2= sí me sucedió y NO TUVO IMPORTANCIA para mí

1= NO ME HA SUCEDIDO

Sí me sucedió y fue BUENO para mí

Sí me sucedió y fue MALO para mí

Sí me sucedió y no tuvo importancia para mí

NO ME HA SUCEDIDO

53. Tuve un fracaso (escuela, colegio, deportes o alguna otra actividad).	4	3	2	1
54. Empecé a tener novia/o.	4	3	2	1
55. Rompí con mi novia/o.	4	3	2	1
56. Me dieron permiso de salir con un/a muchacho/a por primera vez.	4	3	2	1
57. Fui golpeado/a por algún miembro de mi familia.	4	3	2	1

58. Tuve una desilusión amorosa.	4	3	2	1
59. Fui aceptado/a en la universidad.	4	3	2	1
60. Empecé a trabajar medio tiempo.	4	3	2	1
61. Conseguí mi primer empleo de tiempo completo.	4	3	2	1
62. Perdí mi empleo.	4	3	2	1
63. Reprobé un examen importante.	4	3	2	1
64. Me inscribí en un club o en un grupo de jóvenes.	4	3	2	1
65. Me eligieron como líder de un grupo o club.	4	3	2	1
66. Fui tratado de manera diferente por mis amigos.	4	3	2	1
67. Una hermana soltera se embarazó.	4	3	2	1
68. Tuve un logro personal sobresaliente.	4	3	2	1
69. Mejoraron las relaciones con mi familia.	4	3	2	1
70. Gané un premio deportivo importante.	4	3	2	1
71. Mejoré mi promedio escolar.	4	3	2	1

SEXTA PARTE: Conductas de riesgo

A continuación te presentamos una lista con algunas acciones que realizan los jóvenes de Costa Rica. Por favor marca con una X en las casillas de la derecha, si alguna vez, has llevado a cabo estas acciones.

V= es verdadero para mí

F= es falso para mí

	Verdadero	Falso
1. Dejar la escuela o el colegio.	V	F
2. Perder algún año lectivo.	V	F

3. Realizar alguna actividad laboral (trabajar).	V	F
4. No hacer deporte.	V	F
5. Practicar deporte en las calles del barrio.	V	F
6. Permanecer solo/a en la casa durante mucho tiempo.	V	F
7. Sentirse inseguro/a en el hogar.	V	F
8. Nunca sentirse importante.	V	F
9. Nunca sentirse a gusto consigo mismo.	V	F
10. Nunca sentirse apreciado por los adultos.	V	F
11. Nunca tener planes para el futuro.	V	F
12. Deseo de hacerse daño o acabar con su vida.	V	F
13. Tener amigos/as que fumen.	V	F
14. Tener amigos/as que tomen licor.	V	F
15. Que le hayan ofrecido drogas.	V	F
16. Tener amigos/as que consuman drogas.	V	F
17. Haber sido amenazado/a por alguien.	V	F
18. Haber sido asaltado/a en el último año.	V	F

V= es verdadero para mí

F= es falso para mí

	Verdadero	Falso
19. Ver televisión 4 o más horas diarias.	V	F
20. Jugar videojuegos 4 o más horas diarias.	V	F
21. Haber probado un cigarrillo.	V	F
22. Fumar actualmente.	V	F

23. Haber probado bebidas alcohólicas.	V	F
24. Continuar consumiendo bebidas alcohólicas.	V	F
25. Haber probado drogas.	V	F
26. Consumir drogas actualmente.	V	F
27. Haber amenazado a alguien.	V	F
28. Que no le agrade su cuerpo.	V	F
29. No haber escuchado hablar sobre el SIDA.	V	F
30. No conocer de ninguna enfermedad de transmisión sexual.	V	F
31. Conocer a una mujer de su edad que haya abortado.	V	F
32. Haber tenido relaciones sexuales.	V	F
33. Nunca haber utilizado anticonceptivos en sus relaciones sexuales.	V	F
34. Nunca haber utilizado condón en sus relaciones sexuales.	V	F
35. Involucrarse en una pelea a puñetazos.	V	F
36. Haber sido arrestado.	V	F
37. No usar cinturón de seguridad al ir de acompañante en un automóvil.	V	F
38. Asistir a piques.	V	F
39. Participar en piques.	V	F

SETIMA PARTE: Ficha de Identificación

1. Edad: ____ años y ____ meses.

2. Género: () Femenino () Masculino

3. ¿En qué año estás? () 7mo () 8vo () 9no () 10mo () 11mo

4. ¿Has repetido algún año? () No () Sí, ¿cuántos? _____

5. ¿A qué tipo de institución asistes?

- () Colegio regular, diurno y público () Educación abierta
 () Colegio regular, diurno y privado () Academia o instituto técnico
 () Colegio regular, nocturno y público

6. ¿Con quién vives? *(puedes marcar varias)*

- () padre () madre () hermanos mayores () hermanos menores
 () padrastro () madrastra () hermanastros
 () abuelos () tíos () primos
 () otras personas, ¿quiénes? _____

7. Nivel educativo de su padre:

- 1- Primaria incompleta ()
 2- Primaria completa ()
 3- Secundaria incompleta ()
 4- Secundaria completa ()
 5- Universitaria incompleta ()
 6- Universitaria completa ()
 7- Estudios técnicos ()
 8- Otros () (anotar) _____

8. Nivel educativo de su madre:

- 9- Primaria incompleta ()
 10- Primaria completa ()
 11- Secundaria incompleta ()
 12- Secundaria completa ()
 13- Universitaria incompleta ()
 14- Universitaria completa ()
 15- Estudios técnicos ()
 16- Otros () (anotar) _____

9. En tu casa hay: *(puedes marcar varias)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cocina | <input type="checkbox"/> DVD |
| <input type="checkbox"/> refrigeradora | <input type="checkbox"/> videojuegos (wii, play station, Nintendo) |
| <input type="checkbox"/> lavadora | <input type="checkbox"/> equipo de sonido |
| <input type="checkbox"/> microondas | <input type="checkbox"/> computadora |
| <input type="checkbox"/> teléfono | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> televisión | <input type="checkbox"/> automóvil |
| <input type="checkbox"/> cable para canales internacionales | <input type="checkbox"/> 2 ó más dormitorios |

10. Tu casa es: propia alquilada prestada

11. En tu familia, ¿quiénes trabajan fuera del hogar?

- padre madre hermanos mayores hermanos menores
 padrastro madrastra hermanastros
 abuelos tíos primos
 otras personas, ¿quiénes? _____

12. ¿Practicas alguna religión? No Sí, ¿cuál? _____

13. ¿A qué dedicas tu tiempo libre? (puedes marcar varias)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> leer | <input type="checkbox"/> tocar algún instrumento musical |
| <input type="checkbox"/> escuchar música | <input type="checkbox"/> escribir o pintar |
| <input type="checkbox"/> hacer deporte | <input type="checkbox"/> hacer alguna manualidad |
| <input type="checkbox"/> pasear | <input type="checkbox"/> compartir con familiares o con amigos |
| <input type="checkbox"/> cocinar | <input type="checkbox"/> Otros, ¿cuáles? _____ |

14. ¿Tienes algún padecimiento médico para el que recibas tratamiento?

- Sí No

15. ¿Alguna vez has recibido atención psicológica?

- Sí No

Muchas gracias!!!!!!