

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA CON SATISFACCIÓN VITAL
EN ADOLESCENTES DE SEGUNDO AÑO DE ENSEÑANZA MEDIA DE ESTABLECIMIENTOS
PARTICULARES SUBVENCIONADOS Y MUNICIPALIZADOS. CHILLÁN 2015**

Autores:

MORA PEÑA, MARÍA PAZ

QUINTANA VILLANUEVA, FERNANDO ALEXIS

SÁEZ BAO, SAMUEL JESÚS

Profesor guía Tesis:

EU. Mg. Henríquez Melgarejo, Aurora

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
2015**

AGRADECIMIENTOS

A nuestra querida guía de tesis Aurora Henríquez, por su constante preocupación, apoyo, cariño, palabras de aliento y comprensión hacia nosotros.

Al profesor Miguel Ángel López, por su gran asesoramiento estadístico y su compromiso pedagógico por nuestro trabajo de investigación.

A nuestra docente Carmen Luz, quien nos orientó en nuestros primeros pasos en el mundo de la investigación, logrando así un buen ante-proyecto de tesis.

A los directores, docentes y alumnos pertenecientes a los distintos establecimientos que cooperaron para la realización de esta investigación, por su gran voluntad, cooperación y disponibilidad para facilitarnos el trabajo.

A nuestros seres queridos, por su apoyo y comprensión constante, por el gran cariño entregado hacia nosotros y por animarnos a seguir con todo el esfuerzo hasta el logro de nuestra meta.

A nuestros amigos por su cariño, por hacer más liviana nuestras jornadas de trabajo con risas, anécdotas y apoyo constante.

A nosotros, por la disposición de trabajar en equipo, el compromiso, la tolerancia, el afecto y comprensión mutua.

DEDICATORIAS

M° Paz: A mis padres por su gran amor y preocupación hacia mí, por su esfuerzo para darme lo mejor cada día, por su apoyo incondicional durante toda mi vida y por su compromiso con mi educación. A mi hermana por ayudarme cada vez que lo necesitaba y hacer más liviana mi tarea. A mi pololo por creer en mí, por su amor, por darme una palabra de ánimo cada vez que lo necesitaba y por siempre hacerme ver el lado bueno de las cosas. A mi grupo de tesis por el apoyo, el trabajo en equipo, la paciencia, el compromiso y por todas las risas durante este tiempo trabajando unidos. Y Por sobre todo gracias a Dios por acompañarme siempre y rodearme de gente linda en mi vida.

Fernando: Dedico este esfuerzo a las personas más importantes de mi vida, a la mejor madre del mundo y al mejor padre que puedo tener. A mi tata Carlos, Kin, tía Chana, tío Roche, a mis primos y amigos que son como hermanos, a toda mi familia, así como a todas aquellas personas que me han ayudado durante toda mi formación académica, directa o indirectamente. Con especial dedicación y amor a mi querida Laura, que sin duda alguna estas feliz en este momento...como dijo mi padre, estamos a punto de ser campeones del mundo... y lo seremos.

Samuel: a Dios, a mi familia en especial a mis padres y hermano quienes siempre estuvieron apoyándome en todo momento, especialmente en aquellos en los cuales más les necesitaba; a mi tía Nena y primo Lito que pese a la distancia siempre estaban preocupados por mí para que lograra mis sueños; a mi tía Juana quien abrió las puertas de su hogar para que por estos 5 años fuera mi segunda casa; a Mich, Tere, Paz y Feña quienes desde el primer momento en la Universidad iniciamos una extraordinaria amistad, apoyándonos y compartiendo en tiempos buenos y difíciles; obviamente a mi querido grupo de tesis que más que grupo fuimos un equipo hasta el final, forjando así aún más nuestra amistad.

RESUMEN

Introducción: El período comprendido en la adolescencia es complejo, con muchas exigencias y tensiones por parte de la sociedad, las cuales van a intervenir inevitablemente en el grado de salud mental que poseerán los adolescentes. La población juvenil chilena ha presentado un aumento en cuanto a la prevalencia de trastornos psicológicos, así como también, el interés de estudiar dicha temática. **Objetivo:** relacionar la sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de satisfacción vital en adolescentes de segundo año medio de establecimientos subvencionados y municipalizados de Chillán. **Método:** estudio de tipo correlacional, de corte transversal. La población de estudios estuvo compuesta por 435 alumnos, se calculó una muestra de 195 estudiantes, elegida mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se trabajó con 200 adolescentes. **Resultados:** los principales hallazgos respecto a la relación entre la sintomatología ansiosa (estado y rasgo), sintomatología depresiva con satisfacción vital demuestran que existe una relación inversamente proporcional entre dichas variables, presentando una correlación mucho más fuerte con ansiedad rasgo ($r=-0,663$) que ansiedad estado ($r=-0,588$). Existió una fuerte correlación entre sintomatología depresiva y satisfacción vital ($r=-0,631$). **Conclusiones:** el presentar algún trastorno psicológico afecta directamente la satisfacción con la vida de los adolescentes, así mismo, el sexo femenino presentó mayor correlación con sintomatología ansiosa (estado y rasgo) y sintomatología depresiva. Respecto a las covariables (sexo, percepción de situación económica actual, tipo de establecimiento educacional, rendimiento académico), se concluyó que no son determinantes en la relación existente entre sintomatología ansiosa, depresiva con satisfacción vital.

Palabras claves: ansiedad, depresión, satisfacción vital, adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: The adolescent period is complex, with many demands and stresses on the part of society, which will inevitably intervene in the degree of mental health possess adolescents. Chilean youth population has been an increase in the prevalence of psychological disorders, as well as the interest in studying this topic. **Objective:** To relate the anxious and depressive symptoms with life satisfaction among adolescents in second half year of subsidized and public schools in Chillán establishments. **Method:** correlational study, of cross section. The study population consisted of 435 students, a sample of 195 students, chosen by random probability sampling was calculated. We worked with 200 adolescents. **Results:** The main findings regarding the relationship between symptoms of anxiety (state and trait), depressive symptoms with life satisfaction show that there is an inverse relationship between these variables, showing a much stronger correlation with trait anxiety ($r = -0.663$) that state anxiety ($r = -0.588$). There was a strong correlation between depressive symptoms and life satisfaction ($r = -0.631$). **Conclusions:** The present some psychological disorder directly affects the life satisfaction of adolescents, also, the females had higher correlation with anxiety symptoms (state and trait) and depressive symptoms. Regarding the covariates (sex, perception of current economic situation, type of educational institution, academic performance), it was concluded that are not decisive in the relationship between anxious, depressive symptoms with life satisfaction.

Key words: anxiety, depression, life satisfaction, adolescence.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.3	PROBLEMATIZACIÓN	7
1.4.	MARCO TEORICO	8
1.5	MARCO EMPIRICO	15
1.6	PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.7	OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
1.8	HIPÓTESIS.....	23
II.	MÉTODOS	24
2.1	TIPO DE DISEÑO	24
2.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
2.3	MUESTRA	24
2.4	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	25
2.5	UNIDAD DE ANALISIS	25
2.6	LISTADO DE VARIABLES (Anexo 3)	25
2.7	DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	26
2.7.1	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) (Anexo 4).....	26
2.7.2	Inventario de Ansiedad Rasgo Estado – IDARE (Anexo 5)	28
2.7.3	Escala de satisfacción con la vida (Anexo 6).....	29
2.8	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	30
2.9	ASPECTOS ÉTICOS	31
2.10	PROCESAMIENTO DE DATOS	31
III.	RESULTADOS.....	33
3.1	Presentación de resultados	33
IV.	DISCUSIÓN	47

4.1 DISCUSIÓN	47
4.2 LIMITACIONES	52
4.3 SUGERENCIAS.....	52
4.4 CONCLUSIONES.....	53
V. BIBLIOGRAFÍA	56
VI. ANEXOS.....	65

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el grupo etario comprendido entre los 11 y los 19 años, caracterizado por múltiples cambios biológico, psicológicos y sociales ^(1, 2). Los adolescentes abarcan a nivel mundial un 25% de la población total, en Chile este porcentaje alcanza el 24% ⁽³⁾.

Las exigencias y tensiones normales que se dan en la adolescencia son superadas gracias a una óptima salud mental, si existe interrupción y dificultad en este proceso de afrontamiento pueden aparecer trastornos ansiosos y/o depresivos, dichos trastornos han aumentado durante el último siglo ⁽⁴⁾.

Los trastornos psiquiátricos en la población juvenil chilena durante el año 2012 alcanzaron un 8,3%, siendo presentados mayoritariamente en mujeres con un 11% y en hombres con un 5,8% ⁽⁵⁾.

A nivel nacional los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia de un 17,9% ⁽⁶⁾, por otra parte los trastornos depresivos alcanzan un 34,2% para personas mayores de 15 años ^(6,7).

Existe un aumento de problemas psicológicos y psiquiátricos en niños y adolescentes, es por ello la importancia de poder abordarlos ⁽⁸⁾. Establecer el diagnóstico de depresión en adolescentes, reviste gran dificultad debido a las características propias del grupo etario, de los individuos y a la posibilidad de la presencia de otros trastornos involucrados ⁽⁹⁾.

La información epidemiológica sobre la sintomatología ansiosa y depresiva en la población infantil y adolescente del país es mínima. El fortalecimiento de factores protectores individuales viene a ser la base del tratamiento de este tipo de trastornos, dejando de lado

en ocasiones otros factores psicosociales que pudiesen ser importantes para el tratamiento⁽¹⁰⁾.

Una evaluación global que cada persona puede hacer sobre su vida, es la que ofrece el constructo Satisfacción Vital (SV), siendo definida por Diener et al ⁽¹¹⁾ como “la valoración global que la persona hace sobre su vida comparando lo que ha conseguido, sus logros con lo que esperaba obtener, sus expectativas”, la cual, puede ser cuantificada por medio de la Escala de Satisfacción con la Vida.

La valoración que ofrece el constructo de SV está íntimamente relacionada con la calidad de vida de las personas. Esta va a estar condicionada por múltiples aspectos que interactúan en un proceso continuo, dinámico y condicionado por las características personales, teniendo por lo tanto un carácter subjetivo ⁽¹²⁾.

A partir de la información presentada anteriormente, teniendo como base que los adolescentes representan un alto porcentaje de la población total, que ha existido un aumento de los trastornos psiquiátricos en la población adolescente durante los últimos años, y que este grupo etario presenta conflictos propios de la edad es que se determinó que el objetivo del estudio es relacionar la sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de satisfacción vital en adolescentes de segundo año medio de establecimientos subvencionados y municipalizados de Chillán.

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa que se ubica entre la infancia y la adultez, es difícil determinar el inicio y término de la adolescencia debido a que es un proceso que ocurre de distinta manera en cada persona, y que está influenciado por la carga genética, el ambiente familiar y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve. La OMS ha establecido un rango etario para referirse a esta etapa de la vida, estableciendo que abarca desde los 11 hasta los 19 años, aportando además que se encuentra dividida en dos fases; adolescencia temprana (12 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) ^(1,2).

La adolescencia está caracterizada por presentar múltiples cambios tanto en la esfera biológica, psicológica y social, todos estos cambios a los que se deben ir adaptando originan conflictos, crisis y contradicciones que afectan tanto la vida del adolescente como la de su familia ⁽¹⁾.

La población mundial de adolescentes abarca un 25% de la población total, en América del Sur esta cifra alcanza un 26% y en Chile el 24% de los habitantes es adolescente ⁽³⁾. En la Ciudad de Chillán el 29,73% de la población es adolescente, de esa cifra se desprende que el 14,78% son mujeres y el 14,95% son hombres ⁽¹³⁾.

El estado de bienestar otorgado por una óptima salud mental, permite a los adolescentes afrontar adecuadamente las tensiones normales de la vida, este afrontamiento se puede ver afectado por los trastornos ansiosos y depresivos que pueden aparecer a lo largo de toda la adolescencia. Se ha observado que estos tipos de trastornos han presentado un aumento a partir del siglo XX, debido a la necesidad de adaptación a variados factores y a un acelerado cambio social ⁽⁴⁾.

La ansiedad ha sido largamente definida por autores y organizaciones del área de salud, pero en todas sus definiciones el concepto incluye el carácter emocional displacentero, aprensivo y tensional que es acompañado por una activación del sistema nervioso autónomo y/o aparición de síntomas somáticos de tensión ⁽¹⁴⁾.

Se observa en estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional, en población general de 12 a 18 años, en 4 ciudades de Chile, que un 33,2% de la población presenta algún trastorno psiquiátrico, dentro de las patologías psiquiátricas más frecuentes se encuentra el trastorno ansioso que ocupa un 15,7 %, existiendo discapacidad en un 7,4 % de ellos ⁽⁴⁾.

En las últimas décadas se ha podido apreciar un aumento de niños y adolescentes que padecen problemas psicológicos y psiquiátricos, los trastornos depresivos tienen una mayor incidencia luego de la pubertad por lo que se hace de mayor importancia abordarlos y tratarlos⁽⁸⁾.

La depresión ocupa el tercer lugar de las enfermedades a nivel mundial. Según la Encuesta Nacional de Salud (2011), la sintomatología depresiva de los últimos años fue de un 17,2% en la población de 15 años y más, específicamente en el rango etario de 15 a 24 años abarcó un 14,4% ⁽¹⁵⁾.

La depresión es definida por el Ministerio de Salud (MINSAL) como “una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas” ⁽¹⁵⁾. Puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital, caracterizándose por alteraciones del estado de ánimo, irritabilidad, sensación de congoja o angustia, ideación suicida, cambios en los hábitos de sueño, en el interés por actividades, en el apetito y en el proceso psicomotor (retraso o agitación) ⁽¹⁵⁾.

Es de importancia destacar que la depresión infantil no se presenta de la misma manera que en el adulto, esto debido a que tiene una sintomatología diversa según la edad, a las características propias del grupo etario, a las características individuales y a la posible comorbilidad de la depresión con otros problemas, todos estos factores provocan que su diagnóstico y tratamiento sean difíciles de establecer ⁽⁹⁾.

En Chile existe poca información sobre la epidemiología, síntomas y signos de los trastornos depresivos y ansiosos en la población infantil y adolescente. En los tratamientos para abordar esta problemática principalmente se utilizan aquellos centrados en desarrollar factores protectores a nivel individual, mayoritariamente de tipo cognitivo y tienen poca consideración de otros factores psicosociales que pudiesen ser importantes en el tratamiento para lograr mayor éxito ⁽¹⁰⁾.

La satisfacción con la vida, según Diener et al ⁽¹¹⁾ se define como “la valoración global que la persona hace sobre su vida comparando lo que ha conseguido, sus logros con lo que esperaba obtener, sus expectativas”, influye de tal manera en las personas que se decidió crear una escala para medirla llamada “Escala de satisfacción con la vida, traducida desde el inglés Satisfaction with Life Scale (SWLS)”. Varios años antes la satisfacción con la vida, había sido definida por Ruut Veenhoven, dentro del cual hizo referencia al concepto denominado calidad de vida en el año 1994 ⁽¹⁶⁾.

La calidad de vida es un aspecto fundamental para el bienestar de las personas que viven en la sociedad actual, estando determinada por múltiples factores que interactúan de manera dinámica en un proceso continuo y condicionado por las características personales, es por esto que tiene un carácter subjetivo, y según Blanco y Díaz (2005) ⁽¹²⁾ afirma que “el bienestar subjetivo viene a ser el resultado de un balance global que la persona hace de sus oportunidades vitales, del curso de acontecimientos a los que enfrenta, y de la experiencia emocional derivada de ello” ⁽¹²⁾.

Debido al aumento de trastornos psiquiátricos en los últimos años en la población adolescente que es afectada por múltiples conflictos propios de la edad⁽⁴⁾ y considerando que ésta abarca gran parte del total mundial de las personas y que en un futuro no muy lejano serán la población productiva del país, es que surge la necesidad de determinar si este aumento de trastornos ansioso-depresivo influyen en la satisfacción con la vida de los adolescentes, concepto que como se mencionó anteriormente afecta la calidad de vida de las personas^(1, 16), esto sumado a la escasa información existente a nivel nacional e internacional sobre estudios que relacionen sintomatología depresiva y ansiosa con la satisfacción vital, es así como surge la importancia de realizar esta investigación.

1.1.1 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

El profesional de Enfermería abarca en su atención todo el ciclo vital, los adolescentes en atención primaria son un grupo etario que tienen escaso control de tipo preventivo y principalmente el único medio para evaluar este aspecto es la aplicación de la ficha del Centro Latinoamericano de Perinatología, Sistema Informático del Adolescente (CLAP)⁽¹⁷⁾ que mayoritariamente es ejecutada por el profesional de enfermería, por lo cual corresponde a este profesional pesquisar de manera precoz cualquier alteración que ellos presenten. Dentro de la ficha CLAP existen preguntas que pueden entregar indicios de que el adolescente presenta sintomatología ansiosa-depresiva, pero esta ficha no tiene un ítem que se preocupe de valorar realmente la satisfacción que los adolescentes tienen con su vida.

Como se ha mencionado la adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos, que en muchas ocasiones generan conflictos personales, por la confusión que pueden sentir en este periodo. Y es por esto que la satisfacción que sienten por la vida se puede ver afectada, por este conflicto de decisiones.

La encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013⁽¹⁸⁾, señala que dentro del ciclo vital, el grupo etario comprendido entre los 15 y 29 años de edad son

los que reportan tener un mejor estado de salud, incluyendo una sola pregunta en dicha encuesta para evaluar esta temática, pero se debe recordar que en los último años los trastornos ansiosos-depresivos han tenido un aumento en la población adolescente, y los profesionales de la salud deben verificar si esta nueva condición está afectando la satisfacción vital y con ello la calidad de vida que posee la juventud actual. Por lo tanto en el trabajo comunitario y preventivo que se realiza en escuelas y liceos por el profesional de Enfermería donde se aplican escalas de control de salud, es beneficioso detectar a tiempo sintomatología ansiosa-depresiva que pudiesen estar influenciando de mala manera la satisfacción con la vida, para así diferenciar la sintomatología propia de la edad de aquella que está ocasionando un conflicto mayor de lo esperado en la vida del adolescente, trabajar con las necesidades alteradas, si es necesario activar redes de apoyo, aplicando así el modelo de atención de salud familiar integral para lograr mejorar la calidad de vida de los adolescentes de la actualidad.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos subvencionados y municipalizados de Chillán?

1.3 PROBLEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características socio demográficas (sexo y percepción de situación económica actual) de los participantes del estudio?
- ¿Cuáles son las características académicas (tipo de establecimiento, promedio de notas año anterior) de los participantes del estudio?
- ¿Qué relación existe entre la sintomatología ansiosa y la satisfacción vital en los participantes del estudio?

- ¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva con la satisfacción vital en los participantes del estudio?
- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la satisfacción vital entre los diferentes sexos?
- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la satisfacción vital según percepción de situación económica actual?
- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la satisfacción vital entre los diferentes establecimientos educacionales?
- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la satisfacción vital de acuerdo a los promedios de notas del año anterior?

1.4. MARCO TEORICO

Alrededor de todo el mundo el 25% de la población total corresponde a adolescentes, en América del Sur esta cifra aumenta al 26%. En Chile el 24% de la población actual es adolescente, encontrándose en la región del Bío-Bío que los adolescentes de 14 a 17 años alcanzan un 6,6% de las personas que viven en dicha región ⁽³⁾. En la ciudad de Chillán el 29,73% de la población total es adolescente desglosando esta cifra en hombres y mujeres se observa que alcanzan un 14,95% y 14,78% respectivamente ⁽¹³⁾.

La población adolescente, en su gran mayoría se encuentra en el proceso de formación académica, el cual se encuentra normado por leyes del estado. Según el decreto de educación N° 27.952 de 1995, la educación de enseñanza media se fija por 4 años y se establece la estructura del sistema educativo con 2 modalidades: Humanístico-Científico (H.C) y Técnico Profesional (T.P). Los objetivos de este nivel lo establece la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) N° 18.962 del año 1990, estos son: los educandos una vez egresados sean capaces de desarrollar sus capacidades intelectuales, afectivas y físicas basadas en valores espirituales, éticos y cívicos; desarrollar su capacidad de pensar libre y

reflexivamente, decidir y emprender actividades por sí mismo; comprender el mundo en que vive y lograr su integración; continuidad de estudios o desarrollar actividades de acuerdo con sus aptitudes y expectativas ⁽¹⁹⁾.

La educación media H.C, en el Decreto de Exento de Educación N° 300/81, de Planes y Programas para dicho nivel educativo, estableció el plan de estudio, en dos ciclos, 1° y 2° año es el primer ciclo, 3° y 4° año es el segundo ciclo ⁽¹⁹⁾.

En el plan de estudio de establecimientos educacionales H. C, la distribución de la carga horaria es acorde a cada una de las disciplinas impartidas incluyendo asignaturas electivas en área humanística, científica, artística y tecnológica ⁽¹⁹⁾.

La educación impartida en establecimiento H.C, además del tiempo a la formación general, dedican un tiempo adicional, con la finalidad de profundizar en los aprendizajes, acorde a los intereses, aptitudes o expectativas del estudiante ⁽²⁰⁾.

Basado en el decreto de exento de educación N° 300/81, es al final del primer ciclo correspondiente a segundo medio, donde los estudiantes deben escoger en una de las dos modalidades H.C y T.P, esta situación genera algún grado tensión o aumento de ansiedad extra a la propia de la adolescencia, debido a la preocupación hacia su futuro ^(4, 19)

El hecho de tomar decisiones respecto a su formación académica, además de las exigencias propias de este período y sumado a que se encuentran en pleno proceso de madurez, puede representar un estrés importante en la vida de los adolescentes pudiendo verse afectada su calidad de vida. La calidad de vida es un concepto que cada vez se hace más amplio, cambiante y complejo, que ha ido evolucionando desde la consideración inicial de las condiciones materiales de vida hasta la inclusión de aspectos psicosociales, enmarcando la experiencias de las personas desde una perspectiva global, abarcando diferentes

dimensiones a partir de una experiencia concreta de vida. Puede ser definida, desde una perspectiva evolutiva como la “habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionadas con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad” ⁽²¹⁾. Pese a la complejidad que conlleva el análisis de la calidad de vida, existe un amplio consenso sobre las dimensiones que deben ser abordadas al profundizar en dicho tema: funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y funcionamiento social. Analizarlo desde el enfoque del desarrollo de la adolescencia es muy difícil, ya que esta etapa de la vida de las personas viene a ser un resultado de procesos de aprendizajes, de condiciones genéticas, de influencias del medio social y familiar, que en cada adolescente se desarrolla de diferente manera. En Chile no existe información específica respecto a indicadores de calidad de vida en la población adolescente, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI) realizada por el MINSAL en el año 2006 ofrece una descripción general de los cuidadores principales de los menores de 15 años, entregando solo información respecto a características sociodemográficas, actividades del cuidador principal, nivel socioeconómico, tipo de hogar, etc. no existiendo así una fuente de información concreta de análisis para la calidad de vida en la adolescencia⁽²²⁾.

Inevitablemente la calidad de vida arrastra consigo el constructo de bienestar subjetivo, debido a que en todo análisis los individuos determinarán según sus experiencias, creencias y valores, un balance positivo o negativo de su situación actual de vida. En este constructo se pueden diferenciar dos componentes, por un lado uno emocional, subdividido por afectos positivos y afectos negativos y un componente cognitivo, siendo denominado como satisfacción vital ⁽¹³⁾. Este último concepto es definido como una evaluación global que la persona hace sobre su vida. El grado de satisfacción vital que el sujeto determinará en su vida será producto de un proceso en donde realizará comparaciones y contrastes de circunstancias de su vida y un estándar que considerará apropiado para ella, debido a que la persona examina los aspectos tangibles de su vida, contrasta lo bueno contra lo malo, lo compara con un estándar o criterio elegido por ella.

Es posible utilizar la satisfacción vital como indicador de calidad de vida relacionada con salud, ofreciendo información de una manera global respecto a las dimensiones anteriormente nombradas, todo esto quedando enmarcado desde una visión macro del concepto de calidad de vida ⁽¹²⁾.

Toda valoración que las personas puedan hacer sobre su propia vida, va a ser un fiel reflejo tanto de la salud física y mental que presenten. En cuanto a esto último la salud mental es definida como la capacidad de controlar las emociones y lograr vencer obstáculos utilizando herramientas de manejo y control de las circunstancias de la vida cotidiana. En el momento en que esta capacidad se quebranta existe posibilidad de que aparezcan alteraciones emocionales y de comportamiento, dentro de los más comunes estos están los trastornos mentales como la ansiedad y depresión ⁽²³⁾. Estudios refieren que en la adolescencia temprana se provoca un incremento de estas sintomatologías en comparación con periodos previos del ciclo vital ⁽²⁴⁾.

La presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva en los adolescentes no indica que se está frente a dichas patologías, pero si es importante su observación. La depresión es una enfermedad que está afectando a la población mundial actual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta a más de 350 millones de personas alrededor de todo el mundo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Se estima además que el 20% de los niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental. La depresión se está transformando en la principal causa mundial de discapacidad y morbilidad, siendo muy grave en casos de larga duración, ya que la consecuencia más nefasta que puede traer es el suicidio que en tiempos actuales es la causa de un millón de muertes anuales aproximadamente ^(15, 25).

Según la Encuesta Nacional de salud (ENS) del 2011, en cuanto a la presentación de sintomatología depresiva según sexo se evidenció que el 25,7% de las mujeres mayores de 15 años y el 8,5 % de los hombres presentaron dicha sintomatología ⁽¹⁵⁾.

En la etapa de la niñez hay un 3% de prevalencia depresiva y en la adolescencia esta cifra asciende al 4-8%, lo que va aumentando después de la pubertad más aún en el sexo femenino. Se observa que la relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en niños menores de 10 años y de 2:1 en la adolescencia ⁽²⁵⁾. En la población de edades comprendidas entre 15 y 24 años la prevalencia es de un 14,4 %, desglosándose en un 21,7% en mujeres y en un 7,6 % en hombres ⁽¹⁵⁾.

La depresión en la región del Bío-Bío durante los años 2008 al 2012 afectó a un 15% de la población. El MINSAL, define depresión como una alteración patológica del estado de ánimo, que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, que se acompaña por síntomas y signos que perduran por lo menos durante dos semanas. Estos síntomas suelen manifestarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital, con episodios recurrentes, con tendencia a la recuperación entre episodios ^(8, 15).

Esta patología se manifiesta como un trastorno del humor, del estado de ánimo, acompañada de síntomas afectivos, tales como: tristeza de carácter patológico, decaimiento, cambios en el ciclo del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, llegando incluso en su nivel más extrema a la ideación suicida. También se evidencian síntomas cognitivos, como pensar ineficientemente y elevada auto-crítica ^(8, 26).

Los trastornos depresivos, según su intensidad, se pueden clasificar como leves, moderados o graves. En el sistema de clasificación diagnóstica, correspondiendo a la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la gravedad de los episodios está

dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional⁽⁸⁾.

Al hablar de depresión mayor, hay que considerar que es una patología psiquiátrica frecuente y tiene a menudo su inicio entre la mitad y el final de la adolescencia. Se hace referencia a un episodio que puede comenzar en cualquier momento de la vida, habitualmente entre los 20 – 30 años. La sintomatología por lo general se desarrolla en días a semanas, que puede durar semanas a meses^(8, 27).

La depresión en adolescentes hace referencia a un cuadro clínico, cuyo diagnóstico requiere la presencia de un conjunto completo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, entre ellos un episodio de depresión mayor de un periodo de al menos dos semanas en el que se da un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además debe experimentar al menos 4 síntomas, entre ellos: cambios de apetito o variación en el peso sin causa aparente, cambio en el sueño, falta de energía, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse y/o toma decisiones, pensamientos frecuentes de muerte, planes o intento suicidas⁽²⁷⁾.

Hay que considerar que la depresión en la adolescencia puede resultar de difícil diagnóstico, debido a que no posee todas las características típicas de un cuadro depresivo antes mencionadas. En este periodo la sintomatología se puede manifestar como un comportamiento irritable, desafiante, con diversos trastornos de conductas asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas y problemas escolares⁽²⁶⁾.

La ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes alrededor del mundo en los servicios de atención primaria, teniendo una prevalencia del 12% en la población adulta. La edad de inicio de la ansiedad es a los 15 años aproximadamente, ubicándolo entre los

trastornos que inician a más temprana edad, es más frecuente en mujeres que en hombres y su mayor prevalencia se alcanza entre los 25 y 45 años ⁽²⁸⁾.

En Chile existe poca información en relación a la prevalencia del trastorno ansioso. En el año 2002 Vicente B. et al ⁽⁶⁾ realizaron un estudio en el que se obtuvo como resultados que el trastorno ansioso también es altamente frecuente en la población chilena alcanzando un 17,9% para la prevalencia de vida ⁽⁶⁾.

La prevalencia de trastorno psiquiátrico en la población infantil y juvenil chilena en el año 2012 alcanzó un 8,3%, siendo más alto en las mujeres con un 11% en comparación con los hombres que alcanzaron un 5,8%. Según grupo etario se encontró que al grupo comprendido entre los 4-11 años obtuvieron mayor prevalencia en comparación con el grupo etario entre 12-18 años, alcanzando 9,2% y 7,4% respectivamente ⁽⁵⁾.

En la región del Bío-Bío se ha observado que la tasa de trastorno de Ansiedad ha ido aumentando en los últimos años, en el año 2008 la tasa era de 6,8 x 100mil habitantes, en el año 2009 aumentó a 8,5 x 100mil habitantes y en el año 2010 fue de 10,2 x 100 mil habitantes ⁽²⁹⁾.

La sintomatología depresiva, en muchas ocasiones se presenta acompañada de la ansiedad que corresponde a un tipo de trastorno mental, caracterizado por sentimientos de desesperación, nerviosismo y aprehensión derivado de la anticipación de un peligro interno o externo ⁽²⁵⁾.

Al hablar de ansiedad, en este estudio hay que diferenciar entre ansiedad como estado, y ansiedad como rasgo. Es por esto que Spielberger considera importante diferenciar entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, es por ello que habla de Ansiedad Estado-Rasgo ⁽³⁰⁾.

La ansiedad-estado se define como un estado emocional de carácter inmediato, que se puede modificar en el tiempo, y se caracteriza por una combinación de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, que incluso incluye cambios fisiológicos como el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. En cambio, la ansiedad-rasgo es una tendencia o rasgo, que no se manifiesta directamente en la conducta, es decir las personas con un alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir de ansiedad-estado de una manera más frecuente o con mayor intensidad ^(31, 32).

En adolescentes, como se ha mencionado el diagnóstico es complejo, sin embargo existen síntomas que permiten detectar los trastornos de ansiedad entre ellos: inseguridad, temor, preocupación y pensamientos negativos. En ocasiones se pueden presentar síntomas somáticos, tales como taquicardia, hipertensión arterial, disnea, dolores abdominales, cólicos, xerostomía, cefaleas ⁽³³⁾.

1.5 MARCO EMPIRICO

Con respecto a la Fiabilidad y Validez de la Escala de Satisfacción Vital, Cabañero M. et al ⁽¹¹⁾ en el año 2004 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, titulado: “Fiabilidad y Validez de la Escala de Satisfacción Vital con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas”. La muestra fue constituida por 588 mujeres en gestación y puerperio. Para la determinación de fiabilidad de la escala de satisfacción vital, se utilizó el alfa de Cronbach con un valor de 0,82. Al analizar las evidencias convergentes y discriminantes de la validez de la escala se demostró que el constructo satisfacción vital tiene mayor correlación con los indicadores del área psicológica que con los del área física, obteniendo una relación significativa, para esto se utilizaron dimensiones de las Láminas COOP-WONCA y el Perfil de Salud de Nottingham.

En cuanto a la sintomatología depresiva y su relación con rendimiento académico, Pérez y Urquijo ⁽³⁴⁾, en el año 2001 realizaron un estudio correlacional titulado: “Depresión en adolescentes, relaciones con el desempeño académico”, basado en una muestra de 888 alumnos de 7° y 9° año de EGB, de ambos sexos, asistentes a escuelas públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con una edad promedio de 13,47 años. Se utilizó la adaptación española del Cuestionario de Depresión para niños (CDS), compuesto por 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Para el rendimiento académico utilizaron pruebas de logros en matemáticas y lenguaje, según los operativos de evaluación de la calidad educativa de la provincia de Buenos Aires. Para el análisis se utilizó t-student obteniéndose como resultados correlaciones negativas estadísticamente significativas entre los indicadores de depresión y el rendimiento académico ($r=-0,299$ con $p\text{-valor} < 0,001$ en matemáticas; $r=-0,257$ con $p\text{-valor} < 0,001$ en lenguaje), los autores refieren que esta asociación es débil e indicaría la existencia de una leve tendencia que sugiere que, a medida que aumentan los niveles de depresión, menor es el rendimiento académico.

Con respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes, Ospina-Ospina et al ⁽²³⁾ en el año 2011, realizaron un estudio de corte transversal, titulado: “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia”, basado en una muestra de 538 escolares con edades comprendidas entre 10 y 17 años. Los instrumentos utilizados, fueron CDI-Childrens para medir depresión, SCARED para medir trastorno de ansiedad. Como resultado se obtuvo que un 40,5% de los adolescentes en estudio presentaron síntomas subjetivos de ansiedad y/o depresión, de estos un 28,3% obtuvieron un puntaje positivo para síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, un 3,3% presentaron síntomas depresivos exclusivamente, y un 8,9% con síntomas mixtos (ansiedad y depresión). Entre sexo y ansiedad, se encontró que las mujeres son más ansiosas que los hombres ($p = 0,0002$). Además se encontró que si existe depresión hay una tendencia a estar más ansioso ($p = 0,0001$). Al pertenecer a un colegio público se

tiende a estar más ansioso ($p = 0,0008$). En la comparación entre sexos no se encontró diferencia significativas ($p = 0,9128$) a pesar de encontrar mayor cantidad de hombres con síntomas depresivos, por lo tanto esto puede variar según la población.

En relación a la ansiedad y el rendimiento académico, Macher et al ⁽³⁵⁾, en el año 2013 realizaron un estudio titulado: “Statistics anxiety, state anxiety during an examination, and academic achievement”, traducido es: “Estadísticas de Ansiedad, estado de ansiedad durante un examen, y el rendimiento académico”, basado en una muestra de 284 estudiantes de psicología en Karl-Franzen-Universidad Graz, Austria. Compuesta por un 79,23% de mujeres y un 20,77% de hombres, la edad media fue de 21,4 con una sintomatología depresiva (SD) de 3,76. Los instrumentos utilizados fueron STARS para medir Estadísticas Ansiedad, STAI (versión alemana) para medir Estado-Rasgo-Ansiedad. Como resultado se obtiene: los estudiantes con los niveles más altos de ansiedad rasgo, a su vez reportan los niveles más altos de ansiedad estado ($\beta = 0,47$); la ansiedad estado tiene una pequeña pero significativa relación directa y positiva con el rendimiento académico ($\beta = 0,16$).

En España Martínez et al ⁽³⁶⁾, en el año 2013 realizaron un estudio de tipo correlacional, titulado “Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles”, basándose en una muestra de 1409 estudiantes entre 12 y 18 años, cuya media de edad fue de 14,32 pertenecientes a establecimientos públicos y privados. Los instrumentos utilizados fueron Inventario de ansiedad escolar (IAES) para evaluar la situaciones y respuestas de ansiedad escolar; State-Trait Anxiety Inventory (STAI), para evaluar Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado; State-Trait Anxiety Inventory for children (STAIC), para valorar la ansiedad en niños; Children’s depression inventory (CDI), para la evaluación de sintomatología depresiva en niños/as y jóvenes entre los 7 y los 17 años, todas estas escalas en su versión española. Cuyos resultados fueron correlaciones positivas y estadísticamente significativas, entre los

factores del IAES con ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, tanto en niños como adolescentes ($p < 0,001$), así también entre los factores de IAES y CDI, se obtuvieron correlaciones positivas y estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

En relación a la sintomatología ansiosa y depresiva, Bustos et al ⁽³⁷⁾ en el año 2014, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, titulado: “Determinación de la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes de cuarto año de enseñanza media de establecimientos técnico profesionales del radio urbano de la ciudad de Chillán, año 2014”. La muestra estuvo compuesta por 292 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron: APGAR familiar, CES-D para medir sintomatología depresiva, y para medir ansiedad-rasgo-estado se utilizó IDARE. Se obtienen como resultado: 78,8% de los adolescentes presentaron sintomatología depresiva. En ansiedad-estado se evidenció que el 22,6% presentó niveles bajos de ansiedad, un 49,7% manifestó niveles medios de ansiedad y el 27,7% presentaron niveles altos de ansiedad. En ansiedad-rasgo el 33,9% es escasamente ansioso, el 42,5% medianamente ansioso, y el 23,3% presentaron niveles altos de ansiedad. Analizando por sexo, se obtiene que el 76,6% de los hombres y el 81% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva.

Para identificar el rol que ejerce la satisfacción vital en la reputación social y violencia en adolescentes, Moreno et al ⁽⁷⁾ en el año 2009, realizaron un estudio correlacional llamado “Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital”. Se analizaron a 1.319 adolescentes de entre 11 y 16 años, con el objetivo de determinar la relación entre la reputación social del adolescente (percibida e ideal), la violencia relacional con el contexto escolar y variables de ajuste psicosocial como autoestima, soledad y satisfacción con la vida. Como resultado se obtuvo que los adolescentes que buscan la reputación social no conformista muestran mayor soledad, tienen autoestima más bajo y está más insatisfechos con su vida, lo que se vincula a mayor participación en comportamientos de violencia relacional. Los adolescentes que poseen una

reputación social percibida tienen menos sentimientos de soledad, mayor autoestima y satisfacción vital por lo que su participación en actos de violencia es menor. Al análisis se observa que la reputación ideal y la percibida tienen una estrecha relación con el sentimiento de soledad con un $p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente, y muestra una relación negativa fuerte con la autoestima y satisfacción vital con un $p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente. Por otra parte se observó que el grado de autoestima y el de satisfacción con la vida se asociaron con la participación en actos de violencia racional obteniendo un $p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente.

Con respecto a la escala SV y sus propiedades psicométricas, Atienza et al ⁽¹²⁾ en el año 2000, analizaron las propiedades psicométricas de la versión en castellano de la escala de Satisfacción con la Vida, utilizando una muestra de 697 estudiantes, de los cuales 348 fueron mujeres y 349 hombres de la Comunidad de Valencia, la edad media de los participantes del estudio fue de 13,7 años (DT=1,75). Trabajó con una muestra representativa de las tres provincias de la Comunidad Valencia. El porcentaje de alumnos con los que se trabajó se obtuvo según el número de centros públicos, privados y concertados existentes. Los alumnos de cada curso fueron seleccionados de manera aleatoria. Las variables utilizadas fueron SV, sentimientos de felicidad, sentimientos de soledad y la satisfacción en el ámbito escolar. El análisis factorial exploratorio, mostró que la estructura mono factorial extraída explicó el 53,7% de la varianza total, indicando que los ítems no eran independientes. El análisis factorial confirmatorio mostró que el ajuste del modelo propuesto fue bastante satisfactorio. En cuanto al análisis de la fiabilidad, el alfa de Cronbach calculado, indica que la escala tiene una muy buena consistencia interna ($\alpha = 0,84$). En el análisis de constructo de la escala de satisfacción con la vida, tenemos que muestran correlaciones positivas obtenidas con sentimientos de felicidad y satisfacción en el ámbito escolar y la correlación negativa obtenida con sentimientos de soledad ($p < 0,001$).

En cuanto a la satisfacción vital, Schnettler et al⁽³⁸⁾ en el año 2014 realizaron un estudio de tipo descriptivo, titulado: “Variables que influyen en la satisfacción con la vida de personas de distinto nivel socioeconómico en el sur de Chile”, aplicado a una muestra de 316 residentes de las principales ciudades del sur de Chile, de estos participantes el 53,5% eran mujeres; el 33,2% tenía entre 18 y 30 años de edad, el 37,7% 31 a 45 años; el 52,2% eran solteros; y las personas de NSE más altos predominaron con un 76,3%. Se usaron las escalas Escala de Satisfacción con la vida (SWLS), Escala de Satisfacción con la Alimentación (SWFL), el Índice de Calidad de Vida Relativo a la Salud (ICVRS) y la escala de discrepancia del Yo. Los resultados arrojaron que la mayor cantidad de personas participantes estaban satisfechas con su vida y con su alimentación con un 43,0% y 34,8% respectivamente. Además que según el NSE se encontraron diferencias significativas según edad, estado civil, educación y ocupación ($p < 0,001$), la mayor proporción de personas extremadamente satisfechas con su vida pertenecían al nivel ABC1 (36,1%) y la mayor cantidad de insatisfechas pertenecían al C3, D y E (24,0%), resultados estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

Veloso et al ⁽³⁹⁾ en el 2013 efectuaron un estudio llamado: “Relación entre Inteligencia Emocional, Satisfacción Vital, Felicidad Subjetiva y Resiliencia en Funcionarios de Educación Especial”, para el cual contaron con la participación de 117 funcionarios de la educación especial de la ciudad de Arica e Iquique, Chile. Para esto se utilizaron los instrumentos *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24) y *Emocional Quotient Inventory* (EQ-i) para medir inteligencia emocional; Escala de Satisfacción Vital; Escala de Felicidad Subjetiva; y Connor-Davidson Resilience Scale para medir la resiliencia. Los resultados evidenciaron que la Inteligencia emocional correlaciona positivamente con satisfacción vital, especificando que existe una correlación positiva y significativa con las dos medidas de inteligencia emocional con un 0,481 para TMMS-24 y un 0,454 para EQ-i. Además se descubrió que la inteligencia también correlaciona positivamente con la felicidad subjetiva

(0,582 para TMMS-24 y un 0,571 para EQ-i) y con la resiliencia (0,698 para TMMS-24 y un 0,598 para EQ-i).

En relación a síntomas depresivos y ansiedad, Arrieta et al ⁽⁴⁰⁾ en el año 2013, realizaron un estudio analítico de corte transversal, titulado: “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados”, cuya muestra se seleccionó con un muestreo probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron, cuestionario de Cribado para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg (E.A.D.G) para medir ansiedad o depresión y APGAR familiar. Dentro de los resultados se destacan que el 76,2% de los estudiantes posiblemente presenten sintomatología de trastornos de ansiedad y el 75,4% pueden presentar sintomatología depresiva, además el modelo que mejor explica la sintomatología depresiva se compone de algunos factores, tales como dificultades económicas, antecedentes familiares de ansiedad o depresión y trastornos de ansiedad, cuyas pruebas fueron estadísticamente significativas (p-valor <0,001).

En relación a la satisfacción vital en adolescentes y factores que pueden influir, Barra y San Martín ⁽⁴¹⁾ en el año 2013, realizan un estudio correlacional, titulado: “autoestima, apoyo social y SV en adolescentes”, en una muestra constituida por 512 adolescentes de distintos tipos de establecimientos educacionales (públicos y privados). Los instrumentos utilizados fueron, escala multidimensional de SV para estudiantes, escala de autoestima de Rosenberg y escala Multidimensional de apoyo social percibido. Utiliza coeficiente de correlación de Pearson. Como resultados se destaca, la autoestima como el apoyo social presenta relaciones significativas, en cuanto al sexo no se evidencian diferencias importantes; el apoyo social y la autoestima, ambas explicarían un 52% de la variabilidad en la SV.

En cuanto a la SV en adolescentes, Barra y Chavarría ⁽⁴²⁾ en el año 2013, realizaron un estudio correlacional, titulado: “Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido”, conformada por 358 estudiantes de segundo año

medio pertenecientes a 13 colegios municipales de Concepción. Los instrumentos utilizados fueron, escala de autoeficacia general de Babler; Cuestionario de apoyo social percibido; escala multidimensional de SV en estudiantes. Utiliza como coeficiente de correlación de Pearson. En sus resultados destacan que la SV presenta, nivel altos en las dimensiones familia (80%), amigos (87%), se observan menores niveles de satisfacción en las dimensiones de colegio (68%), y entorno 67%; además, la autoeficacia muestra una relación mayor con la SV (0,40) que el apoyo social (0,34) estadísticamente significativo y en cuanto al sexo ambos presentan mayor correlación en autoeficacia pero es levemente mayor en hombres (0,46 en hombres y 0,38 en mujeres) estadísticamente significativo.

1.6 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Evaluar la relación entre sintomatología ansiosa y depresiva, con el grado de satisfacción vital en adolescentes participantes del estudio.

1.7 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivos generales

- Relacionar sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de satisfacción vital en adolescentes de segundo año medio de establecimientos subvencionados y municipalizados de Chillán

Objetivos específicos

1. Conocer las características socio demográficas (sexo, edad y percepción de situación económica actual) de la población en estudio.
2. Conocer las características académicas (tipo de establecimiento, rendimiento académico del año anterior) de la población en estudio.
3. Determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa como estado, sintomatología ansiosa como rasgo, sintomatología depresiva y satisfacción vital de la población en estudio.

4. Relacionar la sintomatología ansiosa como estado y como rasgo con la satisfacción vital en la población de estudio.
5. Relacionar la sintomatología depresiva con la satisfacción vital en la población de estudio.
6. Relacionar la sintomatología ansiosa (estado y rasgo) y depresiva con la satisfacción vital según características sociodemográficas (sexo y percepción de situación económica actual).
7. Relacionar la sintomatología ansiosa (estado y rasgo) y depresiva con la satisfacción vital según características académicas (tipo de establecimiento, rendimiento académico del año anterior).

1.8 HIPÓTESIS

- Los adolescentes que obtengan un mayor puntaje en relación a la sintomatología ansiosa (Estado y Rasgo) presentarán una menor satisfacción vital.
- Los adolescentes que obtengan un mayor puntaje en relación a la sintomatología depresiva presentarán una menor satisfacción vital.

II. METODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO

El estudio es correlacional de corte transversal

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La cantidad de estudiantes disponibles para este estudio fue de 435 adolescentes de segundo año medio, distribuidos en dos establecimientos municipalizados: Liceo Bicentenario Marta Brunet (N=238) y Liceo Narciso Trondeau (N=49); más dos establecimientos particulares subvencionados: Colegio San Buenaventura (N=45) y Colegio Creación (N=103). Estos datos fueron recolectados de acuerdo a la información entregada por las jefaturas de UTP de cada establecimiento (Anexo 1 y 2).

2.3 MUESTRA

Se calculó una muestra de 195 estudiantes, la cual satisface un 95% de confianza ($1-\alpha/2=0,05$), 80% de poder estadístico ($1-\beta$) y la estimación de una correlación mínimamente importante de $r=0,2$. La expresión utilizada para estudios de correlación fue la siguiente:

$$n \geq \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right)^2 + 3; \text{ reemplazando, se tiene: } n \geq \left(\frac{1,96 + 0,842}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+0,2)}{(1-0,2)}} \right)^2 + 3 = 195$$

Los estudiantes fueron seleccionados con un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple, de acuerdo a la disponibilidad de cursos en cada colegio.

Tabla 2.3.1

Distribución de los participantes de estudio de acuerdo al origen del establecimiento

Establecimiento educacional	Población	Muestra
Liceo Bicentenario Marta Brunet	238	60
Liceo Narciso Trondeau	49	42
Colegio San Buenaventura	45	41
Colegio Creación	103	57

Fuente. Elaboración propia a partir de la información obtenida por los establecimientos educacionales.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

- Encontrarse cursando Segundo Año de Enseñanza media en los establecimientos Científico Humanista del radio urbano de Chillán.
- Estudiantes cuyos establecimientos autoricen la aplicación de los instrumentos.
- Estudiantes decidan participar del estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con diagnóstico clínico de depresión y/o en tratamiento psicológico.
- Estudiante que contesten de manera incorrecta: preguntas sin contestar o con doble respuesta.

2.5 UNIDAD DE ANALISIS

Estudiantes de 2° año medio de establecimientos educacionales Científico Humanista de la ciudad de Chillán.

2.6 LISTADO DE VARIABLES (Anexo 3)

Variables de estudio dependientes

- Satisfacción vital

Variables de estudio independientes

- Sintomatología ansiosa (Estado y Rasgo)
- Sintomatología depresiva

Covariables

- Sexo
- Percepción de situación económica actual
- Tipo de establecimiento educacional
- Rendimiento académico

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

2.7.1 Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) (Anexo 4)

La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) fue creada en 1977 por Radloff, con la finalidad de ser utilizado como un instrumento de tamizaje para detectar casos de depresión basándose en la sintomatología depresiva y sus diversas manifestaciones en los últimos siete días antes de su aplicación, siendo una medida de investigación en la población no clínico destinada a detectar personas con alto riesgo de presentar depresión. No requiere ser administrada por personal entrenado debido a que es breve, fácil de contestar y de corregir, inclusive puede ser auto-administrada, lo que beneficia su uso en diferentes contextos y la convierte en una herramienta útil y económica^(37, 43).

La escala se fue formando a partir de otras escalas que ya estaban validadas, de estas se seleccionaron los ítems que representaban los síntomas más relevantes del trastorno depresivo. Dichas escalas fueron el “Inventario de Depresión de Beck” (BDI, por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961); La “Escala de Depresión de Zung” (Zung 1965); partes del “Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota” (MMP, por Dahlstrom y Welsh,

1960); la “Escala de Autorreporte de Depresión de Raskin” (Raskin, Schulerbrandt, Reatig y McKeon, 1969) y finalmente la lista de Síntomas de Gardner (Gardner, 1969) ⁽³⁷⁾.

La escala CES-D es una de las más usadas en el mundo, puesto que ha sido traducida y adaptada a diversos idiomas y aplicada en diferentes grupos étnicos y etarios. Su masivo uso se debe a la estabilidad que han tenido sus propiedades psicométricas en las diversas adaptaciones y aplicaciones que ha tenido ⁽⁴³⁾.

En Chile en el año 2004, Gempp, Avendaño y Muñoz realizaron una versión adaptada de la escala para la población juvenil chilena, dicha adaptación mostró alta fiabilidad (alfa: 0,87) y validez concurrente, entendida esta última como eficacia diagnóstica en una muestra clínica, evaluada con metodología ROC (AUC= 0,96) ⁽⁴⁴⁾. En relación al puntaje de corte, fue establecido por el autor de la escala Radloff en 1977, donde se clasifica al participante del estudio: con presencia de sintomatología depresiva (puntaje mayor a 16 puntos) y sin sintomatología depresiva (puntaje menor a 16 puntos). En el estudio de Gempp, Avendaño, Muñoz en 2004 y Gempp R, Thieme en 2010 aludieron que el punto de corte de la escala (16 puntos) es sensible con un 97,7% pero es poco específico con un 57%, por lo que estos autores sugirieron reemplazar el punto de corte por 24 puntos para obtener una sensibilidad del 97,7% y una especificidad del 79%, sin embargo no entregan una conclusión definitiva para elevar a 24 puntos el puntaje de corte, más bien incentivan a seguir investigando sobre las propiedades y limitaciones de la escala ^(44, 45).

La escala contiene 20 ítems, en cada uno de ellos se representa un síntoma habitual del trastorno depresivo. Los ítems 4, 8, 12 y 16 se presentan de manera positiva, el resto lo hacen de manera negativa. Se interpreta a través de escala Likert, asignando un puntaje que va del 0 al 3, excepto en los 4 ítems positivos que se puntúan al revés de 3 a 0 puntos. Las respuestas indican la frecuencia con la experimentó cada síntoma “durante la semana pasada”, teniendo 4 opciones “Rara vez o ninguna vez (1 día o menos)”, “Alguna vez o unas

pocas veces (1 a 2 días)”, “Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)” y “La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)”. El puntaje total se calcula sumando el puntaje de los ítems, el puntaje que se puede obtener va entre 0 a 60 puntos, es así como a mayor puntuación, mayor frecuencia de ocurrencia de síntomas, considerando para ello el puntaje de corte en 16 puntos ⁽⁴⁵⁾.

2.7.2 Inventario de Ansiedad Rasgo Estado – IDARE (Anexo 5)

La escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI), que fue desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, cuyo propósito era evaluar la ansiedad según el modelo de Spielberger, quien postulaba que este trastorno se constituye por dos componentes, uno en que hace referencia a una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes y también hace referencia a un periodo transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Es por esto que este instrumento se constituye por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas: Ansiedad-Rasgo, y Ansiedad-Estado ^(32, 46).

La escala Ansiedad-Rasgo consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los participantes del estudio describir cómo se sienten generalmente. Por otro lado la escala Ansiedad-Estado, consta de veinte afirmaciones, donde deben decir cómo se sienten en un momento dado ^(32, 46).

Cabe mencionar que la escala STAI en su traducción al español recibe el nombre de Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Esta traducción se realizó en España en 1982 por Spielberger et al. En la adaptación al español se comprueba que las medias y la fiabilidad, evaluadas a través del alfa de Cronbach y la correlación test-retest resultan similares a la versión original ^(46, 47).

Esta escala ha sido validada en diversos países, incluyendo a naciones de Latinoamérica, entre ellos Chile con un análisis preliminar en población adolescente y adulta en el año

2007, por Vera et al. Las informaciones obtenidas de dicho estudio dan una consistencia interna de 0,92 Ansiedad-Estado y 0,87 para Ansiedad Rasgo, por lo tanto el instrumento presento una alta consistencia interna ⁽⁴⁸⁾.

A nivel provincial, estudiantes de Psicología de la Universidad del Biobio, realizaron una investigación para poder optar al título de grado, ésta consistía en la Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) en población universitaria de la Provincia de Ñuble. Se obtuvo un alfa de Cronbach 0,95 lo que indica alta confiabilidad. En relación a la sub escala Ansiedad-Estado se obtuvo un alfa de Cronbach 0,94 lo que indica consistencia interna, y la sub escala Ansiedad-Rasgo se obtuvo un alfa de Cronbach 0,90 lo que indica alta confiabilidad ⁽³⁷⁾.

Para la obtención de los resultados en la sección Ansiedad-Estado se debe sumar los ítems 3+4+6+7+9+12+13+14+17+18 y restar los ítems 1+2+5+8+10+11+15+16+19+20 y a este resultado suma una constante de 50 puntos. En cambio, la sección de Ansiedad-Rasgo, se clasifica sumando los ítems 2+3+4+5+8+9+11+12+14+15+17+18+20 y se restan los ítems 1+6+7+10+13+16+19, a este puntaje se le suma una constante de 35 puntos. Obteniéndose los resultados de ambas secciones, Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, se clasifica en alta si es mayor o igual a 45 puntos, media si es entre 31 y 44 puntos y baja si es menos o igual a 30 ⁽³⁷⁾.

2.7.3 Escala de satisfacción con la vida (Anexo 6)

En el año 1985 Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, crearon una escala para medir la satisfacción con la vida en la población general, con el objetivo de evaluar el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida, la cual consta con 5 ítems. Cada uno de los ítems se responde por medio de una escala tipo Likert que valora de 1 a 7 el grado en que el encuestado concuerda con cada ítems. Se encuentra que esta escala correlaciona significativa y negativamente con sintomatología depresiva, estrés percibido y

soledad, por el contrario, correlaciona significativa y positivamente con autoestima social, clima social familiar y comunicación con padres ⁽⁴⁹⁾.

En su adaptación al castellano, existe una versión al español realizada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) que ha reducido el número de respuestas posibles, contando con una escala Likert comprendida entre 1 y 5, que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy en acuerdo”. Esta escala cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con una consistencia interna de 0,84 ⁴⁹, sin embargo no cuenta con una clasificación de los puntajes, es por esto que en la presente investigación se utilizó la media de los puntajes totales de la escala, luego de realizar el cálculo de consistencia interna del instrumento el cual arrojó un alfa de Cronbach de 0,81; método recomendado por Atienza (Anexo 9).

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con anterioridad la posibilidad de disponer de una sala exclusiva sin distracciones para la recolección de datos, en un día acordado por académicos e investigadores. El espacio físico facilitado fue la sala de clases. Los establecimientos negaron la posibilidad de enviar un consentimiento informado a los apoderados. Sin embargo, se comprometieron a entregar un documento escrito a los investigadores en donde se señale la autorización para poder aplicar los instrumentos (Anexo 10). En el día de aplicación de los test, se da conocer de manera verbal a los estudiantes las instrucciones de llenado de las encuestas iniciando por Características sociodemográficas (anexo 7), continuando con STAI (Anexo 5), luego por CES-D (Anexo 4) y finalmente con satisfacción vital (Anexo 6). Una vez finalizada la encuesta, los investigadores harán una inmediata revisión para verificar que todo esté bien realizado.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue autorizado por los directores de cada establecimiento posterior a una solicitud que explica el objetivo del estudio.

En el encuentro con el curso se explicó escrita y oralmente el objetivo del estudio, las formas de medición, el carácter voluntario y anónimo, basado en los principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia de la Declaración de Helsinki, en la ley N° 20.120 “Ley de investigación en humanos” y la ley 20.584 “Ley de derechos y deberes del paciente” para asegurar la protección de la confiabilidad de los datos, que rigen el manejo de información de investigaciones en Chile ^(50, 51). Al finalizar se consultó quienes están dispuestos a participar del estudio, quienes aceptaban se les hizo entrega del consentimiento informado (Anexo 8) y las escalas de la investigación.

2.10 PROCESAMIENTO DE DATOS

La muestra no se consideró a 17 estudiantes por inasistencia a clases en el día de la aplicación del instrumento. Se excluyeron 14 encuestas por no cumplir criterios de elegibilidad establecidos en el estudio: 2 estudiantes no firmaron consentimiento informado, 4 contestaron dos o más opciones y 8 estudiantes que estaban con diagnóstico y/o tratamiento por depresión.

Las variables del estudio serán descritas mediante frecuencias y porcentajes.

Con el objetivo de correlacionar las variables de interés (síntomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital) se aplicaron los coeficientes de correlación de Pearson (datos continuos con distribución normal), Rho de Spearman (datos ordinales) y Eta (datos cuantitativos con cualitativos).

Para comparar las medias de satisfacción vital con grupos de sintomatología depresiva y ansiosa, se hizo con ANOVA de un factor, previa comprobación de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y homocedasticidad con prueba de Levene. El nivel de significación a priori utilizado para este estudio fue de $\alpha=0,5$.

Los datos fueron procesados con SPSS, versión 15 (en español).

III. RESULTADOS

3.1 Presentación de resultados

Se estudió una muestra de 200 adolescentes entre 14 y 17 años que asistían a dos establecimientos particulares subvencionados y a dos establecimiento municipalizados de la ciudad de Chillán.

Tabla 1
Distribución de los estudiantes de segundo año medio según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	n =200	%
Sexo		
Hombre	112	56,0
Mujer	88	44,0
Edad (años)		
14	15	7,5
15	142	71,0
16	35	17,5
17	8	4,0
Percepción situación económica		
Buena	97	48,5
Regular	92	46,0
Mala	11	5,5

Fuente. Elaboración propia

La tabla 1 muestra la distribución sociodemográfica de 200 estudiantes que fueron evaluados, el 56% son hombres, la edad más frecuente fue de 15 años (71,0%) y el 48,5% informó percibir una buena situación económica. El 5,5% indicó que su situación económica era mala.

Tabla 2

Distribución de los estudiantes de segundo año medio según características académicas

Características académicas	n	%
Tipo de establecimiento		
Particular subvencionado	98	49,0
Municipalizado	102	51,0
Rendimiento académico		
Deficiente	2	1,0
Suficiente	18	9,0
Bueno	180	90,0

Fuente. Elaboración propia

En tabla 2 se evidencia la distribución de la muestra según tipo de establecimiento, el 51% derivó de colegios municipalizados. El 90% de los participantes del estudio de ambos tipos de establecimientos presentó un buen rendimiento académico (notas entre 5,0 y 7,0, en una escala de 1,0-7,0).

Tabla 3

Distribución de los estudiantes de segundo año medio según sintomatología ansiosa

Sintomatología ansiosa	n=200	%
Ansiedad-estado		
Alta	62	31,0
Media	96	48,0
Baja	42	21,0
Ansiedad-rasgo		
Alta	37	18,5
Media	89	44,5
Baja	74	37,0

Fuente. Elaboración propia

En la tabla 3 se aprecia la evaluación de sintomatología ansiosa medida en los participantes del estudio, encontrándose que el 48% y 31% presentaron niveles medio y alto de síntomas de ansiedad estado. Respecto a la sintomatología del tipo ansiedad rasgo, el 44,5% y 37% de la muestra fueron clasificados con síntomas de media y baja intensidad, respectivamente.

Tabla 4

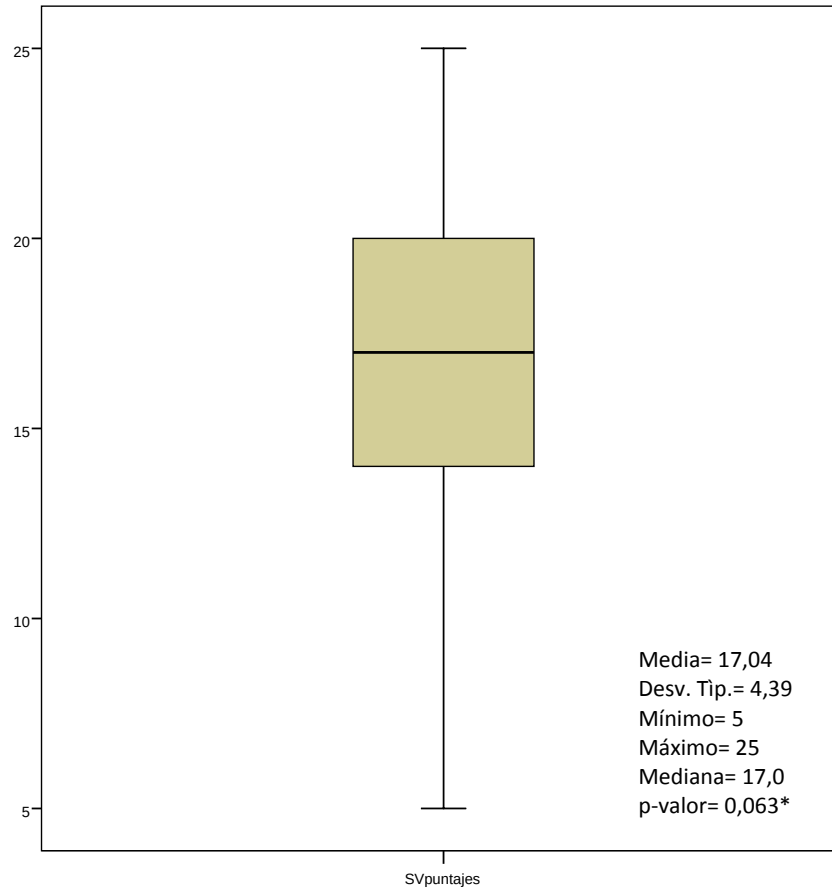
Distribución de los estudiantes de segundo año medio según sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva	n	%
Con sintomatología depresiva	84	42,0
Sin sintomatología depresiva	110	58,0
Total	200	100,0

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4 señala la evaluación de sintomatología depresiva con la escala de depresión CES-D, en la cual el 42% de la muestra presentó síntomas asociados a depresión.

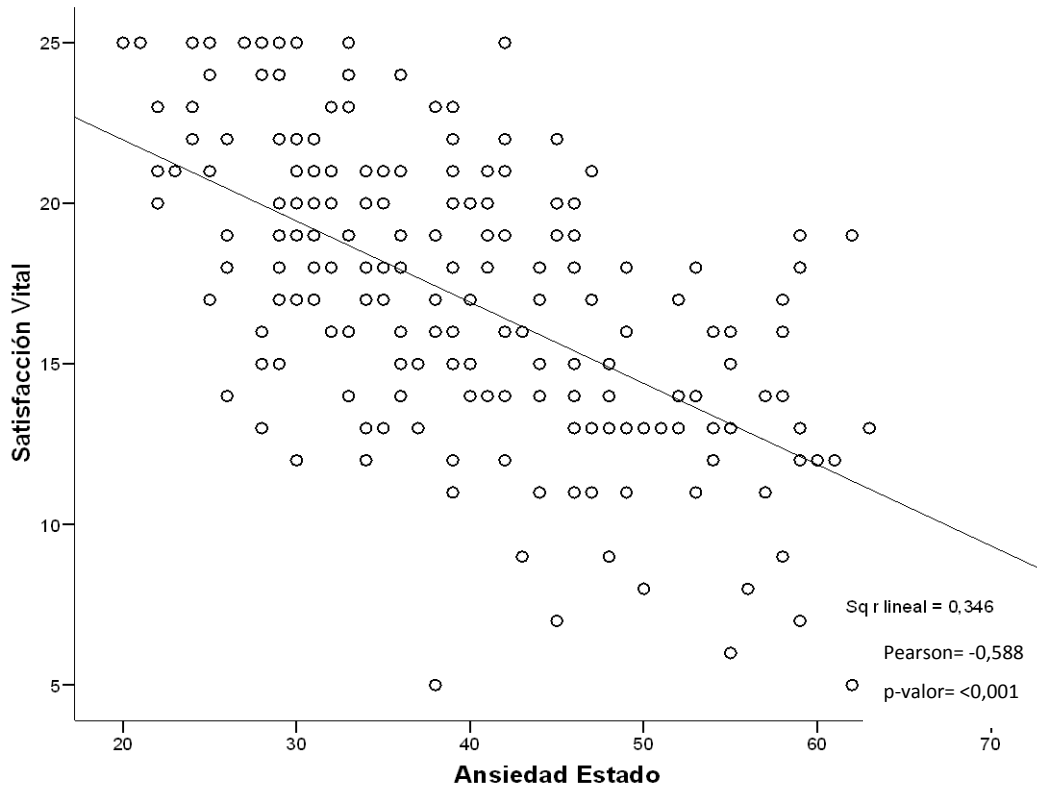
Figura 1
Puntaje de satisfacción vital medido en los estudiantes de segundo año de la muestra (n=200)



La figura 1 presenta la distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov (con adecuación de Lilliefords), con un p-valor de 0,003. Representando las medidas de resumen del puntaje de Satisfacción Vital evaluada en la muestra del estudio. Se encontró una media de $17,04 \pm 4,39$ puntos, existiendo estudiantes que puntuaron entre 5 y 25 puntos, respectivamente.

Figura 2

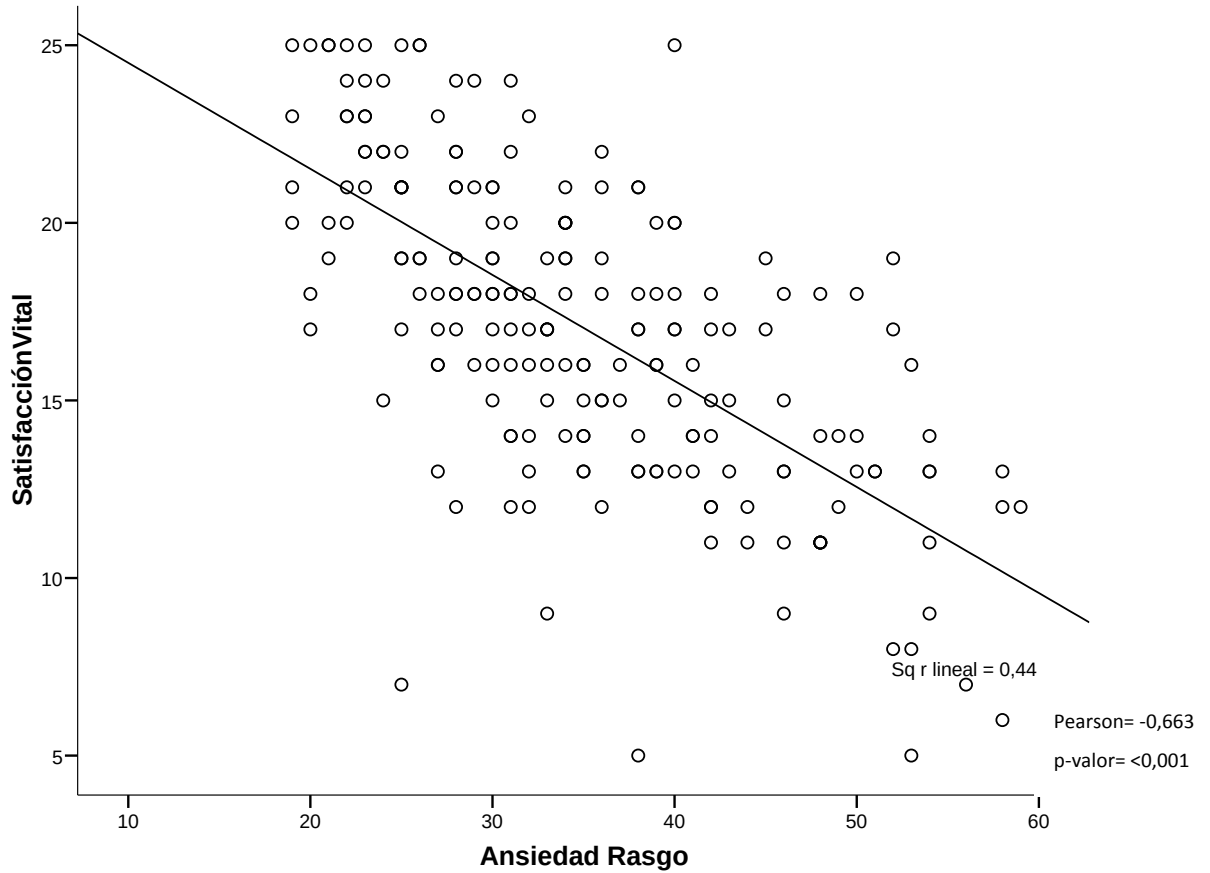
Puntaje de satisfacción vital y ansiedad estado medido en los estudiantes de segundo año de la muestra (n=200)



La figura 2 expone la correlación entre ansiedad estado con satisfacción vital, se observó tendencia inversamente proporcional entre estas dos variables, es decir, a mayor puntuación de ansiedad estado, menor es la puntuación obtenida para satisfacción vital. De acuerdo a la recta de regresión lineal, el coeficiente de correlación tuvo un valor $r = -0,588$ y estadísticamente significativo ($p < 0,001$), por lo que la ansiedad estado logra explicar el 34,6% de la varianza de satisfacción vital.

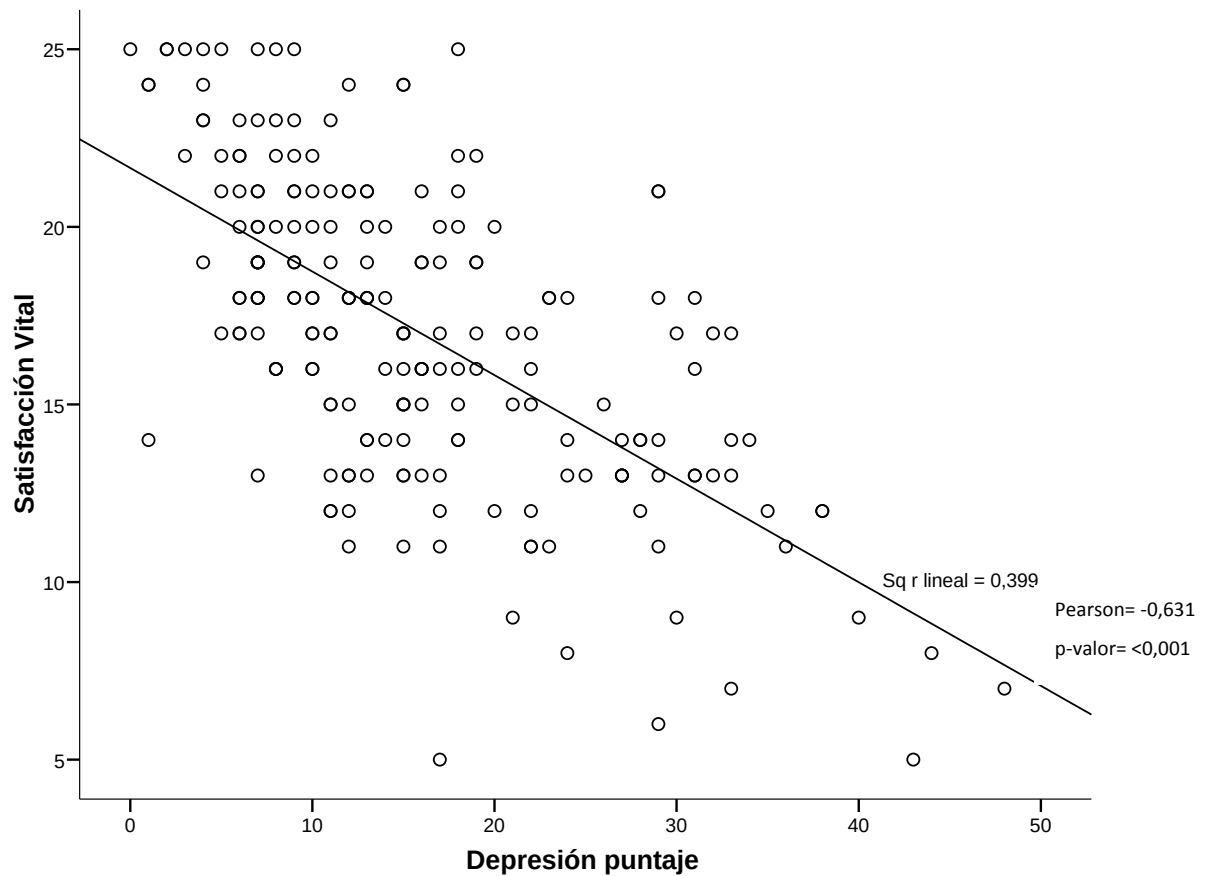
Figura 3

Puntaje de satisfacción vital y ansiedad rasgo medido en los estudiantes de segundo año de la muestra (n=200)



La figura 3 muestra una correlación entre ansiedad rasgo y satisfacción vital, se encontró que ambas variables son representadas con una recta de regresión lineal inversamente proporcional, cuyo valor de correlación fue de $r=-0,663$ y estadísticamente significativa ($p<0,001$), de tal forma que la ansiedad rasgo logra explicar el 44% de la varianza de satisfacción vital.

Figura 4
Puntaje de satisfacción vital y depresión medido en los estudiantes de segundo año de la muestra (n=200)



En la figura 4 se observa la correlación entre depresión y satisfacción vital, se observó una muestra de regresión lineal inversamente proporcional, con un coeficiente de correlación de $r = -0,631$ y estadísticamente significativo ($p < 0,001$), logrando la depresión explicar el 39,9% de la varianza de satisfacción vital.

Tabla 5
Medias de satisfacción vital según ansiedad estado desagregado por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Ansiedad estado			p-valor*	ρ **
	Alta	Media	Baja		
Sexo					
Hombre	14,85 ± 3,81	18,05 ± 3,14	20,22 ± 4,14	<0,001	0,429
Mujer	13,28 ± 3,59	16,59 ± 4,29	21,27 ± 2,76	<0,001	0,596
Percepción situación económica					
Buena	14,15 ± 3,37	18,17 ± 3,77	21,30 ± 3,30	<0,001	0,609
Regular	14,16 ± 4,00	16,98 ± 3,30	19,65 ± 4,27	<0,001	0,428
Mala	10,75 ± 3,30	15,60 ± 5,18	20,50 ± 2,12	0,073	0,601

* p-valor de Anova

** Coeficiente *Rho* de Spearman

Fuente. Elaboración propia

En la tabla 5 se evidencia que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en los tres grupos de ansiedad estado evaluados en los hombres ($p<0,001$) y mujeres de la muestra ($p<0,001$). En efecto, para ambos sexos se encontró que a menor ansiedad estado mayor fue el puntaje de satisfacción vital, con correlaciones de 0,429 y 0,596, respectivamente.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción vital según grupos de ansiedad estado en participantes con buena ($p<0,001$) y regular ($p<0,001$) percepción de su situación económica, siendo que a menor ansiedad estado, mayor es el puntaje de satisfacción vital obtenido (correlaciones de 0,609 y 0,428, respectivamente).

En el grupo de estudiantes con mala percepción de situación económica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de satisfacción vital ($p=0,073$), aunque descriptivamente se observa que a menor ansiedad estado mayor fue el puntaje medio

obtenido, con una correlación de 0,601. Esta paradoja resulta de la escasa muestra obtenida en este último grupo evaluado.

Tabla 6
Medias de satisfacción vital según ansiedad rasgo desagregado por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Ansiedad rasgo			p-valor*	ρ **
	Alta	Media	Baja		
Sexo					
Hombre	12,00 ± 3,83	16,71 ± 3,00	20,10 ± 3,23	<0,001	0,583
Mujer	13,00 ± 3,46	15,55 ± 3,85	20,39 ± 4,03	<0,001	0,610
Percepción situación económica					
Buena	13,18 ± 2,48	16,25 ± 3,58	20,62 ± 3,66	<0,001	0,647
Regular	13,00 ± 4,00	16,17 ± 3,15	19,82 ± 3,12	<0,001	0,588
Mala	10,00 ± 2,58	16,33 ± 5,86	18,25 ± 3,78	0,050	0,711

* p-valor de Anova

**Coeficiente *Rho* de Spearman

Fuente. Elaboración propia

La tabla 6 señala que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en los tres grupos de ansiedad rasgo evaluados en hombres ($p < 0,001$) y mujeres de la muestra ($p < 0,001$). Para ambos sexos se encontró que a menor ansiedad rasgo, mayor fue el puntaje de satisfacción vital, con correlaciones de 0,583 y 0,610, respectivamente.

Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción vital según grupos de ansiedad rasgo en participantes con buena y regular percepción de su situación económica, ambos con $p < 0,001$, siendo que a menor ansiedad rasgo, mayor es el puntaje de satisfacción vital obtenido (correlaciones de 0,647 y 0,588, respectivamente).

En los estudiantes con mala percepción de situación económica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de satisfacción vital ($p = 0,050$), aunque

descriptivamente se observa que a menor ansiedad rasgo mayor fue el puntaje de satisfacción vital obtenido, con una correlación de 0,711. Esto debido a la escasa muestra obtenida en este último grupo evaluado.

Tabla 7
Medias de satisfacción vital según sintomatología depresiva desagregada por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Sintomatología depresiva		p-valor*	η^{**}
	Con sintomatología	Sin sintomatología		
Sexo				
Hombre	15,41 ± 4,04	18,80 ± 3,56	<0,001	0,386
Mujer	14,08 ± 4,09	18,86 ± 4,04	<0,001	0,505
Percepción situación económica				
Buena	15,05 ± 3,96	19,72 ± 3,57	<0,001	0,528
Regular	14,50 ± 4,18	18,08 ± 3,48	<0,001	0,427
Mala	10,75 ± 3,30	17,00 ± 4,93	0,052	0,598

*p-valor de prueba T

**Coeficiente de *Eta*

Fuente. Elaboración propia

La tabla 7 presenta que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en ambas categorías de sintomatología depresiva evaluados en los hombres ($p < 0,001$) y mujeres de la muestra ($p < 0,001$). Encontrándose que los adolescentes con sintomatología depresiva presentaron menor puntaje de satisfacción vital que aquellos sin sintomatología depresiva; presentando en hombres una correlación de 0,386 y en mujeres de 0,505.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción vital según sintomatología depresiva en participantes con buena ($p < 0,001$) y regular ($p < 0,001$) percepción de su situación económica. Se encontró que los adolescentes con sintomatología depresiva presentaron menor puntaje de satisfacción vital que aquellos sin sintomatología depresiva; presentando en las categorías de buena y regular percepción de situación económica una correlación de 0,528 y 0,427, respectivamente.

En los estudiantes con mala percepción de situación económica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de satisfacción vital ($p=0,052$), aunque descriptivamente se observa que aquellos con sintomatología depresiva presentan un menor puntaje en satisfacción vital con una correlación de 0,598.

Tabla 8
Medias de satisfacción vital según ansiedad estado desagregado por características académicas

Características sociodemográficas	Ansiedad estado			p-valor*	ρ **
	Alta	Media	Baja		
Tipo de establecimiento					
Particular subvencionado	14,41 ± 3,69	17,85 ± 3,57	19,95 ± 3,61	<0,001	0,513
Municipalizado	13,24 ± 3,78	17,23 ± 3,75	21,24 ± 3,77	<0,001	0,576
Rendimiento académico año anterior					
Deficiente	13,00 ± 8,49	--	--	***	***
Suficiente	14,67 ± 2,73	17,56 ± 4,53	17,00 ± 6,08	0,450	0,205
Bueno	13,89 ± 3,73	17,48 ± 3,60	20,87 ± 3,43	<0,001	0,572

* p-valor de Anova

** Coeficiente Rho de Spearman

*** No se calcularon p-valor ni ρ por no contar con muestras en los grupos de "media" ni "baja" ansiedad estado.

Fuente. Elaboración propia

La tabla 8 muestra que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en los tres grupos de ansiedad estado evaluados en los establecimientos particulares subvencionados ($p<0,001$) y municipalizados de la muestra ($p<0,001$). Para ambos establecimientos se encontraron coeficientes de correlación directamente proporcionales entre la puntuación satisfacción vital y ansiedad estado (0,513 y 0,576, respectivamente).

También se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de satisfacción vital según ansiedad estado en participantes con buen rendimiento ($p<0,001$)

mostrando que a menor ansiedad estado mayor es el puntaje de satisfacción vital con una correlación de 0,572.

Por su parte, los estudiantes con rendimiento académico suficiente no presentaron una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,450$).

Tabla 9
Medias de satisfacción vital según ansiedad rasgo desagregado por características académicas

Características sociodemográficas	Ansiedad rasgo			p-valor*	ρ **
	Alta	Media	Baja		
Tipo de establecimiento					
Particular subvencionado	12,65 ± 3,16	16,54 ± 3,20	19,71 ± 3,83	<0,001	0,602
Municipalizado	12,80 ± 3,92	15,86 ± 3,64	20,62 ± 3,11	<0,001	0,658
Rendimiento académico año anterior					
Deficiente	13,00 ± 8,48	--	--	***	***
Suficiente	13,00 ± 2,83	15,73 ± 2,37	24,00 ± 1,00	<0,001	0,716
Bueno	12,68 ± 3,44	16,28 ± 3,55	20,03 ± 3,45	<0,001	0,620

* p-valor de Anova

** Coeficiente Rho de Spearman

*** No se calcularon **p-valor** ni ρ por no contar con muestras en los grupos de "media" ni "baja" ansiedad estado.

Fuente. Elaboración propia

La tabla 9 enseña que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en los tres grupos de ansiedad rasgo evaluados en los establecimientos particulares subvencionados ($p<0,001$) y municipalizados de la muestra ($p<0,001$). Para ambos establecimientos se encontró que a menor ansiedad rasgo mayor fue el puntaje de satisfacción vital (0,602 en particulares subvencionados y 0,658 en municipales).

Asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción vital según grupos de ansiedad rasgo en participantes con bueno ($p<0,001$) y

suficiente ($p < 0,001$) rendimiento académico, siendo que a menor ansiedad rasgo, mayor es el puntaje de satisfacción vital obtenido (correlaciones de 0,716 y 0,620 respectivamente).

Tabla 10
Medias de satisfacción vital según sintomatología depresiva desagregada por características académicas

Características sociodemográficas	Sintomatología depresiva		p-valor*	η **
	Con sintomatología	Sin sintomatología		
Tipo de establecimiento				
Particular subvencionado	14,84 ± 3,86	18,69 ± 3,66	<0,001	0,458
Municipalizado	14,32 ± 4,37	18,93 ± 3,76	<0,001	0,495
Rendimiento académico año anterior				
Deficiente	13,00 ± 8,49	--	***	***
Suficiente	14,86 ± 2,55	17,55 ± 4,87	0,199	0,318
Bueno	14,60 ± 4,16	18,95 ± 3,56	<0,001	0,492

*p-valor de prueba T

**Coeficiente de *Eta*

*** No se calcularon **p-valor** ni **η** por no contar con muestras en el grupo sin sintomatología.

Fuente. Elaboración propia

La tabla 10 exhibe que las medias de satisfacción vital fueron estadísticamente diferentes en ambas categorías de sintomatología depresiva evaluadas en los establecimientos particulares subvencionados ($p < 0,001$) y municipalizados ($p < 0,001$), de tal modo que los adolescentes con sintomatología depresiva presentaron menor puntaje de satisfacción vital que aquellos sin sintomatología; presentando en los establecimientos particulares subvencionados una correlación de 0,458 y en establecimientos municipalizados de 0,495.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción vital según sintomatología depresiva en participantes con buen rendimiento académico ($p < 0,001$). En adolescentes con sintomatología depresiva presentaron un menor puntaje de satisfacción vital que aquellos sin sintomatología depresiva; observándose en

las categorías de “bueno” y “suficiente” rendimiento académico, una correlación de 0,318 y 0,492 respectivamente.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo relacionar sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de satisfacción vital en adolescentes de segundo año medio de establecimientos subvencionados y municipalizados de Chillán. La muestra estuvo compuesta por 200 participantes, los cuales fueron designados de manera aleatoria por los establecimientos educacionales, exceptuando a aquellos participantes que no cumplían con los criterios de inclusión.

La edad media de los participantes fue de 15,18 años, lo que es coincidente con lo encontrado por Martínez et al ⁽³⁶⁾, cuya media fue de 14,32 años en su estudio de la relación entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo y depresión.

Los hombres abarcaron el mayor porcentaje de la muestra (56,0%), lo que se asemeja a la tendencia nacional, donde un 52,3% son hombres en el grupo comprendido entre 14 a 17 años según la CASEN 2013 ⁽⁵²⁾, así mismo la ciudad de Chillán presenta una mayor cantidad de adolescentes varones (14,95%) que de mujeres (14,78%) ⁽¹⁵⁾

Respecto a la percepción socioeconómica de los adolescentes de la muestra se obtuvo que el 48,5% refiere percibir una buena situación y el 5,5% manifestó percibir una mala situación. No existen estudios que hayan evaluado dicha variable en adolescentes, sin embargo en la ENCAVI 2006 se observa que los menores de 15 años se encuentran principalmente en el 3° y 4° quintil ⁽²²⁾.

Los participantes de colegios municipalizados representan un 51,0 % de la muestra, lo que se contrapone con la tendencia existente en Chillán durante el 2010 en donde el 62,09% pertenece a establecimientos particular subvencionados versus la educación municipal que tiene un 28,22%, el resto está matriculado en establecimientos de otras dependencia ⁽⁵³⁾. A

nivel de la región del Bío-Bío, en el 2013 se observó que en establecimientos municipalizados existe una matrícula de 45,29% versus un 41,38% que pertenecía a particulares subvencionados lo que se asemeja al comportamiento de la muestra de este estudio ⁽⁵⁴⁾.

En cuanto al rendimiento académico del año anterior el 90,0 % se encontraba en la categoría de bueno, el 1,0 % presentaba un rendimiento deficiente, esto se puede deber a que 3 de los 4 establecimientos utilizados para la muestra cuentan con la clasificación de subvención por desempeño de excelencia académica ⁽⁵⁵⁾.

Las prevalencias más altas se encontraron en la categoría “media” tanto para AE como para AR con un 48,0% y 44,5% respectivamente, datos coincidentes con los de Bustos et al ⁽³⁷⁾, en donde AE y AR alcanzaron un 49,7 % y 42,5 % para la misma categoría. A su vez Cova et al ⁽²⁴⁾ encontraron que la prevalencia del síndrome ansioso fue de un 42,3% en adolescentes de la comuna de Concepción.

Al relacionar sintomatología ansiosa con SV según sexo, la correlación fue moderada en mujeres (p 0,596) y débil en hombres (p 0,429) para AE y moderada para hombres (p 0,583) y mujeres (p 0,610) en AR, siendo más fuerte con estas últimas. Datos coincidentes con los de Ospina-Ospina et al ⁽²³⁾ en donde se encontró que las mujeres son más ansiosas que los hombres ($p=0,0002$), lo que se puede explicar porque ellas expresan con mayor facilidad sus sentimientos depresivos y ansiosos, además son más propensas a experimentarlos debido a causas hormonales ⁽⁵⁶⁾.

La relación entre sintomatología ansiosa con SV según percepción económica, arroja que existe una correlación moderada para la categoría buena (p 0,609) y una débil para la categoría regular (p 0,428) en AE. Y en AR la correlación fue moderada para la categoría buena (p 0,647) estadísticamente significativo y hubo una fuerte correlación con la

categoría mala (p 0,711) la que no fue estadísticamente significativa. La percepción de los jóvenes respecto a temas como su percepción económica y SV es muy variada, puesto que como se ha expuesto en la presente investigación, este grupo etario presenta conflictos de intereses lo que pudiese condicionar su valoración debido a los intereses personales. No se encontraron estudios con los cuales comparar los resultados.

Los resultados de la correlación entre sintomatología ansiosa con SV según tipo de establecimiento, arrojaron que fue moderada para ambos tipos de ansiedad, y estadísticamente significativas para particulares subvencionados (p 0,513 en AE; p 0,602 en AR) y para municipalizados (p 0,576 en AE; p 0,658 en AR), en estos últimos la correlación fue levemente más fuerte, coincidente con Ospina-Ospina et al⁽²³⁾ que encontró que el pertenecer a un establecimiento público significa tener una tendencia a estar más ansioso, lo que fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

La asociación existente entre sintomatología ansiosa con SV según rendimiento académico, en AE muestra una correlación moderada (p 0,572) y estadísticamente significativa para un buen rendimiento, similar a la AR que para un buen y suficiente rendimiento, también es moderada (p 0,620 y 0,716) y estadísticamente significativa. El resultado de rendimiento suficiente para la AE presenta escasa correlación (p 0,205) y no es estadísticamente significativo (p 0,450). Resultados coincidentes con Macher et al⁽³⁵⁾, que encontró que la AE tiene una baja pero significativa relación con el rendimiento académico. Pero discordantes con Martínez et al⁽³⁶⁾, quienes obtuvieron como resultado que existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la ansiedad escolar con AR y AE, evidenciando así que los estados de ansiedad influyen en la ansiedad escolar.

El 42,0% de la muestra presentó sintomatología depresiva (SD), muy superior a los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (2011)⁽¹⁵⁾ que dice que dicha característica

se presenta en la población de 15 a 24 años en un 14,4%. Los resultados fueron discordantes con el estudio de Bustos et al ⁽³⁷⁾ donde el 78,8% de su muestra si la presentó.

La relación entre SD con SV según sexo, arroja que la correlación es moderada en mujeres ($\eta = 0,505$) y débil ($\eta = 0,386$) en hombres, lo que es concordante con el estudio de Atienza et al ⁽⁵⁷⁾ donde las mujeres puntúan más en síntomas depresivos, diferencia que fue estadísticamente significativo. Además, esto se puede extrapolar a lo encontrado por Ospina-Ospina et al ⁽²³⁾ en donde a pesar haber encontrado una mayor cantidad de hombres con SD el resultado no fue estadísticamente significativa ($p=0,912$), por lo que concluyó que estos resultados pueden variar según la población.

En relación a la SD con SV según percepción económica, los resultados arrojan que existe una moderada correlación ($\eta=0,528$) para participantes con una buena percepción, y una débil ($\eta=0,427$) para aquellos con regular percepción, siendo ambas estadísticamente significativas. La mala percepción correlacionó de forma moderada ($\eta=0,598$) pero no fue estadísticamente significativa. No se encontró bibliografía para comparar estos resultados. En cuanto a la SD con SV según tipo de establecimiento, se encontró que existe una débil correlación y estadísticamente significativa tanto para particulares subvencionados como para municipalizados ($\eta = 0,458$ y $\eta = 0,495$ respectivamente), correlación que fue levemente más alta para los municipalizados. Esto es coincidente con lo encontrado por Atienza et al ⁽⁵⁷⁾, donde concluyen que no existe diferencia entre síntomas depresivos y el tipo de centro escolar. Pero discordante con Pérez y Urquijo ⁽³⁴⁾ que en su estudio concluyeron que los alumnos de escuelas públicas presentan más altos niveles de depresión, resultados que fueron estadísticamente significativos.

La SD con SV según rendimiento académico, correlaciona de manera débil con los rendimientos buenos y suficientes ($\eta = 0,492$ y $0,318$ respectivamente), lo que fue estadísticamente significativo para aquellos con buen rendimiento. Esto es discordante con

el estudio de Pérez y Urquijo ⁽³⁴⁾ quienes obtuvieron que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa (a mayor sintomatología depresiva menor es el rendimiento académico). Y también discrepante con Atienza et al ⁽⁵⁷⁾ que encontró que los sentimientos depresivos aumentan a medida que el rendimiento académico es más deficiente.

En la SV se observó una media de 17,04 (máxima de 25) considerando que a medida que aumente el puntaje, la satisfacción vital es mayor. El 37,0% de la muestra obtuvo entre 19 y 25 puntos, el 54,0% obtuvo puntaje entre 12 y 18 puntos y el 9,0% restante entre 5 y 12 puntos. Estos resultados se pueden contrastar con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2006, en donde a nivel nacional y regional la mayor cantidad de la muestra dijo tener una buena SV en relación a su vida en general con un 60,0% y 56,2% respectivamente ^(22, 58).

La correlación entre SV con AE y AR es inversamente proporcional (para AE $r=-0,588$ y AR $r=-0,663$) determinando que a mayor ansiedad estado-rasgo menor es la SV, siendo dicha relación estadísticamente significativa. Se puede observar que la correlación de SV es más fuerte con AR, lo que se puede explicar porque dicha variable estudia una característica permanente en el tiempo ^(31, 32). Se puede inferir que aquellos sentimientos perdurables en el tiempo (situaciones de vida) van a ser más influyente en la SV que aquellas “experiencias puntuales” que pudiesen involucrar sentimientos negativos.

Al correlacionar SV con SD se observa una relación inversamente proporcional ($r=-0,631$) y estadísticamente significativa. Por lo que aquellos adolescentes con síntomas de depresión manifiestan una menor SV, pudiendo deberse a que el constructo de SV correlaciona negativamente con sentimientos de soledad ⁽¹²⁾.

En la actualidad no existen estudios que asocien estas variables, pero el más acorde es el citado por Atienza et al ⁽¹²⁾ en el 2002 y realizado por Arrindel et al en el 1991 en donde encontró que la SV correlacionaba negativamente con los síntomas de ansiedad ($r=-0,54$) y

con los síntomas de depresión ($r=-0,55$) resultados que fueron estadísticamente significativos. Se puede inferir en base a la literatura y los datos encontrados, que los sentimientos negativos, que pudiesen involucrar tanto a la sintomatología ansiosa y/o depresiva van a presentar una relación negativa con la SV de los adolescentes, obteniéndose que a mayor puntaje en relación a la sintomatología ansiosa y/o depresiva, menor es la SV, afirmando así las hipótesis planteadas en la presente investigación.

En base a esto último y a la información entregada es que el presente estudio aporta resultados actuales y de gran importancia para la comunidad científica.

4.2 LIMITACIONES

- Escasa información sobre el objetivo de la investigación, así como dificultad para acceder documentos científicos que requerían de la compra de estos para obtener la versión completa.
- Dificultad para coordinar las fechas de la aplicación de los instrumentos con la planificación previamente establecida por los investigadores.
- Dificultad para mantener el orden de los estudiantes al momento de aplicar los instrumentos.
- Falta de categorización formal para la escala de satisfacción con la vida adaptada por Atienza et al.

4.3 SUGERENCIAS

- Realizar estudios que incluyan las 3 variables para profundizar el conocimiento tanto en adolescentes como en otro tipo de población. Incluir las relaciones familiares y redes de apoyo como variables. Y además realizar estudios que correlacionen exclusivamente la satisfacción vital con las covariables del presente estudio. Esto debido a que como se evidenció no existe una gran cantidad de información respecto al tema en cuestión en adolescentes ni en otra población.

- Promover en los establecimientos educacionales la aplicación de programas que aborden esta temática para ayudar a los adolescentes con sentimientos negativos a superarlos, a saber cómo abordarlos y como potenciar su satisfacción con la vida.
- Incluir la escala de satisfacción con la vida al momento de aplicar la ficha CLAP, instando a los profesionales a medir dicha variable ya que es un punto que no está siendo considerado en la actualidad y si está afectando diversos ámbitos de vida de los adolescente, además debemos considerar que si queremos tener adultos satisfechos es necesario trabajarlo desde edades tempranas.
- Al medir la SV es mejor enfocarse en el resultado de su relación con aquellas características o variables que se presenten de manera constante en el tiempo.

4.4 CONCLUSIONES

El tema de salud mental en los adolescentes es muy importante para ser estudiado y evaluado, debido a que este grupo etario se caracteriza por sufrir múltiples cambios a nivel físico, psicológico y social, sumado a esto en la actualidad se ven sometidos a diferentes exigencias y tenciones, algunas propias de la edad y otras derivadas del acelerado ritmo del mundo actual. Por otra parte en los últimos años se ha observado un notorio aumento de los trastornos psiquiátricos en la población juvenil e infantil tanto a nivel nacional como internacional.

La muestra en estudio estuvo compuesta de 200 estudiantes de 2° año medio con una edad promedio de 15 años pertenecientes a establecimientos educacionales particular subvencionados y municipalizados de la ciudad de Chillán, la mayor cantidad eran hombres (56,0%); con una buena percepción de situación económica (48,5%) y un buen rendimiento académico (90,0%). Aquel adolescente que presentó sintomatología ansiosa y depresiva con bajos puntajes de satisfacción vital se caracteriza por ser mujer, tener una regular percepción de su situación económica, pertenecer a un establecimiento municipalizado y tener un buen rendimiento académico.

Un 42% de la muestra presentó sintomatología depresiva, siendo más alto que la prevalencia existente a nacional. Por otro lado la mayor cantidad de la población estudiada tenía una AE y AR en niveles medios. En relación a la SV la mayoría obtuvo puntaje con valores de alrededor de los 17 puntos (considerando que la escala va de 5 a 25 puntos) lo que nos hace concluir que la mayor cantidad de los adolescentes estudiados presentaban una satisfacción con la vida de niveles medios.

En cuanto a la relación existente entre la SV con AE y AR se puede concluir que es inversamente proporcional, esto quiere decir que a medida que existe más sentimientos de sintomatología ansiosa, la SV disminuye. Además según los datos obtenidos se puede observar que la AR logra explicar en un mayor porcentaje la varianza de la SV que la AE. Por otro lado la relación entre SV con SD se comporta de manera similar a lo anteriormente descrito, en donde la SV disminuye cuando la sintomatología depresiva está presente. Luego de todo esto se puede concluir que presentar estos trastornos psicológicos afecta directamente la satisfacción que los adolescentes tengan con su vida.

El sexo femenino presentó mayor correlación entre la AE, AR y SD con la SV, por lo que se puede concluir que influye más que el sexo masculino al momento de padecer dichos trastornos psicológicos.

Con respecto a la percepción de la situación económica se puede concluir que dicha variable influye de manera moderada en la relación entre sintomatología ansiosa (AE – AR) y SD con SV pudiéndose atribuir estos resultados a las características propias del grupo etario al que pertenecen los sujetos estudiados.

Se puede concluir que el tipo de establecimiento y el nivel de rendimiento académico son medianamente influyente en la relación entre sintomatología ansiosa y SV pero débilmente

influyente en la relación entre SD con SV, debido a que dichas variables (tipo de establecimiento y rendimiento académico) pueden influir de manera moderada y/o débil con la satisfacción con la vida.

Basado en todo el análisis hecho se puede concluir que los sentimientos negativos (AE, AR y SD) afectan la satisfacción que los adolescentes tengan con su vida, confirmando las hipótesis planteadas en el presente estudio. Por su parte las covariables pueden o no influir en la SV ya que todo dependerá de la intensidad con la que dichos sentimientos negativos se presenten en ellos.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Krauskopf D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolescencia y Salud [Revista en Internet] 1999 [acceso 08 de septiembre de 2014]; 1 (2): Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140941851999000200004&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de los Adolescentes [Internet]. who.int; [acceso 08 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
3. Population Reference Bureau. Los Jóvenes en el Mundo [Internet]. prb.org; 2013 [acceso 08 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf
4. García R. Trastornos Ansiosos y Depresivos en Adolescentes. Rev. Med Clin. Condes [Revista en Internet]. 2011 [acceso 29 de octubre del 2014]; 22 (1): Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/9_Dr_Garcia-11.pdf
5. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en Niños y adolescentes en Chile, Estado Actual. Rev. Med Clin. Condes [Revista en Internet]. 2012 [acceso 29 de octubre del 2014]; 23 (5): Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
6. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica. Rev. Méd. Chile [Revista en Internet]. 2002 mayo [acceso 28 de octubre del 2014]; 130 (5): Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007
7. Moreno D, Estévez E, Murgui S, Musitu G. Reputación Social y Violencia Relacional en Adolescentes: El Rol de la Soledad, La Autoestima y La Satisfacción Vital [revista en internet]. 2009 [acceso 29 de octubre del 2014]. 21(4):[537-542] Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3667>

8. Cova F, Aburto B, Sepúlveda M, Silva M. Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes. Psykhe [Revista en internet]. 2006 mayo [acceso 29 de octubre del 2014]; 15 (1): [57-65] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100005
9. Loubat M, Aburto M, Vega M. Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. Ter Psicol [Revista en internet]. 2008 diciembre [acceso 29 de octubre del 2014]; 26 (2): [189-197] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005
10. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. La Depresión en Niños y Adolescentes en Chile: Apuntes para una Psicoterapia de la Depresión Infantil desde un Enfoque Constructivista-Evolutivo [Internet]. España: seypyna.com; [Actualizado 29 mayo 2015; Acceso 2 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.seypyna.com/documentos/articulos/depresion-ninos-adolescentes-chile.pdf>
11. Cabañero M, Richart M, Cabrero J, Orts M, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y Validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una Muestra de Mujeres Embarazadas y Puérperas [Revista en internet]. 2004 [acceso 6 de octubre del 2014]; 16(3): [448-455]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3017>
12. Atienza F, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes [Revista en Internet]. 2000 [acceso 6 de octubre del 2014]; 12(2): [314-319]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
13. Gobernación Ñuble. Chillán [Internet]. Chile: gobernacionnuble.gov.cl; [acceso 8 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://www.gobernacionnuble.gov.cl/filesapp/TERR_COMUNA_CHILLAN.pdf
14. Sociedad Chilena de Salud Mental. Aproximación a los Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Ansiedad Generalizada [Internet]. Chile: schilesaludmental.cl; 2007 septiembre [acceso 6 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/2007_saval_vina_7_sep/01_Dra._Llanos.pdf

15. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Depresión en Personas de 15 años y más [Internet]. Chile: minsal.cl; 2013 [acceso 5 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
16. Veenhoven R. El Estudio de la Satisfacción con la Vida. Interv Psicosoc [Revista en Internet]. 1994 [acceso 6 de octubre del 2014]. 3: [87-116]. Disponible en: <http://repub.eur.nl/pub/16195>
17. PreNatal. Sistema Informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal y formularios Complementarios [Internet]. prenatal.tv; 2010 [acceso 10 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod2/CLAP1572%20%20Instrucciones+Formularios%20%202010.pdf>
18. Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2013 Salud Síntesis de Resultados [Internet]. observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl; 2013 [acceso 18 de marzo del 2015]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Salud.pdf
19. Organización de Estados Iberoamericanos. Sistemas Educativos Nacionales-Chile [Internet]. oei.es; 1993[Actualizado 15 de junio del 2014; acceso 4 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.oei.es/quipu/chile/CHIL09.PDF>
20. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Datos Mundiales de Educación [Internet]. ibe.unesco.org; 2010 noviembre [acceso 11 de Noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Chile.pdf
21. Mieles M, Acosta A. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv [Revista en internet]. 2012 junio [acceso 26 de octubre del 2014]; 10(1): [205-217]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2012000100013&script=sci_arttext
22. Ministerio de Salud. Encuesta de calidad de vida y salud Chile [Internet]. Chile: epi.minsal.cl; [2006; acceso 05 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf>

23. Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública [revista en Internet]. 2011 diciembre [acceso 10 de septiembre del 2014]; 13(6): [908-920]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600004&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004
24. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev. chil. pediatr. [revista en Internet]. 2007 abril. [acceso 15 de octubre del 2014] 78(2): [151-159]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000200005
25. Ministerio de Salud. Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con Depresión [Internet]. Chile: web.minsal.cl; 2013-[acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
26. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. Depresión [Internet]. España: scamfyc.org; 2006 [actualizada el 15 de enero del 2014; acceso 28 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
27. Ramírez F. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. Revista Peruana de Epidemiología [revista en Internet]. 2010 abril. [acceso 22 de septiembre del 2014]; 14 (1): [65-71]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805009.pdf>
28. Servicio de Salud Araucanía Sur. Protocolo de derivación en psiquiatría adulto, Trastornos de Ansiedad. [Internet]. Chile: araucaniasur.cl; 2011 diciembre-[acceso 07 de noviembre del 2014]. Disponible en: https://www.raucaniasur.cl/uploads/media/TRASTORNO_DE_ANSIEDAD_EN_EL_ADULTO.pdf
29. Secretaria Regional Ministerial de Salud Región del Biobío. Boletín de Salud mental 2011[Internet]. Chile: seremidesaludbiobio.cl; 2011-[acceso 05 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.seremidesaludbiobio.cl/archivos/boletin_SM.pdf

30. Spielberger. Theory and research on anxiety. New York. 1966 [3-22]. Citado por Ries F, Castañeda C, Campos M, Castillo O. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competencias deportivas. CPD [revista en Internet]. 2012 diciembre [acceso 05 de noviembre del 2014] 12(2): [9-16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-84232012000200002&script=sci_arttext
31. Ries F, Castañeda C, Campos M, Castillo O. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competencias deportivas. CPD [revista en Internet]. 2012 diciembre [acceso 05 de noviembre del 2014] 12(2): [9-16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-84232012000200002&script=sci_arttext
32. Liberia Especializada Olejnik. IDARE Inventario de Ansiedad: Rango-Estado [Internet]. Chile: libreriaolejnik.com; [acceso 14 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://libreriaolejnik.com/fichas/25810.pdf>
33. Instituto de Investigaciones Epidemiológica. Trastornos de ansiedad en adolescentes [Internet]. Argentina: epidemiologia.anm.edu.ar; [acceso 04 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2001/Trastornos_Ansiedad_adolescentes_2001.pdf
34. Pérez M, Urquijo S. Depresión en adolescentes, relaciones con el desempeño académico. Psicol. Esc. Educ. [Revista en internet]. 2001 junio [acceso 22 de octubre del 2014]; 5(1): [49-58]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572001000100006&script=sci_arttext
35. Macher D, Paechter M, Papousek LI, Ruggeri K, Freudenthaler H, Arendasy M. Statistics anxiety, state anxiety during an examination, and academic achievement. Psychologist [Revista en internet]. 2013 [acceso 10 de noviembre del 2014]; 83: [535-549]. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.2044-8279.2012.02081.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
36. Martínez M, García J, Ingles C. Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. Rev Int Psicol Ter Psicol [Revista en internet]. 2013 [acceso 08 de noviembre del 2014]; 13(1): [47-64]. Disponible

en: <http://www.iipsy.com/volumen13/num1/346/relaciones-entre-ansiedad-escolar-ansiedad-ES.pdf>

37. Bustos S, Oñate P, Pacheco D, Valenzuela A. “Determinación de la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes de cuarto año de enseñanza media de establecimientos técnico profesionales del radio urbano de la ciudad de Chillán, año 2014”. [Tesis licenciatura]. Universidad del Bío-Bío, 2014
38. Schnettlera B, Miranda H, Sepúlveda J, Orellana L, Denegri M, Mora M, et al. Variables que influyen en la satisfacción con la vida de personas de distinto nivel socioeconómico en el sur de Chile. Suma Psicol [Revista en Internet] 2014 [consultado el 16 de noviembre de 2014]; 21(1):[54-62]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90358212&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=207&ty=102&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=207v21n01a90358212pdf001.pdf
39. Veloso C, Cuadra A, Antezana I, Avendaño R, Fuentes L. Relación entre Inteligencia Emocional, Satisfacción Vital, Felicidad Subjetiva y Resiliencia en funcionarios de Educación Especial. Est. Pedagóg.[Revista en internet] 2013 [consultado el 18 de mayo de 2015]; 39(2): [355-366]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052013000200022
40. Arrieta K, Diaz S, Gonzalez M. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Rev Clin Med Fam [Revista en internet] 2014 [consultado el 20 de mayo de 2015]; 7(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
41. Barra E, San Martín J. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. Ter Psicol [Revista en internet] 2013 [consultado el 24 de mayo de 2015]; 31(3): [Pág. 287-291]. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art03.pdf>
42. Barra E, Chavarria M. Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. Ter Psicol [Revista en internet] 2014 [consultado el 24 de mayo de 2015]; 32(1) [41-46]. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art04.pdf>

43. González-Forteza C, Wagner F, Jiménez A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. Salud Ment [revista en Internet]. 2012 febrero [acceso 10 de septiembre del 2014]; 35 (1): [13-20]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003
44. Gempp R, Avendaño C, Muñoz C. Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. Ter Psicol [Revista en Internet] 2004 noviembre [consultado el 7 de noviembre de 2014]; 22 (2): [145-156]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78522205.pdf>
45. Gempp R, Thieme C. Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). Ter Psicol [revista en Internet]. 2010 [acceso 22 de septiembre del 2014]; 28(1): [5-12]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v28n1/art01.pdf>
46. Guillén-Riquelem A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). Psicothema [revista en Internet]. 2011 [acceso 05 de septiembre del 2014]; 23(3):[510-515]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3916.pdf>
47. Castrillón D, Borrero P. Validación del inventario de ansiedad estado -rasgo (staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Act. Colom. Psicol. [revista en Internet]. 2005 [acceso 07 de noviembre del 2014]; 8(1): [79-90]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n1/v8n1a05.pdf>
48. Vera P, Celis K, Córdova N, Buela G, Spielberger C. Análisis Preliminar y Datos Normativos del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Adolescentes y Adultos de la Ciudad de Santiago de Chile. Ter Psicol [Revista en internet] 2007 [consultado el 16 de septiembre de 2014]; 25 (2) [155-162]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006
49. Muñoz R, Fernandez M, Perez P, Fernandez M. Evidencias de validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra de estudiantes universitarios. Metodología de Encuestas [Revista en internet] 2010; [consultado el 28 de

- septiembre de 2014]; 12: [45-62]. Disponible en <http://casus.usal.es/pkp/index.php/MdE/article/view/1002>
50. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2008 [consultado el 10 de noviembre de 2014]; Disponible en: [at:http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf).
 51. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley núm. 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Internet] 2012 [consultado el 12 de noviembre de 2014]; Disponible en: [at: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348](http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348).
 52. Ministerio de Desarrollo Social. Casen Niños, niñas y adolescentes, Síntesis de Resultados. [Internet] 2013 [consultado el 6 de mayo de 2015]; Disponible en: [at: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_ninos_a_dolecentes.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_ninos_a_dolecentes.pdf).
 53. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reportes Estadísticos y Comunales 2012. [Internet] 2012 [consultado el 2 de mayo de 2015]. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Chill%C3%A1n#Matr.C3.ADcula_por_dependencia_2005-2010.
 54. Instituto Nacional de Estadística-Chile. Matricula de niños en la educación media, según dependencia, región del Biobío, años 1980-2013. [Internet]. Chile: inebiobio.cl; 2013 [consultado el 3 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.inebiobio.cl/archivos/files/xls/poblacion/MATRICULA_EDUCACION_MEDI_A.XLS.
 55. Ministerio de Educación. Establecimientos educacionales subvencionados seleccionados con el 100% de las subvenciones por desempeño de excelencia periodo, periodo 2014-2015. [Internet] 2014 [consultado el 7 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.comunidadescolar.cl/documentacion/estab_subvselec_sned_14_15.pdf.
 56. Davila A, Gallardo I, Moncada L, Ruiz R. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. Rev Psicol [Revista

- en internet] 2011 [consultado el 18 de mayo de 2015]; 20(2): [pág. 147-172]. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17937/18749>
57. Atienza F, Lopez S, Prados M. Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. [Revista en Internet] 2002 [consultado el 9 de junio de 2015]; 6(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1249>
58. Ministerio de Salud, departamento de epidemiología. II encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. [Internet] 2006 [consultado el 29 de mayo de 2015] Disponible en: [at:http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Regional%20ENCAVI%202006.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Regional%20ENCAVI%202006.pdf).
59. Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS [Internet]. who.int;2002-[acceso 19 de octubre del 2014].Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

VI. ANEXOS

1. Distribución de la población por establecimiento educacional

Establecimientos educacionales Municipales			
Establecimiento educacional	N° de cursos	Desglose de cursos/ Cantidad de estudiantes	Cantidad estudiantes
Liceo Bicentenario Marta Brunet	7	2° A = 36 2° B = 36 2° C = 32 2° D = 35 2° E = 39 2° F = 33 2° G = 27	238
Liceo Narciso Tondreau	2	2° A = 29 2° B = 20	49
Establecimientos educacionales Particulares Subvencionados			
Colegio San Buenaventura	1	2° A = 45	45
Colegio Creación	3	2° A = 35 2° B = 34 2° C = 34	103
Total			435

Fuente: Elaboración propia

2. Muestra seleccionada por cursos, segundo medio

Establecimientos educacionales Municipales			
Establecimiento educacional	N° de cursos	Desglose de cursos/ Cantidad de estudiantes	Cantidad estudiantes
Liceo Bicentenario Marta Brunet	2	2° E = 31 2° F = 29	60
Liceo Narciso Tondreau	2	2° A = 26 2° B = 16	42
Establecimientos educacionales Particulares Subvencionados			
Colegio San Buenaventura	1	2° A = 41	41
Colegio Creación	2	2° B = 30 2° C = 27	57
Total			200

Fuente: Elaboración propia

3. Definición nominal y operacional de variables

Variables	Definición Conceptual	Operacional
Satisfacción vital	Valoración global que la persona hace sobre su vida comparando lo que ha conseguido, sus logros con lo que esperaba obtener, sus expectativas ⁽¹¹⁾ .	Por medio de la Escala de Satisfacción Vital de Diener et al, y con la adaptación de Atienza et al (2000) ¹² , los puntajes obtenidos, clasifican a los participantes a través de la MEDIA del puntaje total de SV, en comparación con las variables estudiadas.
Sintomatología depresiva	Presencia de uno o más síntomas asociados a la depresión clínica, sin necesariamente ameritar el diagnóstico de depresión propiamente tal.	Por medio de la escala CES-D , se observa la presencia de sintomatología depresiva, obteniéndose los siguientes resultados: ⁽⁴⁴⁾ - Sin sintomatología depresiva. - Con sintomatología depresiva.
Ansiedad	Sentimiento de desesperación, nerviosismo y aprehensión derivado de la anticipación de un peligro interno o externo. Ansiedad-Estado (AE): estado emocional transitorio del ser humano, caracterizado por sentimiento de tensión y aprehensión subjetivos conscientemente percibidos. Ansiedad-Rasgo (AR): se refiere a las diferencias existentes entre las personas en	A partir de los puntajes obtenidos en la escala STAI, estos determinan los siguientes rangos (AE y AR) ³⁷ : - Ansiedad baja. - Ansiedad media. - Ansiedad alta.

	la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad como estado ⁽³⁷⁾	
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres ⁽⁵⁹⁾ .	Aquel al que pertenece el individuo, clasificados en ⁵⁹ : - Hombre. - Mujer.
Percepción de situación económica actual	Valoración subjetiva de la percepción de los ingresos económicos en el hogar, que permiten satisfacer sus requerimientos.	Se consideran las siguientes categorías: -Buena -Regular -Mala
Tipo establecimiento educacional	Establecimientos educacionales reconocidos oficialmente por el Estado que pueden ser clasificados, según la naturaleza de su dependencia administrativa y financiera ⁽²⁰⁾ .	Establecimiento educacional de tipo: -Municipalizado -Subvencionado
Rendimiento académico	El producto de la asimilación del contenido de los programas de estudio expresado en calificaciones dentro de una escala convencional y establecida por el ministerio de educación ⁽²⁰⁾ .	Notas comprendidos entre 1,0 y 7,0 clasificadas en rangos: -Notas inferiores a 4,0 Deficiente -Notas desde 4,0 a 4,9 Suficiente

		-Notas desde 5,0 a 7,0 Bueno
--	--	------------------------------

4. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así. **Marca con una "X"** el casillero que represente tu respuesta.

Durante la semana pasada...	Rara vez o nunca (0 a 1 día)	Algunas veces (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)
1. ¿Le molestaron muchas cosas que generalmente no te molestan?				
2. ¿No se sintió con ganas de comer o no tuvo apetito?				
3. ¿Sintió que no podía dejar de estar triste?				
4. ¿Se sintió tan buena gente como los demás?				
5. ¿Tuvo dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?				
6. ¿Se sintió deprimido?				
7. ¿Le costó mucho trabajo hacer cualquier cosa?				
8. ¿Sintió que las cosas pueden mejorar?				
9. ¿Pensó que su vida había sido un fracaso?				

10. ¿Sintió miedo?				
11. ¿No durmió bien?				
12. ¿Estuvo contento?				
13. ¿Platicó menos de lo normal?				
14. ¿Se sintió solo?				
15. ¿Sintió que la gente no era amable?				
16. ¿Disfrutó de la vida?				
17. ¿Pasó ratos llorando?				
18. ¿Se sintió triste?				
19. ¿Sintió que no le caía bien a la gente?				
20. ¿No tuvo ganas de hacer nada?				

5. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

(Spielberger, Gorshuch y Lushene)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma.

Lea cada frase y marque con una **X** la alterativa que indique mejor cómo se **siente usted ahora mismo, en este momento**.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “nada” y 3 “mucho”. Por ejemplo, si usted marca la alternativa “2”, significa “bastante”.

Ej: Me siento somnoliento

Nada	Algo	Bastante	Mucho
0	1	X	3

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

ANSIEDAD- ESTADO

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy afligido.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo/a.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy inquieto.	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma.

Lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se **siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones**.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “Casi nunca” y 3 “Casi siempre”. Por ejemplo, si usted marca la alternativa “2”, significa “A menudo”.

Ej: Me siento somnoliento.

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
0	1	X	3

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

ANSIEDAD-RASGO

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

6. Escala de satisfacción con la vida (SWLS)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica su grado de satisfacción de acuerdo con cada frase **encerando en un círculo el número apropiado** (sólo uno por afirmación).

		Muy desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

7. Cuestionario características socio-demográficas

CUESTIONARIO CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Edad (en años): _____

Sexo: Hombre: _____

Mujer: _____

Nombre de establecimiento educacional, en el cual estudia:

Actualmente se encuentra con diagnóstico y tratamiento por depresión (marque con una X):

Sí: _____

No: _____

Rendimiento académico (instrucciones: promedio de notas año 2014)

Menor a 4,0 _____ 4,0 a 4,9 _____ 5,0 a 5,9 _____ 6,0 a 7,0 _____

Percepción situación económica actual (seleccione una opción):

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular
- d. Mala
- e. Muy mal

8. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio	Relación entre sintomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos particulares subvencionados y municipalizados. Chillán 2015
Nombre de los investigadores	Mora Peña, María Paz Quintana Villanueva, Fernando Alexis Sáez Bao, Samuel Jesús Mg. Henríquez Melgarejo, Aurora (Docente responsable)
Dirección del grupo de investigación	Avenida Andrés Bello S/N, Chillán
Número de teléfono de contacto	042-2463091

Este documento se denomina **Consentimiento Informado**. Contiene una explicación del estudio en el que se le invita a participar y que se le solicitará que firme, si acepta.

El propósito del estudio es: Evaluar la relación entre sintomatología ansiosa y depresiva, con el grado de satisfacción vital en adolescentes participantes del estudio.

La participación en esta investigación científica no será remunerada, ni reportará tampoco algún beneficio o riesgo para usted. Para hacer esta investigación, y que sus resultados sean válidos y representativos, es necesario que todas las personas seleccionadas, como usted, colaboren. La colaboración consiste en responder por una vez, una entrevista de aproximadamente unos 30 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas y codificadas, se eliminarán. Usted tendrá el derecho de conocer y visar lo que eventualmente se publique.

La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas no le comprometen en nada. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Si decide no participar o retirarse no recibirá ningún tipo de penalización.

Se incluyen los datos de los participantes del estudio y de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío en el caso de que desee realizar reclamos o consultas relacionados con la investigación.

He leído y comprendo la información incluida en este documento de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Acepto voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

Nombre y firma del Participante:
Nombre de los investigadores:
- Mora Peña, María Paz
- Quintana Villanueva, Fernando Alexis
- Sáez Bao, Samuel Jesús

Fecha: Chillán ____ / ____ /2015

9. Respuesta del autor de la adaptación al español de la escala SV

Estimado Samuel, lamento no tener información sobre puntos de corte de la escala de SWLS. La diferencia entre 25 y 25 puntos se debe a la

escala likert utilizada en las diferentes versiones (de 5 o 7 puntos respectivamente). Una opción sería utilizar percentiles como punto de corte.

Saludos y mis mejores deseos.

Prof. Francisco Luis Atienza-González
Director del Departament de Personalitat,
Avaluació i Tractaments Psicològics
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

10. Cartas de los establecimientos educacionales autorizando la aplicación de los instrumentos.

a. Colegio Creación



COLEGIO CREACIÓN CHILLÁN

La Araucana
SOCIEDAD EDUCACIONAL

Sra. Pamela Montoya Cáceres

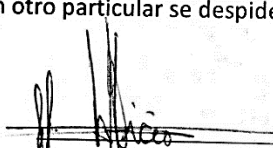
Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

Estimada:

Junto con saludar me dirijo a usted, para comunicarle que los alumnos de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están desarrollando su tesis titulada "Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos particulares subvencionados y municipalizados. Chillán 2015", para ello solicitaron aplicar escalas a los estudiantes de 2º medio del Colegio Creación Chillán.

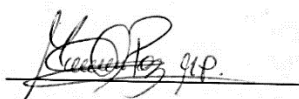
Esta petición fue satisfactoriamente aceptada, autorizándolos a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes sin necesidad de enviar previamente el consentimiento informado a los padres y apoderados, solo se les solicitará a cada uno de ellos su autorización, ya que se considera que la investigación no implica ningún daño para los alumnos y que ellos tienen la suficiente capacidad para discernir si participan o no del estudio.

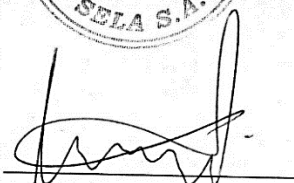
Sin otro particular se despiden atentamente,


Sr. Juan Rivera Monardes
Rector Colegio Creación




Sr. Patricio Vallejos Machuca
Director académico


María Paz Raquel Mora Peña
RUT: 18.216.662-6


Fernando Alexis Quintana Villanueva
RUT: 18.155.207-7


Samuel Jesús Sáez Bao
RUT: 17.757.069-9

Chillán, abril 2015

CREADORES DE NUESTRO MAÑANA, FORJADORES DE UN MUNDO MEJOR

b. Liceo Bicentenario Marta Brunet



LICEO BICENTENARIO MARTA BRUNET CÁRAVES.

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Claudio Arrau 655 Fono: 42-2211645

Chillán, Región del Bío-Bío

Chillán, Abril 13 de 2015.

Señora
Pamela Montoya Cáceres
Directora Escuela de Enfermería (S),
Universidad del Bío-Bío, Chillán
Presente:

Estimada señora:

Junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que los alumnos de 5º año de la carrera de Enfermería de la universidad del Bío-Bío, que están desarrollando su tesis titulada **“Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos particulares subvencionados y municipalizados. Chillán 2015”**. Han solicitado aplicar una serie de escalas a los estudiantes de 2º medio de nuestro **establecimiento “Liceo Bicentenario Marta Brunet”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes; se les solicitará la autorización a cada estudiante ya que consideramos que el estudio no prescribe ningún daño para los alumnos y que ellos tienen la suficiente capacidad para decidir si participar o no en el estudio.

Sin otro particular se despide atentamente,

Sr. Ricardo Pérez Ortiz
Director Liceo Bicentenario Marta
Brunet

Sra. Ángela Morant
Coordinadora PIE, Liceo
Bicentenario Marta Brunet

c. Liceo Narciso Trondeau



LICEO NARCISO TRONDREAU

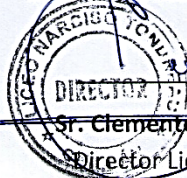
Sra. Pamela Montoya Cáceres

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

Presente

Estimada Directora, junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que los alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la universidad del Bío-Bío, que están desarrollando su tesis titulada **“Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos particulares subvencionados y municipalizados. Chillán 2015”**, han solicitado aplicar una serie de escalas a los estudiantes de 2°medio de nuestro establecimiento **“Liceo Narciso Trondeau”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes sin necesidad de enviar previamente el consentimiento informado a los padres y apoderados, solo se les solicitará la autorización a cada estudiante ya que consideramos que el estudio no prescribe ningún daño para los alumnos y que ellos tienen la suficiente capacidad para decidir si participar o no en el estudio.

Sin otro particular se despide atentamente,



Sr. Clemente Narciso Llanos Llanos
Director Liceo Narciso Trondeau



Sra. Cristina Ruz Pradenas
Jefa UTP, Liceo Narciso
Trondeau

Chillán, 28 de abril 2015

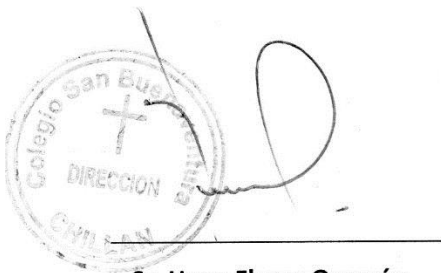
d. Colegio San Buenaventura

Estimada:

Sra. Pamela Montoya Cáceres
Directora Escuela de Enfermería (S)
Universidad del Bío-Bío, Chillán

Junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que los alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la universidad del Bío-Bío, que están desarrollando su tesis titulada **“Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con satisfacción vital en adolescentes de segundo año de enseñanza media de establecimientos particulares subvencionados y municipalizados. Chillán 2015”**. Han solicitado aplicar una serie de escalas a los estudiantes de 2°medio de nuestro establecimiento **“Colegio San Buenaventura”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes sin necesidad de enviar previamente el consentimiento informado a los padres y apoderados, por cuanto el instrumento aplicado y revisado por esta unidad educativa ha consideramos que el estudio no prescribe daño ningún para los estudiantes.

Sin otro particular se despide atentamente,



Sr. Hugo Flores Oyarzún
Director Colegio San Buenaventura


Sr. Luis Maldonado
Jefe de UTP y Encargado de
Planes y Programas

Chillán, mayo 2015

