



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Salud mental en adolescentes medida a través del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ).

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicólogo Clínico.

AUTOR:

Bermeo Toledo Carlos Oswaldo

CI: 0105933022

DIRECTOR:

Econ. William Paúl Arias Medina

CI: 0104682521

CUENCA – ECUADOR
2018



RESUMEN

La salud mental es un tema que no ha sido abordado lo suficiente en nuestro contexto, en especial lo que refiere en la etapa de la adolescencia, es por esto que el objetivo de este estudio fue medir la salud mental en adolescentes de acuerdo a la edad, sexo y nivel escolar en la unidad educativa Jaime Roldós Aguilera, Azuay-Ecuador. Para alcanzar tal propósito se administró el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de Goodman. La investigación fue cuantitativa de alcance descriptivo y correlacional con una muestra de 376 estudiantes, las edades comprendieron de 11 a 17 años. Los resultados sugieren que existe una correlación baja pero positiva entre la edad y las dimensiones de dificultades. En cuanto a sexo, existe diferencias entre hombres y mujeres, pero solamente en las dimensiones de síntomas emocionales y conducta pro-social en donde las mujeres obtuvieron una puntuación más alta, en el resto de dimensiones no existen diferencias significativas. Para el nivel escolar los resultados mostraron mejor puntuación para los de noveno y décimo de EGB (M: 13) mientras que los que presentan mayores dificultades son los de segundo de BGU (M: 16). Para la puntuación total de dificultades la diferencia no es significativa. Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, la confiabilidad y validez de constructo del SDQ demostraron ser poco satisfactorias en este contexto ($\alpha = .67$).

Palabras Claves: salud mental, Psicología, adolescentes, fortalezas, dificultades, SDQ.



ABSTRACT

Mental health is a topic that has not been sufficiently addressed in our context, especially what it refers to in adolescence, which is why the objective of this study was to measure mental health in adolescents according to age, sex and school level in the educational unit Jaime Roldós Aguilera, Azuay-Ecuador. To achieve this purpose, the Goodman Strengths and Difficulties Questionnaire was administered. The investigation was quantitative of descriptive and correlational scope with a sample of 376 students, ages ranging from 11 to 17 years. The results suggest that there is a low but positive correlation between age and the dimensions of difficulties. Regarding sex, there are differences between men and women, but only in the dimensions of emotional symptoms and pro-social behavior where women obtained a higher score, in the other dimensions there are no significant differences. For the school level the results showed better score for the ninth and tenth of EGB (M: 13) while those with greater difficulties are the second of BGU (M: 16). For the total score of difficulties, the difference is not significant. Regarding the psychometric properties of the instrument, the reliability and construct validity of the SDQ proved to be unsatisfactory in this context ($\alpha = .67$).

Key words: mental health, Psychology, adolescents, strengths, difficulties, SDQ



INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INDICE DE CONTENIDOS	4
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	5
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	6
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
Fortalezas	14
Debilidades	15
Investigaciones previas	16
PROCESO METODOLÓGICO	20
ANÁLISIS RESULTADOS	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	
Anexo 1 Consentimiento informado.....	41
Anexo 2 Asentimiento informado para participantes.....	42
Anexo 3 Ficha sociodemográfica.....	43
Anexo 4 Escala BIPS – J.....	44
Anexo 5 Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas).....	45



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Carlos Oswaldo Bermeo Toledo en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Salud mental en adolescentes medida a través del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ)”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de agosto del 2018

Carlos Oswaldo Bermeo Toledo

C.I: 0105933022



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Carlos Oswaldo Bermeo Toledo autor del trabajo de titulación “Salud mental en adolescentes medida a través del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ)”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 29 de agosto del 2018

Carlos Oswaldo Bermeo Toledo

C.I: 0105933022



AGRADECIMIENTO

Primero que nada, agradezco a mis padres; Galo, María ya que sin el apoyo constante de ellos no hubiera llegado hasta donde estoy hoy en día. Todos sabemos que, aunque fue una época difícil ustedes nunca dieron su brazo a torcer, por esta razón gracias de todo corazón, LOS AMO. También agradezco a mis hermanos; Caro, Fernando, Alejo por confiar en mí y brindarme aliento en cada desacierto. Como olvidarme de mi segunda madre, mi abuelita Ninfa que gracias a su cuidado y consejos en mi infancia ahora soy, lo que soy. A mi segundo padre, tío Galo gracias... mi esposa, aunque recién comenzamos el camino del matrimonio agradezco tu apoyo incondicional, sé que llegaremos muy lejos...

A mis profesores por sus enseñanzas, por ser personas que brindaban ayuda y nos sacaban de cualquier inquietud obtenida. A mis tutores institucionales y académicos de prácticas por sus sugerencias y por su aporte para tener una gran experiencia. Y a mí director Paul Arias, por los conocimientos impartidos, motivación y por saberme guiar para la culminación de esta investigación.

A mis amigos miembros de la “manada de lobos”, amigo Rene, mis jefes Marcelo y Liuba gracias por el apoyo y a la unidad educativa JRA por abrirme sus puertas para realizar la investigación.



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a toda mi familia, en especial a mis padres. Galo Bermeo y María Toledo por su valentía, por su amor y perseverancia, son un ejemplo a seguir y a mis herman@s, abuelita, tíos... por apoyarme y darme esos ánimos para terminar la universidad, este trabajo es para ustedes. ¡Los amo!

A mi esposa por estar conmigo en mis últimos de años de universidad y en la finalización de esta etapa, gracias por tu amor, comprensión, por animarme, por ayudarme y apoyarme.

A mis profesores por todo este tiempo compartido y a la facultad de psicología por impartirme varias enseñanzas y la oportunidad de ser profesional.



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Como primer punto se considera el origen, curso y avances que ha tenido el constructo salud mental (SM); desde el siglo XIX hasta la actualidad se han logrado grandes aportes tanto teóricos como prácticos. Un estudio realizado por Bertolote (2008) encuentra que los principios de la SM tienen origen en la salud pública, en la psiquiatría clínica y otras ramas del conocimiento. Antes de 1946 no se encuentra indicios como campo o disciplina, pero, anterior a esta fecha se encuentra como referencia el concepto de higiene mental que fue presentado en el libro “Higiene mental o un examen del intelecto y las pasiones diseñado para ilustrar su influencia sobre la salud y la duración de la vida en 1843”. En la segunda sesión de la OMS de 1948, el comité de expertos en salud mental, decidió hacer una distinción entre la SM y la higiene mental. Por un lado, la higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. En cambio, la SM es una condición sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales que guía a la persona a alcanzar la satisfacción de sus propios instintos, formar y mantener relaciones armónicas con terceros y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (OMS, 1950).

Años siguientes, desde la perspectiva humanista, Erich Fromm define que la SM es un estado de la persona, relativo antes que absoluto. Para él los mejores indicadores de la salud mental son: el éxito en el trabajo, la capacidad de mantener relaciones afectuosas, la capacidad de crear, la habilidad para resolver conflictos ante los instintos, la conciencia, personas de importancia y la realidad (Fromm, 1994). En 1998 la Mental Health for Canadians define a la SM como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente a modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas,



cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común. (Davis, 2014)

Aportes de Houtman & Kompier (2001) definen a la SM primero como: un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos. Segundo, como un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento y tercero, como el resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante. Por otro lado, la (OMS, 2004) define a la salud mental como "...Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (p. 14)

Es necesario entender que para determinar la salud mental no es posible centrarse solo en las manifestaciones físicas, también debemos considerar otras dimensiones como la psicológica y la social, cualidades que nos da la conciencia de nuestra propia existencia, esto nos diferencia de otros seres vivos y, por lo tanto, somos capaces de aprender del pasado, tomar decisiones en el presente y proyectarnos hacia futuro. Esta aptitud que tenemos de ser seres biopsicosociales nos da la capacidad de modelar nuestro entorno para satisfacer nuestras necesidades y vivir la vida con plenitud; sin embargo, si asociamos lo biopsicosocial con las etapas del desarrollo es de esperar la existencia de riesgos potenciales a los que se exponen los individuos y estos varían según la edad: son muy diferentes en la niñez con respecto a la adolescencia o la vejez. (Mosso, Penjerek & Feltrez, 2015).

A causa de estos riesgos...

"los problemas de salud mental representan una gran parte de la carga de enfermedades entre los jóvenes de todas las sociedades. (...) Se calcula que el 20%



de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento”. (UNICEF, 2011, pág. 27)

Según el mismo texto, la depresión y el suicidio son las principales causas de mortalidad en los adolescentes. Del mismo modo afirma que los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas. (UNICEF, 2011, pág. 78)

Las estadísticas nos muestran los diversos factores que afectan la salud mental, para comprender mejor el término se definirá que es salud. Este concepto ha sido sujeto de estudio a lo largo de la historia, la OMS, (1946) define a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (p.100). Actualmente, existen ideas comunes entre los teóricos, aunque, el gran aporte conceptual también ha generado controversias entre los mismos, éstos afirman que no existe una definición clara de uno de los conceptos principales como es el bienestar ya que la percepción de este puede variar de acuerdo a la cultura. Araya & Heine, (2013) indican que la investigación de bienestar se fue centrando en variables subjetivas, siendo el bienestar un resultado de vivencias y experiencias que tiene cada ser humano. Para determinar la percepción de salud que tiene un determinado contexto Morrison & Bennett (2008), consideran que es de gran importancia analizar el comportamiento de las personas y su relación con la salud, la perspectiva de vida sobre la salud y el análisis del ciclo vital, envejecimiento y creencias sobre la salud.



En el Ecuador, el tema de la SM está en formación. En el 2014 el Ministerio de Salud Pública desarrolló el primer modelo de atención de salud mental en el marco de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Mediante este proyecto el estado pretende fomentar la promoción y prevención de la SM mejorando la atención psicológica en hospitales y sub-centros de salud y estos a su vez están articulados con entidades educativas. Además, se pretende abarcar el contexto familiar a través de visitas domiciliarias. (Ministerio de salud pública, 2014). A pesar de que este nuevo proyecto ya está en marcha, los resultados aún no se perciben, se espera que en años siguientes exista un cambio en las estadísticas nacionales de salud mental. Sin embargo, tomando la idea de la (UNICEF, 2011) “...los adolescentes que no reciban esta asistencia se pueden ver afectados por: una educación insuficiente y por ende pueden llevar un estilo de vida peligroso donde el uso de estupefacientes, actividades sexuales sin protección, delitos, entre otros factores de riesgo aumentan las enfermedades o muerte prematura.” (p. 78)

Además de esto, los chicos y las chicas se encuentran en un período fundamental en su formación en donde existen cambios significativos en las esferas físicas, cognitivas, afectivas y comportamentales. Estos cambios pueden verse alterados por diferentes factores de riesgo como el fácil acceso a la tecnología, incorrecta elección de amistades, la presión que sienten por parte del entorno familiar, escolar y social, etc. Estos eventos no normativos pueden generar inconvenientes en el desarrollo del individuo. Otro factor es el desconocimiento acerca de sus virtudes y debilidades, conceptos en los que se pretenden centrar la investigación. Todos estos problemas que enfrentan pueden ser abrumadores para muchos adolescentes y pueden conllevar a un problema de salud mental. (American Academy of Pediatrics, 2015)

Es claro que exponerse a estos factores de riesgo pueden generar una mala adaptación en el contexto en el que se desenvuelven. Pero no siempre es así, la Unicef (2002), define de una forma



positiva esta etapa en donde “...la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables” (p.1).

La adolescencia es una etapa que comprende un rango de edad, existen varios autores que la delimitan, uno de ellos es Erick Erickson, quien desde un punto de vista evolutivo dividió el desarrollo humano en 8 etapas psicosociales, para él la adolescencia pasa por un proceso denominado: *identidad vs confusión de identidad*, y está comprendida entre los 12 a los 19 años. Erick nos dice que “...los adolescentes desarrollan un fuerte sentido de ellos mismos, o quedan confundidos acerca de su identidad y de su papel en la vida” (Rice, 1997, pág. 34). El individuo en cada fase enfrenta nuevos retos y lo ideal es que cada etapa sea culminada con éxito para obtener una cualidad positiva, si no se da esto, es posible que existan problemas de adaptación en las siguientes fases. En cada etapa, el potencial para el crecimiento personal es alto, pero también lo es el potencial para el fracaso.

Por otra parte, desde el punto de vista cognoscitivo, los aportes de Jean Piaget señalan que la adolescencia inicia a partir de los 11 años y finaliza en la adultez. Este autor dividió el desarrollo del ser humano en 4 estadios en donde los adolescentes se sitúan en la última de estas. Esta fase se caracteriza por que los jóvenes ya adquieren un razonamiento lógico abstracto, es decir, que cuando se presenta un elemento al sujeto, este elemento no se describe solamente como algo concreto si no también se puede deducir que propiedades tiene. La diferencia con los estadios anteriores es que en este punto ya pueden realizar hipótesis sobre algo que tal vez no entiendan luego de esto pueden ponerlas a prueba para encontrar la solución al problema. Para este autor el



aprendizaje es un proceso estructural construido progresivamente por medio de la experiencia obtenida mediante una interacción continua entre el sujeto y el mundo exterior. (Piaget, 1981)

Otro aporte lo hace la OMS (2017), que define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Los adolescentes en esta etapa pueden ser vulnerables a adquirir diferentes tipos de conductas de alto riesgo como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas más nocivas para la salud, de ahí la importancia de conocer las fortalezas y debilidades de los individuos presentes en esta etapa del ciclo vital.

Fortalezas

Para entender de mejor manera las fortalezas de cada individuo, Seligman (1999) desarrolla la psicología positiva, esta nueva corriente está centrada en las experiencias y emociones positivas como la felicidad, la alegría, la sabiduría y la resiliencia. Si bien, desde sus orígenes la psicología se ha caracterizado por estar centrado en la patología y en la debilidad humana en general, la psicología positiva se enfoca en el estudio científico del funcionamiento óptimo del ser humano, es decir una ciencia para ayudar a otras personas en base a sus virtudes. Entre las aplicaciones de esta disciplina se encuentra el ámbito educativo, el organizacional, el laboral y especialmente en el ámbito clínico. Por otro lado Peterson & Seligman (2004), consideran el concepto de virtud como demasiado amplio y abstracto, en su lugar, emplean el concepto de fortaleza para referirse a la manifestación psicológica de la virtud. En otras palabras, las fortalezas humanas serían los



ingredientes psicológicos que definen las virtudes. A partir de la revisión de diferentes escritos y manifestaciones filosóficas, teológicas y culturales, descubrieron que en la mayoría de los documentos revisados se valoraban seis virtudes: primero, la sabiduría y el conocimiento: que engloba las fortalezas cognitivas relacionadas con la adquisición y el uso del conocimiento como la creatividad, curiosidad, deseo de aprender y apertura a la experiencia; en segundo lugar consideran el valor como la fuerza emocional relacionada con la actuación consciente dirigida a objetivos encomiables, realizados ante fuertes adversidades y ante la incertidumbre de si podrán ser conseguidos o no. Las fortalezas asociadas a esta virtud son la valentía, perseverancia, integridad y vitalidad; tercero, el amor y la humildad son fortalezas interpersonales como intimidad, amabilidad e inteligencia social que influyen al acercamiento y amistad con otros; cuarto, la justicia constituye la fortaleza cívica que persigue una vida en comunidad saludable, las fortalezas asociadas a esta virtud son el liderazgo, ciudadanía y justicia; quinto, la templanza hace alusión a aquellas fortalezas que protegen contra el exceso y facilitan la expresión apropiada y moderada de los apetitos y necesidades, como la capacidad de perdonar, humildad, prudencia, autorregulación; Finalmente, la espiritualidad y la trascendencia constituidas por fortalezas como la gratitud, apreciación de la belleza, optimismo esperanza y espiritualidad que conectan con el universo más amplio y proporcionan un significado a la vida.

Debilidades

Conjuntamente con las fortalezas es necesario considerar el opuesto a estas, las debilidades. Giménez, Vázquez, & Hervás (2010) determinan que la etapa de la adolescencia se ha ido configurando una conceptualización como un período de la vida especialmente conflictivo y traumático. Esta visión generalizada de padres, educadores y sociedad, constituye el principal



obstáculo para establecer relaciones positivas desde las cuales permitirán el desarrollo de las potencialidades de los más jóvenes. Desde este punto de vista se puede definir a las debilidades como hábitos, pensamientos y conductas negativas que no le impiden alcanzar metas a la persona, realizar labores con eficacia o lograr aquello que desean. La salud mental puede verse afectada por varios factores. Herrera Santi (1999), establece que los principales factores de riesgo psicológico son; insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, patrones inadecuados de educación y crianza, ambiente frustrante y sexualidad mal orientada. En relación con el área social los principales son; inadecuado ambiente familiar, pertenencia a grupos antisociales, promiscuidad, abandono escolar y bajos niveles escolares, culturales y económicos. Con estos factores de riesgo se puede identificar a adolescentes que están más propensos a sufrir los daños que los aquejan como, por ejemplo: accidentes, embarazos precoces, uso y abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio. Para mitigar esto la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente.

Investigaciones previas

La salud mental ha sido motivo de investigación en varios países, de acuerdo con los estudios revisados cada uno aplica diferentes tipos de escalas para medir este constructo. Sin embargo, en este estudio se empleó el cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) desarrollado por Goodman (1997). A pesar de que este instrumento fue aplicado en más de 100 países se pudo encontrar 3 estudios relacionados con esta temática que se detallarán a continuación. En nuestro país existen pocas investigaciones, pero ninguna con este instrumento.

En España, en 2011, se realizó un estudio denominado Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del SDQ, esta investigación de



diseño transversal tuvo la participación de 1,319 estudiantes, 631 varones y 688 mujeres, pertenecientes a 28 centros escolares. Los resultados demostraron un elevado número de participantes con problemas emocionales y comportamentales así mismo una marcada diferencia en función de sexo y edad. También se encontró que las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones medias que los varones en la sub-escalas síntomas emocionales y conducta pro-social del SDQ; en cambio, los varones obtuvieron mayores puntuaciones en las sub-escalas problemas de conducta e hiperactividad. (Fonseca Pedrero, Paino, Lemos Giráldez & Muñoz, 2011).

Caqueo, Urzúa , Zúñiga, Palma & Escudero (2014), llevaron a cabo un estudio sobre Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños Aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores con la participación de 610 alumnos de 5° a 8° año de Enseñanza General Básica de la ciudad de Arica, además de sus padres y profesores, a quienes se les aplicó el cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) de Goodman (1997), compararon a niños Aymara con aquellos sin ascendencia indígena. Se obtuvo como resultado que no hubo diferencias relevantes en las dimensiones del SDQ entre los grupos estudiados, donde las discrepancias en prácticamente todos los casos muestran un efecto leve. En conclusión, los niños Aymara mostraron fortalezas y dificultades similares a las de sus pares no Aymara ante situaciones que requieren ajuste emocional.

Por otro lado, el SDQ se ha empleado en otro estudio para una investigación denominada Respuesta de las fortalezas y las dificultades medida mediante el cuestionario (SDQ) en una muestra de jóvenes de alto riesgo en tratamiento residencial para la cual se contó con una muestra de 65 jóvenes que están en tratamiento residencial. Este estudio de corte longitudinal intentó medir la capacidad de respuesta para detectar el cambio en el tiempo. Además, se examinó la capacidad de respuesta del SDQ entre los jóvenes de alto riesgo y la medida en que los cambios en el SDQ



corresponden a cambios en la lista de chequeo de comportamiento infantil (CBCL). Al realizar la prueba de McNemar los resultados mostraron que hubo una disminución significativa en el SDQ en los ítems de problemas de conducta y síntomas emocionales. (Mason, Chmelka , & Thompson, 2012)

En nuestro país investigaciones semejantes son escasas, se localizó un estudio desarrollado en Quito denominado Análisis de las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización en la Ciudad de Quito, Ecuador, cuya muestra estaba constituida por 20 niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao en la ciudad de Quito, con edades de 10 a 16 años de edad, en donde se utilizó la Escala de Evaluación para Jóvenes (BERS-2). Los resultados indican que para el grupo entre los 10 y 11 años de edad, las respuestas son inconsistentes con respecto de las fortalezas interpersonales, fortalezas intrapersonales, fortalezas afectivas y fortalezas vocacionales. En el grupo de 12 y 13 años de edad solamente existe inconsistencia en las respuestas relacionadas con las fortalezas vocacionales. Para el grupo entre los 14 y 16 años existe inconsistencia en las respuestas relacionadas con las fortalezas intrapersonales y poca consistencia para las respuestas relacionadas con la participación familiar y fortalezas afectivas. Para las respuestas relacionadas con las fortalezas interpersonales, de desempeño escolar y las fortalezas vocacionales, existe aceptable consistencia (Castellanos Rodríguez, 2014).

Con lo anterior se puede decir que la investigación sobre la temática se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, aun así, sigue siendo escaso en materia específica de fortalezas y dificultades en nuestro país, por eso que es necesario brindar más aportes sobre el tema, con el fin de conocer de mejor manera esta población.



Actualmente en nuestro país existen estudios relacionados con la SM, pero la mayoría prestan mayor atención en el área de promoción de la SM y prevención del sufrimiento enfocado al consumo de sustancias, más no existen estudios que estén enfocados en debilidades y fortalezas de los adolescentes. La contribución que se pretende dar al realizar este estudio es identificar el nivel de SM que tienen los adolescentes, además, el análisis estadístico ayudará a establecer si el test está calificado para aplicación en este contexto.

Con lo anterior, podemos decir que esta investigación es pertinente porque nos ayudará a conocer el estado de salud mental en que se encuentran los individuos e identificar que el desconocimiento de las fortalezas y dificultades presentes en la adolescencia generan que los programas e intervenciones estén poco ajustados y especializados para esta población.

Si bien el tema de la salud mental en el Ecuador aún está en formación, este trabajo de investigación ayudará a abrir nuevas puertas para futuras investigaciones relacionadas con la SM en la adolescencia. Además, los resultados serán un aporte para ampliar la temática sobre los aspectos positivos y negativos que manifiestan los sujetos a estudiar y puede ayudar a mejorar el entendimiento de esta etapa del ciclo vital, a su vez servirían para orientar o replantear proyectos de prevención y promoción en favor de los y las adolescentes y de la institución educativa. Finalmente, se pretende reportar las propiedades psicométricas de esta escala. Si este instrumento es válido y confiable para el diagnóstico de la SM podría ayudar a profesionales y estudiantes con un instrumento confiable e insesgado para el diagnóstico de la SM en adolescentes, más aún, si el cuestionario no presenta buenas propiedades psicométricas, su uso no estaría recomendado.



PROCESO METODOLÓGICO

El enfoque a utilizarse fue de tipo cuantitativo no experimental, de alcance descriptivo, y correlacional. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Pilar Baptista , 2010).

Con el fin de que los participantes conocieran como iban a ser seleccionados o excluidos de la investigación, el día del primer acercamiento se decidió explicar los criterios de inclusión y exclusión que se tomarán en cuenta durante la aplicación. Criterios de inclusión: estudiantes varones y mujeres entre los 11 a 17 años que estén matriculados en el periodo 2017 – 2018. Además, estar asistiendo de forma regular a las actividades académicas que brinda la institución, por último, los padres y estudiantes que acepten participar en la investigación al dar el consentimiento y asentimiento firmado. Por otro lado, los estudiantes no serán tomados en cuenta (criterios exclusión) si están fuera del rango de edad establecida para la investigación, así mismo aquellos con discapacidad cognitiva, que pertenezcan a otra institución y que cumpliendo con los criterios de inclusión no consientan participar de la investigación.

Participantes

La población del presente estudio estuvo constituida por 568 estudiantes del colegio Jaime Roldós Aguilera del cantón Santa Isabel de la provincia del Azuay, que cumplieron con los criterios de inclusión. Cabe señalar que, de la población total, 13 estudiantes que constan en lista no fueron tomados en cuenta por deserción escolar contando con un total de 555 estudiantes. De esta población total, se realizó un muestreo aleatorio ($n=376$). Los estudiantes expresaron su deseo de participar mediante un consentimiento informado que garantizaba el anonimato y confidencialidad de la información. Adicionalmente se obtuvo la autorización escrita de los padres.



Muestra

Según los datos recogidos a través de la ficha sociodemográfica y un cálculo de frecuencias de los participantes se encontró que 200 participantes son de sexo masculino y 176 fueron de sexo femenino. En relación con la edad se obtuvo una mínima de 11, máxima de 17 y una media de 14,17 años. En cuanto al nivel escolar: en 7mo Educación General Básica se obtuvo 6,4%, 8vo EGB 19,7%, 9no EGB el 23,7%, 10mo EGB 8,8%, 1ro Bachillerato General Unificado 18,6%, 2do BGU 16,5% y 3ro BGU 6,4%, dando un total de 376 participantes.

Instrumentos

Para efectuar la medición de la Salud Mental en los adolescentes se utilizó la versión original en español del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ-Cas, A 11-17), cuyo objetivo es evaluar estos 2 constructo. Todas las versiones del SDQ incluyen 25 ítems, estos se dividen en 5 dimensiones: 1, síntomas emocionales; 2, problemas de conducta; 3, hiperactividad/falta de atención; 4, problemas de relaciones entre compañeros y 5, comportamiento pro-social. La escala se puede aplicar de forma individual o colectiva. La forma de dar respuesta a cada pregunta está diseñada con una escala de Likert de 3 opciones (no es verdad, es verdad a medias, y si es verdad) que el adolescente elegirá, según corresponda. (anexo 5).

Tabla 1
Perfil de interpretación de los resultados

	Normal	Limite	Anormal
Total de dificultades	0 – 15	16 – 19	20 – 40
Síntomas emocionales	0 – 5	6	7 – 10
Problemas de conducta	0 – 3	4	5 – 10
Hiperactividad	0 – 5	6	7 – 10
Problemas con compañeros	0 – 3	4 – 5	6 – 10
Conducta pro social	6 – 10	5	0 – 4



En esta investigación, además, se aplicó la versión con suplemento de impacto. Esta versión extendida pregunta si el encuestado cree que tiene un problema y de ser así, indaga más sobre la cronicidad, la angustia, el impedimento social y la carga para los demás. Esta información adicional será útil para la investigación con el fin de tener una idea de las áreas y el tiempo en el que se presentó el problema. En cuanto a su confiabilidad, un estudio realizado por Mason, Chmelka & Thompson (2012) en Nebraska, demuestran que el SDQ tiene buena consistencia ($\alpha=.8$), tanto en muestras comunitarias como en clínicas. Otro estudio realizado por Fonseca Pedrero, Ortuño Sierra, Inchausti & Sastre i Riba (2016) revisa un gran número de trabajos a nivel de Europa, América y Asia sobre las propiedades psicométricas del SDQ. A nivel latino americano el cuestionario ha sido validado en Chile y Argentina, mas no existen estudios realizados en nuestro país.

Con la finalidad de analizar las propiedades psicométricas del SDQ se decidió administrar una batería psicológica adicional para posteriormente realizar un análisis de validez de criterio concurrente. Se resolvió aplicar el BIEPS-J desarrollado por Casullo & Castro (2000), instrumento cuyo objetivo es la medición del bienestar psicológico sobre la base de las propuestas teóricas de Ryff. Cinco de las seis dimensiones propuestas por Ryff fueron tomadas en cuenta para este estudio. Se consideraron las dimensiones: 1, autonomía (capacidad de actuar de modo independiente); 2, control de situaciones (sensación de control y auto competencia); 3, vínculos psicosociales (calidad de las relaciones personales); 4, proyectos (metas y propósitos en la vida) y 5, aceptación de sí (sentimiento de bienestar con uno mismo). Por otro lado, originalmente el test estaba constituido por 20 ítems, pero los autores mediante un análisis factorial demostraron que la dimensión de autonomía no mostro buenas propiedades psicométricas, por lo tanto, fue eliminada, reduciendo así la cantidad de ítems originales de 20 a 13. Según, Páramo, Straniero , García ,



Torrecilla , & Gómez , (2012) la forma de respuesta de cada ítem está diseñada con una escala de Likert de 3 opciones (anexo 4). Mediante esto se puede obtener una puntuación total y una para cada sub-escala. Para la interpretación de la misma la puntuación global directa se transforma a percentiles, donde se considera que las puntuaciones inferiores al percentil 25 posee un bajo nivel de bienestar psicológico, una puntuación mayor a p50, indica que el sujeto se siente satisfecho con aspectos de su vida y las puntuaciones que corresponden al p95 indican alto nivel de bienestar. La aplicación puede ser individual o grupal.

Finalmente, con el objetivo de caracterizar a los(as) participantes mediante datos socio demográficos generales, se elaboró un breve cuestionario que incluyó edad, sexo, nivel escolar, etnia, identificación religiosa, convivencia, relación sentimental, amistades, situación económica y el listado de algunas actividades (anexo 3). Es necesario mencionar que la información recolectada a través de la ficha socio-demográfica garantiza confidencialidad y anonimato a todos los participantes.

Procedimiento

Una de las primeras acciones que se tomó para el procedimiento del proyecto fue la gestión de los permisos tanto, a la unidad educativa como a la universidad. Una vez aprobado, se tuvo el primer acercamiento a la población para la entrega de consentimientos informados (anexo 1) dirigidos a los padres. Cabe recalcar que se decidió entregar a toda la población los consentimientos a razón de que se desconocía que padres aceptarían la participación de sus representados. Adicional a esto, se brindó la información necesaria a la población con el fin de que conozcan sobre el tema, objetivos, aspectos éticos, criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Además, el día y la hora en que se levantarán los datos.



La investigación inicio con una prueba piloto de 30 estudiantes que comprendían entre los 11 a 12 años con el fin de saber si existía alguna duda o anomalía en el diseño y entendimiento de las preguntas de los cuestionarios. Una vez aplicadas las 30 encuestas y sin obtener ninguna duda se prosiguió a aplicar a la población restante. A los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión se les entregó todos los cuestionarios para que respondan las respectivas preguntas. Una vez recolectados todos los datos se procesaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 20 y Excel. El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación típica, valores máximos y mínimos). Por la naturaleza de las variables, se aplicaron pruebas no paramétricas (Chi cuadrado de Pearson y U de Mann-Whitney). Además de esto, se obtuvieron resultados de alfa de Cronbach para las subdimensiones y el total de dificultades del SDQ. Finalmente, se realizó un análisis factorial exploratorio para conocer el número de constructos del instrumento. La extracción de dimensiones se realiza siguiendo el criterio de (Kaiser, 1960); de los valores propios mayores a 1. Además, se realiza un análisis de validez de criterio tipo concurrente usando la escala BIEPS-J. Para tener un mejor entendimiento de los resultados, estos fueron mostrados a través de gráficos y tablas.

Implicaciones éticas

Cabe recalcar que en esta investigación no existió peligro para los/as participantes ni para la institución educativa en la que se aplicó los cuestionarios. Se mencionó a los/as participantes que el estudio estaba diseñado solo con fines académicos y los resultados serían totalmente confidenciales. Además, se dio a conocer que existiría un consentimiento informado para los/as padres/madres de familia y un asentimiento informado para cada estudiante que desee participar en la investigación.



ANÁLISIS RESULTADOS

Análisis descriptivo de variables de acuerdo a los objetivos planteados

Tabla 2

Puntuación total SDQ y nivel escolar

	Recuento	M	Mdn	Moda	DT	Mín	Máx	P-99
Nivel escolar	7mo	24	14	13	11	6	3	25
	8vo	74	15	15	15	6	2	30
	9no	89	13	13	12	6	3	30
	10mo	33	13	13	16	5	4	23
	1ro BGU	70	14	13	11	5	1	26
	2do BGU	62	16	15	17	5	6	30
	3ro BGU	24	15	16	17	6	4	25

Como se puede observar en la Tabla 2, los adolescentes con mejor puntuación son los de 9no y 10mo EGB lo cual muestra puntajes considerados normales. con una media de 13, mientras que los que presentan mayores dificultades son los de 2do de BGU con una media de 16 que según los criterios de interpretación del SDQ estarían dentro del límite, véase Tabla 1.

Tabla 3

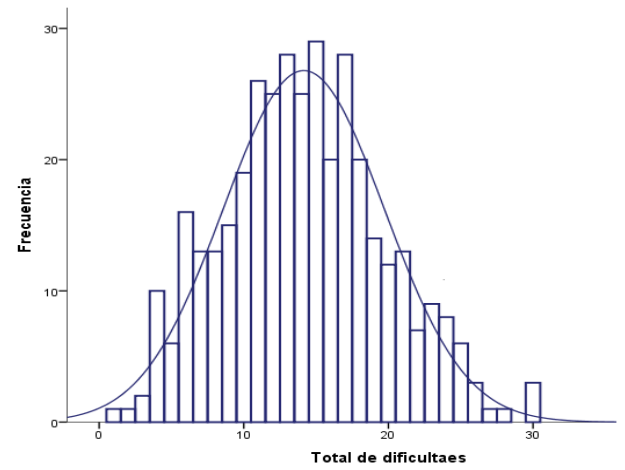
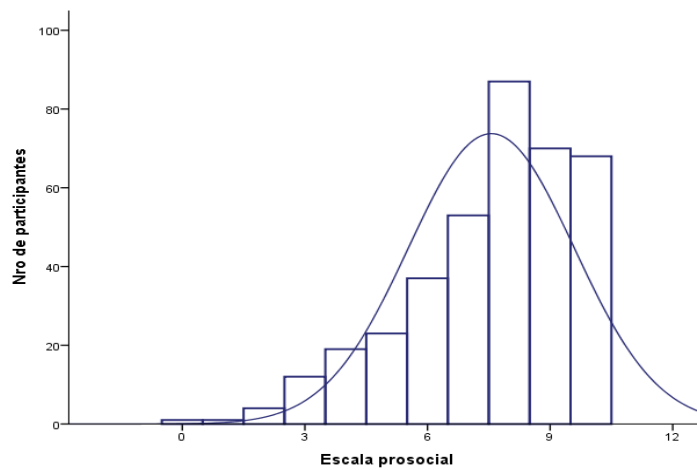
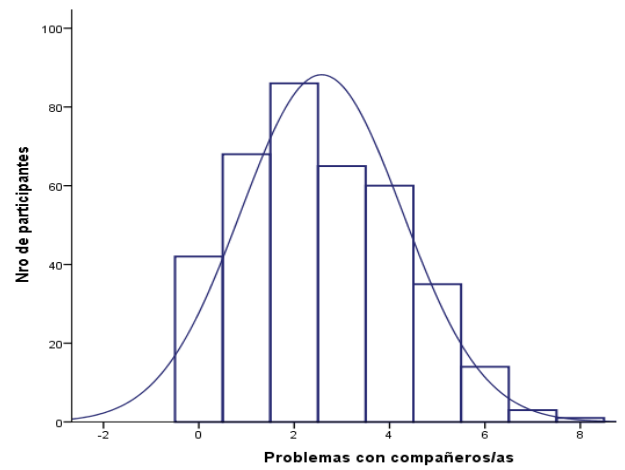
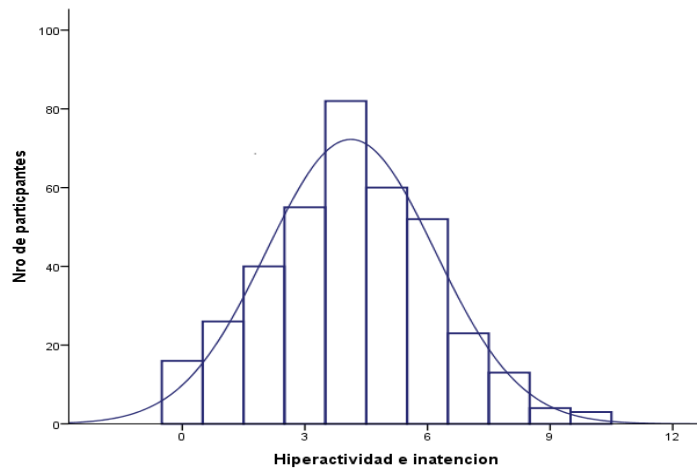
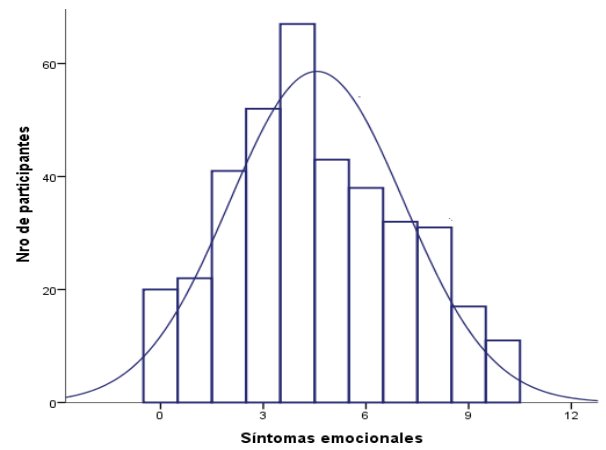
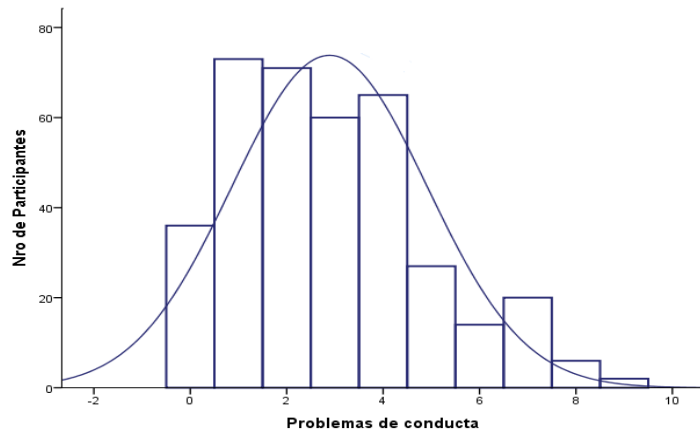
*Edad del participante * Total dificultades*

	Recuento	M	Mdn	Moda	Mínimos	Máximos	P-99
Edad	11	23	14	12	11	3	28
	12	63	15	15	21	5	30
	13	69	13	13	13	3	30
	14	47	13	12	12	2	24
	15	68	15	14	11	1	26
	16	59	15	15	17	4	30
	17	47	15	16	17	4	27

En la Tabla 3, se puede observar que según la media todos los participantes se encuentran dentro de un rango normal (véase Tabla 1), sin embargo, si agrupamos las edades se evidencia que existe un predominio de dificultades en edades inferiores a los 13 y superiores a los 14.



Histogramas del SDQ





Con el objetivo de describir los datos en conjunto, se decidió visualizar los datos mediante histogramas. Según la forma de distribución (curtosis) todas las figuras tienen un apuntamiento platicúrtico, es decir que existe muy poca concentración de los datos en la media. Por otro lado, el coeficiente de asimetría indica que en todas las figuras existe un sesgo positivo hacia la derecha, a excepción de la escala pro social que demuestra un sesgo negativo hacia la izquierda.

Tabla 4
Descripción de dimensiones

	M	Mdn	S	Mín	Máx.	P-95	P-99	Asimetría	Curtosis	K-S (valor p)
Síntomas emocionales	5	4	3	0	10	9	10	.214	-.678	.000
Problemas de conducta	3	3	2	0	9	7	8	.656	-.078	.000
Hiperactividad e inatención	4	4	2	0	10	8	9	.119	-.172	.000
Problemas con pares	3	2	2	0	8	5	7	.368	-.47	.000
Pro-social	8	8	2	0	10	10	10	-.879	.365	.000
Total de dificultades	14	14	6	1	30	24	28	.219	-.241	.019

Dado que la muestra recogida es mayor a 50 es necesario aplicar la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov con el fin de probar la hipótesis nula de normalidad. Se evidenció que ninguna de las subescalas del SDQ siguen una distribución normal. Por lo tanto, se decidió usar la correlación de spearman, véase Tabla 5.



Tabla 5
Correlación de edad y dimensiones

Rho de spearman	Edad	Sínt. Emo	Problemas de conducta	Hiperact	Problemas con pares	Pro-social	Tot de dif	Total BIEPS-J
Edad	1	.008	.004	.206**	.097	-.113*	.106*	.098
Sínt Emo	.008	1	.290**	.251**	.133*	.180**	.703**	.093
Problemas de conducta	.004	.290**	1	.375**	.292**	-.257**	.712**	.291**
Hiperactividad	.206**	.251**	.375**	1	.170**	-.134**	.658**	.208**
Problemas con pares	.097	.133*	.292**	.170**	1	-.247**	.524**	.249**
Pro-social	-.113*	.180**	-.257**	-.134**	-.247**	1	-.128*	-.394**
Total de dificultades	.106*	.703**	.712**	.658**	.524**	-.128*	1	.288**
Total BIEPS-J	.098	.093	.291	.208	.249	-.394	.288	1

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

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Según la matriz de correlaciones Tabla 6, la edad del participante tiene una correlación muy baja, casi inexistente con síntomas emocionales y problemas de conducta. Siguiendo a esto, se puede observar una correlación débil y significativa con la dimensión de hiperactividad, también se observa una correlación débil y significativa con problemas con pares, mientras que en la escala pro social muestra una correlación negativa y débil con respecto a la edad, y el total de dificultades muestra una correlación positiva y significativa, pero al mismo tiempo muy baja. Esto nos da a entender que a mayor edad mayor puntaje presentan los participantes, este dato se puede corroborar en la Tabla 4. Si observamos la columna del total de dificultades podemos ver que existe una correlación moderada con 4 dimensiones a excepción de la escala pro-social que presentan una correlación negativa. En las dimensiones restantes la correlación es significativa estadísticamente. La correlación con el BIEPS-J demuestra que existe una correlación moderada positiva con las



subdimensiones y el puntaje total del SDQ, a excepción de la escala pro social que tiene una correlación negativa.

Tabla 6

Estadístico descriptivos de las escalas y el total del SDQ por Sexo y muestra de los participantes

	Hombre				Mujer				Total muestra			
	M	Mdn	P-95	P-99	M	Mdn	P-95	P-99	M	Mdn	P-95	P-99
Síntomas emocionales	4	4	8	10	5	5	10	10	5	4	9	10
Problemas de conducta	3	3	7	9	3	3	7	8	3	3	7	8
Hiperactividad e inatención	4	4	8	10	4	4	8	9	4	4	8	9
Problemas con pares	3	2	6	6	3	2	5	7	3	2	5	7
Pro-social	7	8	10	10	8	8	10	10	8	8	10	10
Total de dificultades	14	13	24	30	15	15	24	26	14	14	24	28

En la Tabla 6 se observa que en la escala de síntomas emocionales y sexo, los valores medios como medianos son más altos para el caso de las mujeres (Mediana = 5) que de los hombres (Mediana = 4) Además, la diferencia en esta dimensión es estadísticamente significativa ($p = .000$). En la dimensión de conducta según la prueba de U Mann-Whitney, no es estadísticamente significativa ($p = .341$) es decir la distribución de problemas de conducta es la misma entre hombres y mujeres. Esto se puede corroborar en la Tabla 7 la que permite evidenciar que tanto hombres como mujeres en los valores medios y medianos son los mismos, como resultado se podría decir que los problemas de conducta no son diferentes entre hombre y mujeres. Según los parámetros de interpretación del test están dentro del rango normal. Pero de acuerdo al percentil



99 existe una ligera variación puesto que los hombres están puntuando 9 y las mujeres están puntuando 8 lo que significa que puntúan más alto en el rango de lo anormal.

En la dimensión de hiperactividad según la prueba de UMW es estadísticamente significativa ($p = .022$). Esto nos indica que se debe rechazar la hipótesis nula, es decir, que la distribución de los datos no es la misma entre hombres y mujeres. Aunque en la Tabla 7 se puede observar que la media y mediana no difiere en relación con el sexo. El resultado de la prueba se puede esclarecer mediante el percentil 99 lo cual indica que los hombres puntúan más alto en hiperactividad (10) en comparación con las mujeres (9).

De igual manera, en la dimensión de problemas con compañeros según la prueba de UMW se obtuvo un nivel de significancia de ($p = .473$) esto indica una no significativa, por tanto, la distribución de la escala problemas con compañeros es la misma entre hombres y mujeres. Sin embargo, el percentil 99 nos da a entender que los hombres están dentro del límite (6) según los criterios de puntuación del SDQ mientras tanto que las mujeres puntúan como máximo 10 lo que indica que está en el rango de anormal.

En la escala pro social según la prueba de UMW se obtuvo un nivel de significancia de ($p = .003$) esto indica una diferencia estadísticamente significativa, es decir, que la distribución de la subescala no es la misma entre hombres y mujeres. Aunque los dos están en el rango de lo normal según los parámetros de interpretación del test, existe una pequeña diferencia en donde, con una (Media = 8) demuestra que las mujeres puntúan más alto en comparación con los hombres con una (Media = 7). según el percentil 99 indica que los dos grupos puntuaron como máximo 10 en la escala.

Para el puntaje total de dificultades, prueba de UMW indica que no es estadísticamente significativo. Por lo tanto, se debe retener la hipótesis nula. Es decir que la distribución de la escala



es la misma entre hombre y mujeres, sin embargo, existe diferencia según la media en donde los hombres tienen una (Media = 14) y las mujeres una (Media = 15), pero esto no es estadísticamente significativo ($p = .101$). De acuerdo a los criterios de interpretación del SDQ, los dos grupos están dentro del rango normal, pero existe una variación entre las dos categorías según la media, en donde las mujeres puntuaron más alto que los hombres, lo que se entiende que las mujeres pueden estar presentando ligeramente más dificultades que los hombres. Los resultados de frecuencias indican a nivel general que (60,9%), 229 casos, están dentro del rango normal; (21,8%), 82 en el límite y (16,8%) 63 dentro de lo anormal. A nivel general se puede concluir que los estudiantes de la unidad educativa JRA muestran altos niveles de normalidad. Finalmente, con el puntaje total de la muestra se puede concluir que los adolescentes muestran un adecuado estado de salud mental, ya que se encuentran en los parámetros de lo normal según los criterios de puntuación del SDQ.

Confiabilidad

Tabla 8
Confiabilidad

Dimensiones	Alfa de Cronbach
SDQ	
Escala de síntomas emocionales	.65
Escala de problemas de conducta	.32
Escala de hiperactividad	.36
Escala de problemas con compañeros/as	.083
Escala pro social	.62
<u>Total dificultades</u>	<u>.67</u>
BIEPS-J	
Control	.47
Vínculos	.34
Proyectos	.49
Aceptación	.48
<u>Total</u>	<u>.65</u>
BIEPS-J - SDQ	.442



Se consideró evaluar si los ítems miden un mismo constructo mediante el alfa de Cronbach. Se puede observar en la Tabla 8, que el SDQ muestra coeficientes insuficientes en dos dimensiones como en problemas de conducta ($\alpha = .32$) e hiperactividad ($\alpha = .36$) mientras tanto un alfa muy bajo en la escala problemas con compañeros ($\alpha = .08$). Como criterio general, D & P (2003) sugieren que un ($\alpha < .5$) es inaceptable, por lo que las tres dimensiones son inconsistentes. En cuanto, a las dos dimensiones restantes; síntomas emocionales ($\alpha = .65$) y pro-social ($\alpha = .62$) se evidencian coeficientes cuestionables. Para la puntuación total de dificultades se puede observar un alfa de Cronbach de ($\alpha = .67$), ligeramente más alto que sus dimensiones lo que nos da a entender que la correlación total de ítems puede estar midiendo levemente un constructo. La evaluación de consistencia interna indica que hay poca precisión, ya que tres subdimensiones no superan el valor de ($\alpha = .50$). Por lo tanto, hay razones para cuestionar la precisión de esta escala, especialmente en las dimensiones que presentan puntuaciones más bajas.

En la misma Tabla, el BIEPS-J muestra una consistencia interna baja en sus 4 dimensiones lo cual evidencia una correlación baja entre los ítems de cada dimensión. El alfa de Cronbach global es cuestionable ($\alpha = .65$).

ANÁLISIS FACTORIAL

Tabla 9
Varianza total explicada SDQ

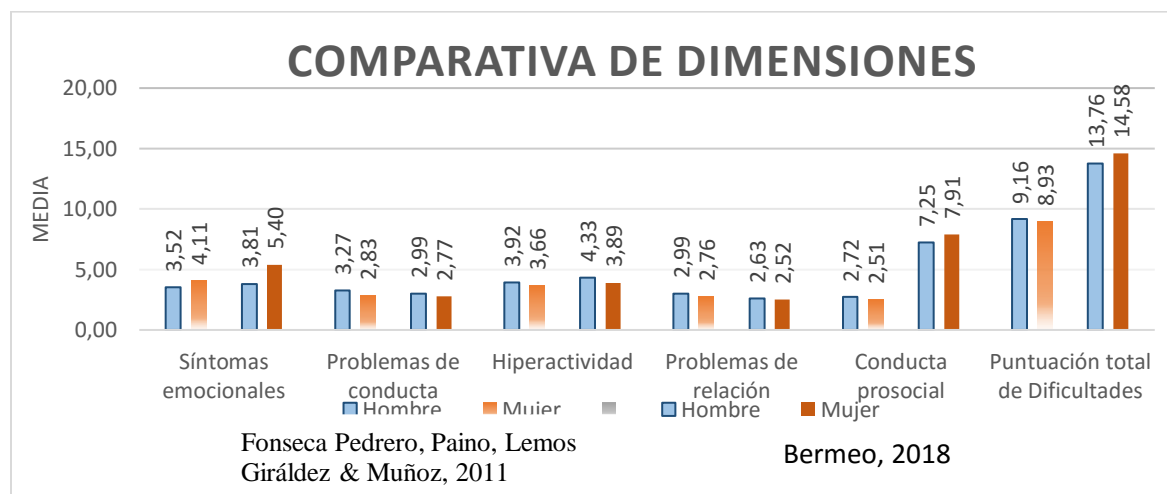
Componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,299	13,196	13,196	3,299	13,196	13,196
2	3,005	12,021	25,217	3,005	12,021	25,217
3	1,430	5,721	30,938	1,430	5,721	30,938
4	1,324	5,295	36,233	1,324	5,295	36,233
5	1,173	4,693	40,926	1,173	4,693	40,926



6	1,122	4,486	45,413	1,122	4,486	45,413
7	1,068	4,271	49,683	1,068	4,271	49,683
8	<u>1,024</u>	<u>4,095</u>	<u>53,778</u>	<u>1,024</u>	<u>4,095</u>	<u>53,778</u>
9	,995	3,980	57,758			
10	,929	3,716	61,473			

El análisis factorial permite agrupar en dimensiones los ítems del cuestionario, es decir, que las 25 preguntas establecidas en el cuestionario deberían darnos como resultado las 5 dimensiones propuestas en el SDQ. En la Tabla 9, siguiendo el criterio de Káiser, los auto valores superiores a 1 deben considerar una dimensión a extraer, lo que da a entender que el cuestionario no está recogiendo las cinco dimensiones que pretende, sino ocho constructos. El porcentaje acumulado en el quinto componente explica el 40,926% de varianza explicada por el instrumento mientras que, si tomamos el valor del octavo componente siguiendo el criterio de Káiser, este valor de varianza explicada sube a 53,778%.

Grafico 1

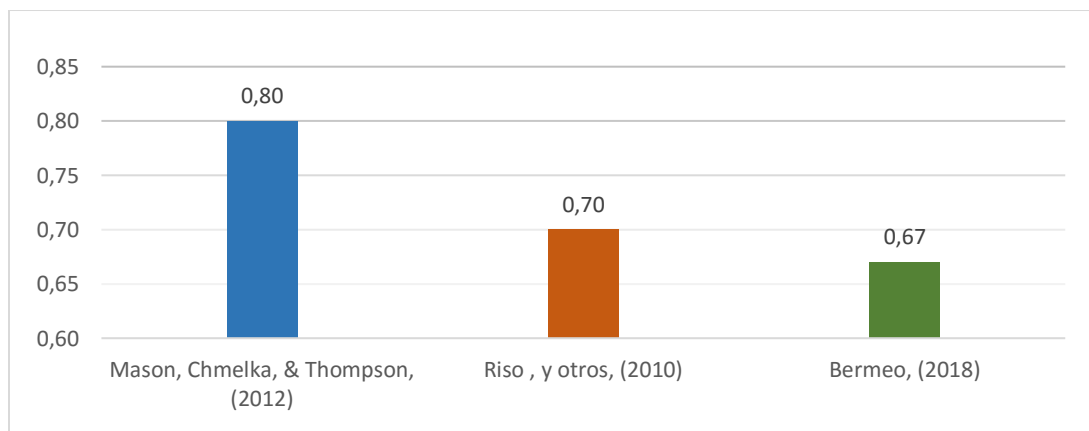


En el gráfico 1 se puede observar la comparación del estudio realizado por Fonseca Pedrero, Paino, Lemos Giráldez, & Muñoz (2011), entre el presente estudio. Como se puede ver en la dimensión de síntomas emocionales existe una similitud donde las mujeres presentan mayor



sintomatología emocional que los hombres. Por el contrario, en la dimensión de problemas de conducta se observa que los hombres presentan mayor puntuación en ambos estudios. pero en nuestro caso no es estadísticamente significativa. Otro estudio de Fonseca Pedrero, Ortuño Sierra, Inchausti, & Sastre i Riba (2016) corroboran que... “En cuanto al género, la mayoría de los estudios revisados a nivel internacional encuentran que las mujeres obtienen mayores puntuaciones medias que los hombres en Problemas Emocionales y Conducta Pro-social. En cambio, los varones suelen obtener mayores puntuaciones medias que las mujeres en Problemas de Conducta.” (pág. 19). Esto corrobora los resultados de mi estudio. En la escala de hiperactividad las medias demuestran que los hombres tienen mayor puntuación que las mujeres, pero en este estudio no es estadísticamente significativo. Citando al mismo estudio desarrollado por Fonseca Pedrero, Ortuño Sierra, Inchausti, & Sastre i Riba (2016), demuestra que, en 44 estudios revisados de aplicaciones del SDQ en distintos contextos, indica que las propiedades psicométricas del test en la escala de hiperactividad de acuerdo al sexo, en 22 investigaciones señala que hay predominio en los hombres frente a las mujeres. En cuanto a la puntuación total, en el primer estudio existe un predominio de los hombres ante las mujeres y en este estudio es lo contrario.

Grafico 2
Comparativa alfa de Cronbach





En el grafico 2, el único estudio que muestra fuertes propiedades psicométricas es el de Mason, Chmelka , & Thompson, (2012). En las demás investigaciones se observa un alfa regular, si bien demuestra que existe consistencia en el constructo, debemos tener cautela a la hora de la aplicación e interpretación.

En cuanto al análisis exploratorio de factores, como se mostró en la figura 11, se sugiere la extracción de 8 componentes. Teniendo en cuenta que, según las propiedades psicométricas del estudio original, debería medir en teoría 5 dimensiones. La explicación de tal resultado puede encontrarse en factores contextuales e idiomáticos. Es decir que el cuestionario está construido para determinada población o contexto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se puede concluir que, en relación con el sexo, sí existe diferencia entre hombres y mujeres, pero solamente en algunas dimensiones como en el caso de la escala de síntomas emocionales y pro-social en donde las mujeres obtuvieron una puntuación más alta que el sexo contrario. En el resto de escalas no son estadísticamente significativos. Aunque, los resultados de las medias demuestran que las mujeres puntuaron más alto en el total de dificultades. según las pruebas este resultado no es estadísticamente significativo. Si tomamos solo el valor de la media se podría especular que existe una mínima diferencia entre los dos grupos en donde las mujeres presentan mayores dificultades.

De acuerdo a la edad, la media estadística dio como resultado que los participantes que comprendían la edad de entre 13 y 14 años mostraron puntajes más bajos para dificultades. Los puntajes más altos mostraron los estudiantes de 15, 16 y 17 años. Además de esto, se puede



corroborar en la Tabla 5 que existe una correlación positiva lo que nos indica que a mayor edad más problemas presentan los participantes. Por otro lado, según el nivel de estudios los resultados indican que sí existe diferencia, se encontró que los estudiantes de segundo de bachillerato presentan mayores dificultades. Entrando a la categoría de límite según los criterios de interpretación del SDQ, los niveles que presentan menos dificultades son los de 9no y 10mo. En conclusión, se puede decir que, en esta población a mayor desarrollo, existe mayor probabilidad de que los estudiantes tengan más dificultades.

Si bien se logró cumplir con los objetivos planteados. Se sugiere mucha cautela para interpretar los resultados de este estudio debido a la cuestionable consistencia interna que ha mostrado el cuestionario. Aunque, la escala parece ser moderadamente precisa a nivel general, es necesario explicar que a nivel de subescalas muestra muy baja precisión como por ejemplo en las escalas de problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. Además, el análisis exploratorio muestra que existirían 8 dimensiones recogidas por el cuestionario, aunque teóricamente deberían ser 5. La explicación puede ser que otros constructos se están midiendo por esta escala. Otra explicación plausible es la existencia de una estructura factorial diferente.

por lo que se recomienda más investigación cualitativa que permita identificar estos constructos. En conclusión, la aplicación de la escala en este contexto se debe hacer con cuidado debido a los cuestionables resultados de validez y confiabilidad.

En esta investigación existieron algunas limitaciones. La primera fue que no hubo una colaboración total por parte de los padres y alumnos. Otra limitación fue que no se sabía que padres iban a aceptar que sus representados participen en el estudio. La tercera limitación fue que algunos estudiantes querían formar parte de la investigación, pero sus representantes no lo consintieron. Para futuros estudios en poblaciones o muestras afines se recomienda desarrollar una reunión con



los/las representantes para explicarles el estudio que se llevará a cabo, de no darse esta situación otra recomendación sería trabajar con el Comité Central de Padres de Familia y que cada representante comunique sobre el estudio a sus respectivos cursos.



Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. (11 de Nov de 2015). *La salud mental y los adolescentes: esté atento a las señales de alerta*. Obtenido de [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/mental-health-and-teens-watch-for-danger-signs.aspx):
<https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/mental-health-and-teens-watch-for-danger-signs.aspx>
- Araya , C., & Heine, P. (2013). Bienestar subjetivo y cultura. *Psiquiatría Universitaria* , 357-364.
- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 113-115.
- Caqueo, A., Urzúa , A., Zúñiga, F., Palma, C., & Escudero, J. (2014). Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores. 561-668.
- Castellanos Rodríguez, S. (2014). Análisis de las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización. Quito , Ecuador.
- Casullo , M. M., & Castro, S. A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos . *Revista de Psicología de la PUCP*, 34-68.
- D, G., & P, M. (2003). *Spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference Fourth Edition (11.0 update)*. Boston .
- Davis, S. (2014). *Community Mental Health in Canada*. Toronto : UBCpress-Vancouver-Toronto.
- Fonseca Pedrero , E., Ortuño Sierra , J., Inchausti, F., & Sastre i Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 14-26.
- Fonseca Pedrero, E., Paino, M., Lemos Giráldez, S., & Muñoz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a travez del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 15-25.
- Fromm, E. (1994). *Patología de la normalidad*. Barcelona: Paidós.
- Giménez , M., Vázquez , C., & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, & Education*, 97-116.



- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 581-586.
- Goodman, R. (22 de 11 de 2017). *Youthinmind Ltd*. Obtenido de <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigación. Mexico, D.F: McGraw-Hill.
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Habana, Cuba.
- Houtman, I., & Kompier, M. (2001). Salud Mental, el cuerpo humano. En M. d. social, *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pág. 52). Madrid: Chantal Dufresne, BA.
- Kaiser, H. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 141-151.
- Mason, A., Chmelka, M., & Thompson, R. (2012). Responsiveness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Sample of High-Risk Youth in Residential Treatment. *Springer Science+Business Media*.
- Ministerio de salud pública. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Quito.
- Montoya Suárez, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. caso de estudio. *Universidad Tecnológica de Pereira*, 281- 286.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: PEARSON.
- Mosso, L. E., Penjerek, M. M., & Feltrez, R. (2015). *Salud y adolescencia opciones para una vida saludable*. Buenos Aires : Maipue.
- OMS. (1946). *Official Records of the world Health Organization*. New York: OMS.
- OMS. (1950). *Expert committee on mental health*. Geneva: Palais des nations.
- OMS. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.
- OMS. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/



- Páramo , M., Straniero , C. M., García , C. S., Torrecilla , N. S., & Gómez , E. E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de la vida en estudiantes univesitarios. *Pensamiento Psicológico*, 7-21.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Piaget, J. (1981). La teoría de Piaget, Infancia y Aprendizaje. *Journal for the Study of Education and Development*, 13-54.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Pearson .
- Riso , D., Salcuni, S., Daphne , C., Alessandra , R., Adriana, L., & Gianmarco, A. (2010). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality and Individual Differences*. *Reseachgate*.
- Seligman , M. (1999). The president's address. *American Psychologist*., (págs. 54, 559-532).
- Ubilla , E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009, 153-162.
- UNICEF. (2002). *La adolescencia una etapa fundamental*. New York.
- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011*. New York: División de Comunicaciones, UNICEF.



Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Salud mental en adolescentes, medida a través del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ)

Investigador: Carlos Bermeo

Email(s): karlozobt89@gmail.com

Yo soy Carlos Oswaldo Bermeo Toledo, estudiante de la facultad de psicología de la universidad de Cuenca, estoy investigando sobre la salud mental en los adolescentes, insumo que me servirá para realizar mi trabajo de titulación final (tesis). Estoy invitando a los y las representantes de cada estudiante a ser partícipes de este estudio mediante la firma de este consentimiento para que su representado forme parte de esta investigación.

El objetivo general de la investigación es: Determinar el nivel de Salud mental en los/as adolescentes por medio del cuestionario de fortalezas y dificultades. Cabe señalar que este proceso no causará daños físicos ni psicológicos. Además, usted tendrá derecho a conocer todo lo relacionado con la investigación que implique la participación de su representado, cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen.

La participación en este estudio será de carácter anónimo, con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional y que los datos recabados en ninguna forma podrían ser relacionados con usted y la de su representado, en tal sentido el presente documento se almacenará por la(s) persona(s) responsable(s) por el tiempo que se requiera.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y que consiste en responder un proceder metodológico cuantitativo, ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger la identidad, expresiones y generar comodidad. Esta libertad de participar o de retirarse, no involucrará ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área o contexto. Además, no se percibirá beneficio económico por la participación, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico a la academia.

Si usted está de acuerdo. Al firmar este documento, autoriza que los investigadores autores de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. Consiente, además, que se realicen registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención, para facilitar el avance del conocimiento científico, si fuera necesario. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.

Fecha: _____

Firma: _____



Anexo 2

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Título de la investigación: Salud mental en adolescentes, medida a través del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ)

Investigador(s) responsable(s): Carlos Bermeo



Email(s): karlozobt89@gmail.com

Este trabajo de investigación consiste en explorar en adolescentes como usted que fortalezas y dificultades posee.

Por este motivo quiero saber si le gustaría participar en este estudio. Sus padres han dado el consentimiento para que participe. Si no entiende cualquier cosa puede preguntar las veces que quiera y yo le explicaré lo que necesite.

Si decide no participar en el estudio no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en sus notas del colegio. Aunque ahora decida participar, si más adelante no quiere continuar puede dejarlo cuando usted quiera y nadie se enfadará.

Si quiere participar, marque lo que corresponda. Con eso bastará para que nosotros sepamos su preferencia.

SI quiero participar	
NO quiero participar	

Fecha _____



Anexo 3

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

- 1. ¿Cuántos años cumplidos tienes? _____
- 2. ¿En qué curso estas? _____
- 3. Sexo: Hombre___ Mujer___
- 4. ¿Cuál es tu identificación étnica?:
Mestizo___ Indígena___ Afro-Ecuatoriano___ Blanco___
- 5. ¿Cuál es tu identificación religiosa? _____
- 6. ¿Con quién vives actualmente? (marque lo que corresponda)

Padre	
Madre	
Pareja de padre o madre	
Hermanos (hermanos de padre y madre o de	
Abuelos/as	
Otros familiares	
Otros no familiares	

- 7. ¿Tiene pareja “novia - novio? Sí___ No___

- 8. En la siguiente escala de amistad marque el numero donde su ubica:

Nada de amistades 1 2 3 4 5 Muchas amistades

- 9. ¿En las siguientes opciones marque el aproximado de su situación económica familiar?

Menor a 375\$___ entre 375\$ a 600\$___ entre 600\$ a 1000\$___ mayor a 1000\$___

- 10. Seleccione las 3 actividades que más practica en su tiempo libre.

Hacer deporte		Caminar	
Salir con amistades		Dormir	
Salir con la familia		Fumar	
Escuchar música		Beber alcohol	
Leer libros		Ver televisión	
Estudiar		Ninguna actividad	
Ir de excursión		Otros	

Muchas gracias por su colaboración

**Anexo 4****ESCALA BIPS – J**

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes; marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante este último mes. Las alternativas de respuesta son: **ESTOY DEACUERDO - NI DEACUEDO NI EN DESACUERDO – ESTOY EN DESACUERDO.**

Nota: no hay respuestas buenas ni malas todas sirven. No dejes frases sin responder. Marca tu respuesta con una cruz en un no de los 3 espacios

		DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESCUERDO
1	Creo que me hago cargo de lo que digo o hago			
2	Tengo amigas y amigos en quien confiar			
3	Creo que sé que quiero hacer con mi vida			
4	En general estoy de acuerdo con el cuerpo que tengo			
5	Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
6	Me importa pensar que haré en el futuro			
7	Generalmente le caigo bien a la gente			
8	Cuento con personas que me ayudan si es que lo necesito			
9	Estoy bastante conforme con mi forma de ser			
10	Si estoy molesto/a por algo soy capaz de pensar como cambiarlo			
11	Creo que en general me llevo bien con la gente			
12	Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
13	Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			



Anexo 5

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor ponga una cruz en el cuadro que crea que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que responda a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas según como le han ido las cosas en el último mes.

	No es verdad	Es verdad a medias	Si es verdad
1 Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Normalmente comparto con otros mis juguetes, golosinas, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Prefiero estar solo/a que con compañeros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Muchas veces estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ayudo si alguien está lastimado, enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Estoy todo el tiempo moviéndome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tengo por lo menos un buen amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Peleo con frecuencia con otros, intimidado a otros compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Me siento a muchas veces triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Por lo general le caigo bien a otros compañeros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Me pongo nervioso(a)/ante situaciones nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Muchas veces discuto o me enfrento con los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Otros chicos de mi edad me agreden o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Muchas veces me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Me llevo mejor con adultos que con otro(a)s de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vuelve la página, hay más preguntas

En general, ¿crees que tienes dificultades en alguna de las siguientes áreas:

Emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas?



No	Si pequeñas dificultades	Si claras dificultades	Si severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has contestado "Sí", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades

- ¿Desde cuándo tienes estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6 – 12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir?

No	Solo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Repercuten estas dificultades en tu vida diaria en los siguientes aspectos?

	No	Solo un poco	Bastante	Mucho
Vida en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizaje en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades de ocio o de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Suponen estas dificultades una carga para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc.)?

No	Solo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por tu ayuda