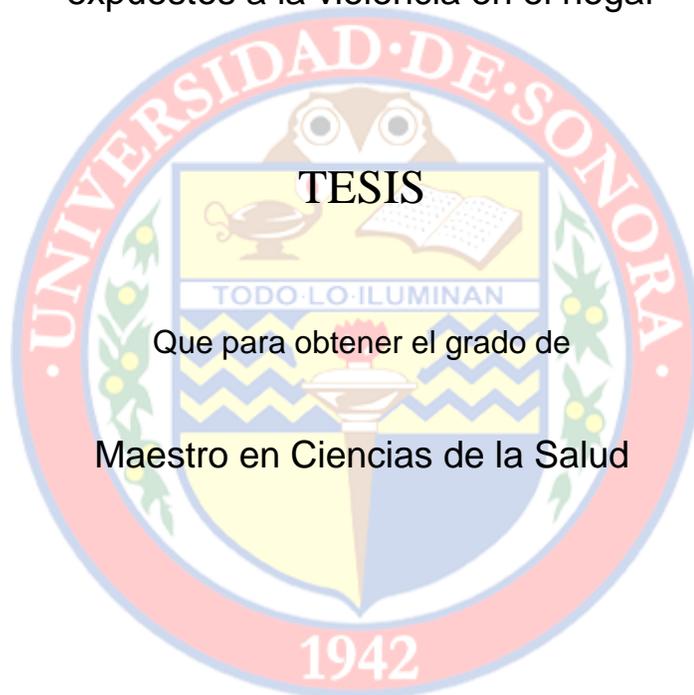


UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Disposiciones a la resiliencia y apoyo social percibido, su relación con el bienestar psicológico y la conducta prosocial en adolescentes expuestos a la violencia en el hogar



TESIS

Que para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta

Martín Alfonso Rivera Sander

Hermosillo, Sonora

Noviembre de 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del jurado calificador designado para revisar el trabajo de **Martín Alfonso Rivera Sander**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.



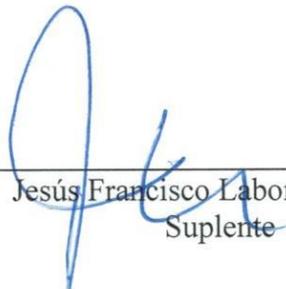
José Concepción Gaxiola Romero
Director Académico



Olivia Valenzuela Antelo
Secretario



Martha Frías Armenta
Vocal



Jesús Francisco Laborin Álvarez
Suplente

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre, pues gracias a su amor, cariño y esfuerzo cada día me ha dado la fuerza y las herramientas para forjar mi propio camino que hoy culmina en este escrito, que significa más que un final, otro principio. Un agradecimiento infinito. *“This verse we wrote, on a road home, for you. All this for you” Our Decades in the Sun. - T. H.*

A Erandeny, quien a través de los años me ha mostrado la felicidad, que el amor lo vence todo, y que la sed de conociendo no emana del vacío sino de Dios, quien nos hace sentir que hay más respuestas en este mundo. *“The beauty of this life ahead is such an incredible high” . Last Ride of the Day -T. H.*

A mi familia sin quienes la vida no sería lo mismo, gracias a ellos existe el esfuerzo de ser una persona digna de su amor y confianza.

Al Dr. José Gaxiola, quien creyó en mi desde el primer día proporcionando su apoyo, enseñanzas y conocimientos las cuales posibilitaron mi desarrollo personal y profesional. Gracias.

A miS sinodales, Dra. Martha Frías, Dra. Olivia Valenzuela y Dr. Jesús Laborin les agradezco su tiempo y sabiduría, como mis profesores y lectores de este documento.

Al equipo, Sandy, Edgar, Eunice, Tere, Cris, Antonio, Zulma, Cynthia, Salvador y cada una de las personas quienes han apoyado nuestro equipo.

Al Posgrado en Ciencias de la Salud, a sus profesores, a sus alumnos y su personal.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que por su apoyo económico y logístico me dieron la oportunidad de desarrollar esta investigación.

ÍNDICE

Objetivo General.....	VII
Objetivos particulares.....	VII
Resumen.....	VIII
Introducción	9
Antecedentes	11
La violencia como un problema de salud pública	11
La adolescencia como una etapa de riesgo ante la violencia	13
Marco teorico	16
La teoría del desarrollo de la psicopatología.....	16
Adaptación al riesgo o resiliencia	18
Factor de riesgo: exposición a la violencia en el hogar.....	20
Factores protectores	22
Resultado adaptativo.....	25
Método	31
Participantes	31
Instrumentos	31
Procedimiento.....	33
Análisis de datos.....	33
Resultados	36
Validación de instrumentos.....	36
Participantes de la investigación	41
Análisis de correlación con la población total	44

Grupos de exposición a la violencia.....	46
Sin exposición.....	48
Mayor exposición	50
Discusión.....	57
Conclusiones	65
Recomendaciones.....	66
Alcances y limitaciones.....	67
Referencias.....	68

Lista de tablas

I	Datos demográficos.	42
II	Estadísticas univariadas de las escalas e índices de confiabilidad	43
III	Índices de correlación entre las variables para la muestra	45
IV	Diferencias entre los grupos de exposición	47
V	Índices de correlación entre las variables en el grupo sin exposición a la violencia	49
VI	Índices de correlación entre las variables en el grupo con exposición a la violencia	52
VII	Diferencias entre las variables de acuerdo con el grupo de bienestar perteneciente	54
VIII	Resultados de análisis de regresión logística para la variable de bienestar psicológico	54
IX	Diferencias entre las variables de acuerdo con el grupo de conducta prosocial	56
X	Resultados de análisis de regresión logística para la variable de conducta prosocial	56

Lista de figuras

1.	Modelo factorial hipotético del inventario de exposición a la violencia en el hogar	38
2.	Modelo factorial resultante del inventario de exposición la violencia en el hogar	38
3	Modelo factorial hipotético del inventario de conducta prosocial	39
4	Modelo factorial resultante del inventario de conducta prosocial	40

OBJETIVO GENERAL

Estimar la relación entre las disposiciones a la resiliencia, el apoyo social familiar, de amigos y otros con el bienestar psicológico y la conducta prosocial en adolescentes expuestos a la violencia en el hogar.

Objetivos Particulares

- Evaluar la correlación de entre las disposiciones a la resiliencia, el apoyo social familiar, de amigos y otros, el bienestar psicológico y la conducta prosocial en una muestra de adolescentes con distinto grado de exposición a la violencia en el hogar.
- Comparar diferencias entre las disposiciones a la resiliencia, el apoyo social familiar, de amigos y otros, el bienestar psicológico y la conducta prosocial entre dos grupos con distinto grado de exposición a la violencia en el hogar.
- Estimar el rol de las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social familiar, de amigos y de otros sobre la conducta prosocial en un grupo de adolescentes que reportan exposición a la violencia en el hogar.

RESUMEN

La violencia importante un problema de salud pública, se relaciona con un bajo bienestar psicológico y la reproducción de conductas violentas. Ante esto, hay quienes no se ven afectados dado un proceso de resiliencia donde variables protectoras como las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social percibido, promueven conductas prosociales o bienestar psicológico. **Justificación:** Se busca identificar aquellos factores protectores que promuevan el bienestar y las conductas prosociales, aportando información respecto a los factores protectores que disponen los adolescentes expuestos a la violencia, lo que fungirá como un primer paso para desarrollar investigaciones e intervenciones con una perspectiva de salud pública. **Objetivo:** Evaluar la asociación de las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social percibido con el bienestar psicológico y la conducta prosocial en adolescentes expuestos a la violencia en el hogar. **Metodología:** Se diseñó un estudio transversal con una muestra por conveniencia de 252 adolescentes de 12 a 15 años de la ciudad de Hermosillo, Sonora, de los cuales, 69 reportaron exposición directa y/o indirecta a la violencia en casa. Se evaluaron las correlaciones entre la violencia en casa, las disposiciones la resiliencia, el apoyo social, el bienestar psicológico y la conducta prosocial. Después se evaluó la asociación entre las variables mediante regresión logística con el bienestar psicológico y la conducta prosocial como variables dependientes en el grupo expuesto a la violencia en el hogar. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de bienestar psicológico, apoyo social familiar, de amigos y de otros entre los adolescentes sin exposición y aquellos con exposición a la violencia en casa ($p \leq 0.05$). Un análisis de correlación de Spearman en el grupo de expuestos indicó que las variables protectoras de apoyo social percibido y disposiciones a la resiliencia, se correlacionaron con el bienestar psicológico ($p \leq 0.001$) y la conducta prosocial ($p \leq 0.001$). Por otra parte, el análisis de regresión indicó que aquellos adolescentes con disposiciones a la resiliencia tuvieron mayor probabilidad de mostrar bienestar psicológico y junto con el apoyo social de amigos, conducta prosocial. **Conclusiones:** Las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social promueven el bienestar psicológico y la conducta prosocial, se recomiendan su uso en intervenciones e investigaciones respecto a la exposición a la violencia

INTRODUCCIÓN

La violencia se ha definido como un problema de salud pública a nivel mundial por las principales instituciones de salud (Organización Mundial de la Salud, 2002). En México se reporta que la violencia se encuentra entre las principales causas de muertes en adolescentes, además de que tiene efectos importantes en la salud y promueve la reproducción de conductas violentas (Valdez y col., 2013). Esto afecta especialmente a los adolescentes expuestos a la violencia en sus hogares a quienes estos efectos pueden causar repercusiones importantes a lo largo de su desarrollo. Pero a pesar de estar expuesto a la violencia hay quienes logran un desarrollo saludable, desde la teoría del desarrollo de la psicopatología esto se debe a un proceso de adaptación al riesgo o resiliencia, donde factores protectores interactúan con factores de riesgo promoviendo un resultado o competencia adaptativa que indican un desarrollo apropiado (Cicchetti, 2013).

Entre los factores protectores con los que pueden contar los adolescentes se encuentran las disposiciones a la resiliencia las cuales son el conjunto de actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta, y que propician la adaptación al riesgo (Gaxiola y cols., 2011). Así como el apoyo social que el adolescente percibe por parte de su familia, amigos u otros, el cual es uno de los principales recursos del adolescente ante situaciones adversas (Aisenberg y Herrenkohl, 2008).

Para determinar si existe la adaptación al riesgo ante la violencia es necesario también evaluar resultados o competencias apropiadas para la edad, como, por ejemplo, el bienestar psicológico y la conducta prosocial, los cuales fueron consideradas en esta investigación. El bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) está basado en la autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal, que son considerados como indicadores de salud mental y su presencia en la adolescencia se relaciona con un desarrollo saludable. Mientras que la conducta prosocial es definida como la ayuda voluntaria a otras personas, que es

considerada como una competencia social importante en los adolescentes (Flores y col., 2005).

Por lo tanto, resulta necesario identificar aquellos factores protectores, como las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social percibido, que promuevan la adaptación al riesgo en forma de bienestar psicológico y conductas prosociales. Esto servirá como un primer paso para desarrollar investigaciones e intervenciones dirigidas a la prevención de los efectos de la violencia en adolescentes con un enfoque de salud pública.

ANTECEDENTES

La Violencia Como un Problema de Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 5).

Si bien los expertos concuerdan que es difícil definir la violencia dado los diferentes entornos culturales y lo que puede ser considerado un acto violento se han observado coincidencias en diferentes definiciones de la violencia, primero que la violencia es intencional y que causa algún daño físico, psicológico o material (Muñoz, 2008). La definición de la OMS de violencia tiene estas características, además de incorporar las amenazas, las cuales han sido un punto de discusión entre los expertos (Krug y col., 2002). Se utiliza esta definición dado que permite contextualizar la violencia desde una perspectiva de salud e identificar las consecuencias en la salud pública para el desarrollo de estrategias de prevención (Rutherford y col., 2007).

A partir de esto, la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002) divide la violencia en distintas categorías: la violencia autoinfringida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. En esta investigación se trabajará sobre la categoría de violencia interpersonal en la familia, que es la violencia dirigida hacia miembros de la familia o compañeros sentimentales como el maltrato a los hijos, a la pareja o a los adultos mayores. Entre los actos considerados dentro de la definición de violencia están las peleas físicas, asaltos físicos y sexuales, y el homicidio con el uso de armas de fuego, navajas, puños y pies (World Health Organization, 2015).

Es en la década de 1980 en Estados Unidos, con la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y el aumento de muertes por homicidios y suicidios, se

comenzó a dar importancia a la violencia como una problemática de salud pública (Dahlberg y Mercy, 2009). Al entrar la década de 1990, los ministros de salud de los países latinoamericanos y la Organización Mundial de la Salud, declararon a la violencia no solo como una problemática pertinente a la salud, sino como una emergencia a atenderse de forma inmediata. A finales de los años 90's se estableció la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia en la cual participaron instituciones como el CDC, la Oficina Panamericana de la Salud, y la UNESCO (Guerrero, 2008). Al inicio del siglo XXI un conjunto de oficinas de Estados Unidos (Office of the Surgeon General, National Center for Injury Prevention and Control Division, National Institute of Mental Health, y Center for Mental Health Services, 2001) y la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002) presentaron informes detallados sobre la problemática de la violencia considerando los puntos de partida para el análisis de este fenómeno. En conjunto a los cambios epidemiológicos de finales del siglo XX, esta visión de la violencia como un problema de salud pública se generó a partir de la morbilidad, mortalidad y disminución de la calidad de vida asociadas a esta problemática, así como su relación con el bienestar de las personas (Office of the Surgeon General y col., 2001).

Por otro lado, la efectividad del enfoque conductual para la prevención de enfermedades como la diabetes y de tipo coronario fue otro factor que contribuyó a que se tomara en cuenta a la violencia en la salud pública, pues permitió delimitar los contextos y métodos a utilizar, respecto a las intervenciones preventivas dirigidas a la comunidad en forma de programas que se enfocan en el comportamiento de aquellos en riesgo de sufrir o reproducir la violencia (Cooley-Strickland y col., 2011; Dahlberg y Mercy, 2009).

La Adolescencia Como una Etapa de Riesgo Ante la Violencia

La OMS (2014) definió la adolescencia como la etapa del desarrollo que transcurre de entre los 10 o 12 años a los 19 años, y la dividió en subetapas dado que las necesidades a lo largo de la adolescencia cambian. No hay consenso respecto a la duración de estas por ejemplo,, existen categorías de 5 años como los reportados por la OMS y otras instituciones que cambian dependiendo de qué rango de edad se toma para la adolescencia en conjunto (Curtis, 2015). Considerando la definición de la Organización Mundial de la Salud, así como la división de los grupos etarios del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016a), finalmente la adolescencia se puede dividir en dos grupos, el de 10 a 14 años y el grupo de 15 a 19 años, lo que concuerda con las subetapas propuestas por Irwin Burg y Cart (2002) quien las denomina adolescencia “temprana” y “tardía”.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales, algunos de estos cambios que son inherentes a la etapa, son el aumento en la complejidad de las relaciones sociales, así como la formación la identidad, la autonomía en la toma de decisiones, la intimidad y la sexualidad (Hoorn y col., 2014). Estos y otros cambios influyen de forma importante en las trayectorias de vida saludables o patológicas, donde la exposición a la violencia además de afectar la salud en general, es predictor de problemas psicosociales importantes, que impactan el desarrollo y pueden mantenerse de forma crónica a lo largo del curso de vida, generando daños para la salud individual a largo plazo, e incluso, a nivel de comunidad pueden generar costos para el sistema de salud social del país (Gaeta y Galvanovskis, 2011; Jain y col., 2012).

Entre los efectos relacionados con la violencia en la adolescencia el más grave es la muerte; pero también hay otras consecuencias en la *salud física* como la discapacidad, lesiones físicas no permanentes, problemas cardiovasculares e intestinales (OMS, 2002); en la *salud psicológica*, se pueden presentar desorden de estrés post-traumático, ansiedad, depresión, baja autoestima. Los efectos *conductuales* pueden ser la agresión, la conducta delictiva, las conductas disruptivas y las tendencias suicidas, el uso de sustancias como drogas ilegales y alcohol, y problemas en el *desempeño escolar* como el ausentismo

escolar y el fracaso académico (Albores-Gallo y col., 2011; Cooley-Strickland y col., 2011; Gómez y col., 2013; Pérez y col., 2016).

Para el año 2010, en México se contaron aproximadamente 22 millones de adolescentes de entre 10 a 19 años, con una proporción casi el 50% en los grupos de edades entre 10 a 14 y de 15 a 19 años; en dichos grupos de edades, se reportó que la violencia fue la principal causa de muerte en adolescentes de sexo masculino de 15 a 19 años con un 21% de muertes a causa de la violencia y tercer causa de muerte en adolescentes del sexo femenino donde un 10% se debió a la violencia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016a). Los datos sobre los homicidios han sido la herramienta principal para visualizar el impacto a nivel nacional en los distintos grupos de edad, pero existe dificultad para evaluar aquellas víctimas de violencia quienes han tenido otros efectos como heridas o discapacidad, así como víctimas de violencia verbal o amenazas (Gómez y Gómez-Maqueo, 2013; Red por los Derechos de la Infancia en México, 2014).

Si se describe la tendencia de las muertes por violencia en adolescentes entre los años de 1990 a 2015 mediante las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016b) que se observa que en grupo etario de 10 a 14 años el número de muertes se mantuvo estable a través de los años, mostrándose entre 200 a 290 casos por año, disminuyendo en la década del 2000 a menos de 200 casos y aumentando en los años 2011 y 2012. Mientras que, en el grupo etario de adolescentes de 15 a 19 años se observa un número de casos superior al del grupo de 10 a 14 años de entre 1000 a 1700 casos, de forma similar esto disminuye entrando el siglo XXI pero se da un aumento considerable a partir del año 2008 que se observa hasta el año 2013 donde empieza a disminuir el número de homicidios, pero hasta el año 2015 se mantiene superior a los 1400 casos por año (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016b).

Si bien estos datos indican que ha iniciado una tendencia a la disminución, también reflejan la necesidad de iniciar la investigación y la prevención desde etapas tempranas de la adolescencia, pues la exposición en edades tempranas tiene efectos importantes en las etapas subsiguientes del desarrollo (Banco Mundial, 2012). Además de la muerte, se reportan una gran variedad de consecuencias que van desde atención hospitalaria o daños

a la salud mental hasta discapacidad permanente (Valdez-Santiago y col., 2013), se encontraron relaciones importantes con enfermedades cardiovasculares, depresión y ansiedad, entre otras (Jain y col., 2012), en relación a esto la ENSANUT (Encuesta nacional de salud y nutrición) reportó que 3.9% de los adolescentes de 10 a 19 años han sufrido daños a la salud por violencia (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). Mientras que la OMS (2002) hace una aproximación de que por cada homicidio hay entre 20 y 40 personas con afectaciones de salud no fatales por causa de la violencia.

A pesar del panorama desalentador presentado por las estadísticas, la exposición a la violencia no determina que el adolescente sufra a lo largo de su vida por esta amenaza, sino que otros factores propios de la adolescencias como las nuevas relaciones sociales con los amigos o la autonomía, permiten la posibilidad de que el adolescente expuesto a riesgos pueda llegar a tener una vida saludable en la edad adulta (Jain y col., 2012). Mientras que la pertenencia escolar se ha relacionado tanto con la reducción de conductas desadaptativas como con el proceso de resiliencia (Krohn y col., 2014) y es uno de los principales contextos donde se pueden llevar a cabo intervenciones a nivel individual y grupal dirigidas a prevenir los efectos de la violencia directa e indirecta (Valdez y col., 2007).

MARCO TEORICO

El considerar la violencia como un problema de salud pública tiene ventajas tanto en la investigación como en la acción, pues el fenómeno se vuelve susceptible a las aproximaciones tanto teóricas como metodológicas de la disciplina (Dahlberg y Mercy, 2009). Ante esto, la División de Prevención y Control de Heridas del CDC (Centers for Disease Control and Prevention y National Center for Injury Prevention and Control Division, 2015) propuso un modelo de cuatro pasos para la aproximación de la prevención de la violencia el cual consiste en (a) definir el problema, en términos de quién, qué, dónde, cuándo y cómo; (b) identificar los factores de riesgo y de protección; (c) elaborar y probar estrategias de prevención; y (d) asegurarse que estas estrategias lleguen a la población. Para complementar lo anterior, la OMS (World Health Organization, 2002) propone que tanto para el estudio como la prevención de la violencia es necesario el uso de teorías socio-ecológicas pues permiten el observar el fenómeno desde varias perspectivas, lo que puede clarificar la complejidad y las dinámicas de los diferentes factores que comprenden la violencia.

La Teoría del Desarrollo de la Psicopatología

La teoría del desarrollo de la psicopatología de Cicchetti (2006), es un marco conceptual que indica que la adaptación o desadaptación a lo largo del desarrollo es resultado de la relación dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto presentes en el individuo como en su contexto. Esta dinámica entre los distintos factores de orden individual y contextual tiene como resultado las diferencias individuales, patrones de conductas que promueven el desarrollo y las trayectorias de adaptación que se mantendrán a lo largo de la vida (Cicchetti y Rogosch, 2002).

Un aspecto fundamental de esta perspectiva es el concepto de *multifinalidad* el cual indica que a pesar de que un grupo comparte contextos, variables individuales y que

representan trayectorias similares, los resultados para cada individuo pueden llevar a problemas en su desarrollo o en un desarrollo óptimo. dependiendo de cómo estos individuos responden e interactúan con factores de riesgo y protectores de diferente orden, entre los que se encuentran los culturales, familiares e individuales (Cicchetti y Rogosch, 1996), lo que relacionando a este estudio podría referir que los adolescentes expuestos a la violencia, pueden replicar la violencia o mostrar menor bienestar, pero también, pueden reportar conducta prosocial y bienestar, a partir de la presencia de factores de protección y como estos factores interaccionan con el riesgo.

Por otra parte, otro principio de la teoría del desarrollo de la psicopatología de igual importancia es la presencia de factores de riesgo que predicen el desarrollo desadaptativo o que pueden no ser causas, pero promotores que junto con otros factores llevan al desarrollo desadaptativo, esto es importante pues problemas como la conducta violenta no tiene una sola causa sino que existen múltiples situaciones o eventos que se relacionan para causar la desadaptación, por lo que identificar e intervenir sobre un solo factor de riesgo puede solo arreglar una parte del problema (Cicchetti y Rogosch, 2002). Desde esta teoría, la presencia de uno o múltiples factores de riesgo debe ser evaluada en conjunto con factores que disminuyan la probabilidad de que estos afecten el desarrollo, estos factores de protección tanto de orden individual como del contexto se relacionaran con los riesgos, dando sentido a las diferentes trayectorias de desarrollo individuales a lo largo de la vida; si los factores de protección disminuyen los efectos del riesgo se tendrá un desarrollo óptimo o caso contrario, si no son suficientes para proteger a la persona se tendrá un desarrollo desadaptativo (Cicchetti, 2006).

La perspectiva de la teoría del desarrollo de la psicopatología se ha utilizado para el estudio de la violencia con relación al maltrato en niños y adolescentes pues resalta la importancia de la investigación de los procesos que se dan a lo largo de la vida, lo que permite encontrar la dinámica entre los factores que hacen que se presente el desarrollo desadaptativo y adaptativo de las víctimas de la violencia. El estudiar las dinámicas en el desarrollo de las personas en etapas tempranas de la vida a pesar de los múltiples efectos que tiene la violencia permite obtener información para el diseño e implementación de

programas dirigidos a la intervención y la prevención de la violencia (Flores y col., 2005; Cicchetti, 2013).

Adaptación al Riesgo o Resiliencia

La adaptación a situaciones de riesgo o resiliencia es un proceso dinámico en donde interactúan factores de riesgo y protectores del contexto e individuales para modificar los efectos de eventos adversos en la vida (Gaxiola, 2015). El estudio de la resiliencia se centra en la dinámica de las variables protectoras que poseen las personas o las que disponen en su contexto como la familia y la comunidad, y su relación con los resultados de ajuste a pesar de la presencia de factores de riesgo (Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008).

El origen de la palabra resiliencia proviene del verbo en latín *resilio* que significa “volver a atrás o rebotar”. Actualmente el término ha sido adoptado por muchos campos de ciencia y tecnología, refiriéndose en un sentido general a la capacidad que posee un sistema dinámico de anticipar, adaptarse, recuperarse y aprender de amenazas, disturbios, sorpresas y desastres que pongan en riesgo las funciones de dicho sistema, su viabilidad o su desarrollo (Masten, 2014). La adopción del término resiliencia por parte de la psicología y psiquiatría proviene del interés por conocer la etiología y el desarrollo de la psicopatología, así como de comprender como había niños que a pesar de estar expuestos a situaciones adversas como guerra, abandono o maltrato no desarrollaban conductas negativas o problemas de salud; se resaltan los trabajos con menores hijos de pacientes con esquizofrenia de Garmezy y el estudio de Werner de la vida de niños Hawaianos expuestos a situaciones adversas a lo largo de su desarrollo (Becoña, 2006).

El adaptarse al riesgo en el ambiente es un indicador importante de salud ya que se refleja a partir de un desarrollo saludable, a pesar de los problemas del contexto al que pueda enfrentarse la persona (Gaxiola, 2013; Winslow y col., 2013). Esto deriva en aportes importantes del estudio de la resiliencia para las ciencias de la salud, pues se obtiene un mayor entendimiento de la dinámica del desarrollo de los menores en condiciones de riesgo, lo que lleva a general medidas preventivas y de intervención dirigidas a guiar la política pública y programas sociales que mejoren las posibilidades de un desarrollo

saludable en aquellos expuestos a situaciones de riesgo (Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008).

La perspectiva de la resiliencia está dirigida al estudio de los distintos recursos de orden individual y contextual que posee el individuo y que le permiten un desarrollo saludable, esto parece contrastar con la perspectiva de salud poblacional de la salud pública, pero es posible impactar al individuo mediante diferentes estrategias de promoción del bienestar, de prevención de problemas de salud mental y problemas de intervención individual sobre aquellos que ya se encuentran en riesgo o presentando síntomas de desarrollo atípico (Winslow y col., 2013). Estas estrategias se deberán contemplar en el tercer y cuarto paso de la propuesta de estudio de la violencia con visión de salud pública que propone el CDC (2015) y que se describe en la introducción de este estudio.

Algunos adolescentes, además de las características de esta etapa mencionadas anteriormente, se encuentran en situaciones contextuales de riesgo que pueden llevar a resultados desadaptativos a lo largo del curso de vida. Por lo que el contar con factores protectores tanto propios como en el contexto en el que se desarrollan es indispensable para amortiguar o desaparecer los efectos de tales amenazas o vulnerabilidades y lograr un desarrollo saludable. Por lo tanto, la perspectiva de la resiliencia aplicado en la adolescencia se especializa en las fortalezas más que en los déficits que puedan promover el desarrollo saludable en los adolescentes (González y Zavala, 2008).

Para estudiar el proceso de resiliencia que implica adaptación al riesgo, es necesario evaluar tres componentes: (a) la presencia de riesgos que afecten el desarrollo de la persona, (b) los factores protectores propios del individuo como recursos del contexto social, y (c) su relación con resultados adaptativos que pueden ser internos o externos en forma de competencias acordes a la edad y contexto cultural donde se desarrolla la persona (Fergus y Zimmerman, 2005; Masten, 2001).

A continuación, se describen las variables a considerar en este estudio a partir de las fases anteriormente descritas, como riesgo contextual se propuso la exposición a la violencia tanto como víctima (directa) y/u observador (indirecta); como factores

protectores individuales se tienen las disposiciones a la resiliencia, y el apoyo social como factor del contexto, mientras que como resultados adaptativos se consideró el bienestar psicológico y la conducta prosocial.

Factor de riesgo exposición a la violencia en el hogar

Respecto al primer requisito, la presencia de factores de riesgo, Lösel y Farrington (2012) definieron el riesgo como características del individuo o su contexto social que predicen efectos negativos como conductas violentas. En este estudio el riesgo es la exposición a la violencia (Híjar-Medina y col., 1997), dado que como se describió en el primer capítulo representa un obstáculo importante para el desarrollo del adolescente, pero además tiene otros riesgos importantes como la reproducción de conductas violentas hacia la familia, amigos u otras personas de la comunidad (Fowler y col., 2009). Los adolescentes al estar inmersos en contextos donde existen modelos agresivos aprenden y reproducen las conductas por observación de la violencia hacia otros o también por ser víctimas de la violencia (Bandura, 1973).

La literatura identifica tres contextos básicos el familiar, el escolar, y las calles o comunidad, estos contextos no son independientes entre sí y se considera que el estar expuesto en uno, predice la exposición o el ejercer la violencia en los otros (Castillo y Sonia, 2014). Además, la marginación social está relacionada con la exposición a la violencia pues los jóvenes que viven en barrios pobres tienden a estar más expuestos a la violencia que los que viven en vecindarios con niveles socio-económicos más altos, de igual forma, los adolescentes y los niños que viven en las áreas con mayores índices de delincuencia presentan mayores niveles de exposición a la violencia (Cooley-Strickland y col., 2011).

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 las calles de la comunidad son el principal contexto de exposición a la violencia, seguido de la escuela y después el hogar (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). En esta investigación se trabajará sobre la violencia en el hogar dado que tiene efectos importantes

en el desarrollo, cuando se presenta en edades tempranas (Franzese y col., 2014). En relación a la localidad donde se lleva a cabo esta investigación, La Red por los Derechos de la Infancia en México (2010) considera en su reporte anual al estado de Sonora como uno de los estados del noroeste de México con mayor vulnerabilidad a la violencia hacia niños, niñas y adolescentes debido rezagos a nivel social y legal que mantienen a Sonora por encima de las medias nacionales en maltrato infantil y de homicidios juveniles (Banco Mundial y Equipo para la Prevención de la Violencia, 2012), mientras que a nivel local se observa que poco menos de la mitad de los hogares en una muestra representativa de una colonia de la localidad reportan alguna forma de violencia familiar, el cual es ligeramente menor al porcentaje reportado a nivel estatal en 2003 (González y Maya, 2012).

La violencia en el hogar o violencia familiar que abarca al maltrato infantil, la violencia entre hermanos, a las parejas y el abuso a adultos mayores, puede ser un factor de riesgo para otros tipos de violencias (Rutherford y col., 2007). Los adolescentes son especialmente susceptibles a la violencia en el hogar, dado que existe una dependencia hacia lo adultos en distintos ámbitos como el económico y afectivo (Suárez y Menkes, 2006). Al respecto, se ha observado tanto la violencia física como la verbal o amenazas por parte de los padres a los adolescentes resulta en una disminución en el bienestar psicológico en la adultez, incluyendo problemas de salud mental (Greenfield y Marks, 2010).

Factores Protectores

Como segundo punto para la evaluación de la adaptación al riesgo es la presencia de factores protectores. De acuerdo con lo propuesto por el CDC (2015) junto a los riesgos es necesario evaluar los factores de protección, los cuales son factores variables o estáticos cuya presencia opera contra los efectos de los factores de riesgo, disminuyendo la probabilidad de que el riesgo lleva a procesos de desadaptación o psicopatología (Cicchetti, 2006).

Estos factores pueden operar de distintas formas, Luthar y col., (2000) distinguen dos modelos del actuar de los factores protectores: el estabilizador, que refiere al papel mediador entre la relación riesgo-resultado negativo, donde ambos son altos cuando no se presenta el factor protector, pero esta relación no se da cuando este se presenta, negando los efectos del riesgo; y el reactivo, que implica que la presencia del factor protector no remueve completamente la relación riesgo-resultado negativo, la presencia del factor protector disminuye la fuerza de esta relación y su ausencia la aumenta. Por otra parte, Lösel y Farrington (2012) refiere a estas relaciones como *Buffering* o de mediación, donde es necesaria la presencia de otros factores, en este caso de riesgo, para observar los efectos de los factores protectores.

La adaptación al riesgo depende en parte de la presencia de factores protectores tanto de orden individual como de orden contextual que promueven el resultado adaptativo, por lo que para esta investigación se consideraron dos factores protectores, el apoyo social percibido y las disposiciones a la resiliencia. El apoyo social es considerado una variable protectora fundamental para los adolescentes en distintas situaciones de violencia (Krohn y col., 2014), mientras que como factor individual se evaluaron las disposiciones a la resiliencia que refieren a un conjunto de características individuales que, en conjunto con otras variables protectores, probabiliza el ajuste al riesgo (Gaxiola y col., 2011).

Disposiciones a la resiliencia

Gaxiola y col. (2011) propone las disposiciones a la resiliencia como habilidades, propensiones y atributos personales que se relacionan con la adaptación al riesgo, estas comprenden siete características las cuales se han visto relacionadas con la adaptación en varios contextos, estas características son: La actitud positiva: abarca un enfoque positivo de la vida y tratar de ser feliz a pesar de los problemas a los que se enfrentan de forma cotidiana. El sentido del humor: sonreír o mantener el sentido del humor aun ante la presencia de problemas o situaciones difíciles. La perseverancia: esfuerzo para lograr las metas a pesar de las dificultades, así como aprender de las dificultades. La religiosidad: refiere a conceptualizar los problemas de acuerdo con las creencias y prácticas religiosas o espirituales personales. La autoeficacia: la creencia en las capacidades propias para organizar y ejecutar acciones necesarias para lograr resultados determinados. El optimismo: tendencia a esperar resultados favorables en la vida y mantener la expectativa de que se logren estos resultados. La orientación a la meta: fijarse y mantener metas y aspiraciones en la vida, así como el hacer lo necesario para lograrlas.

Las disposiciones a la resiliencia se desarrollan a lo largo de la vida y se pueden promover y mantener desde la infancia a la adultez donde en cada etapa predicen la adaptación de etapas futuras. Es importante hacer énfasis en que la presencia de características individuales que promueven la resiliencia no es “la resiliencia” en sí, ni tampoco son suficientes por si mismas para llegar a un desarrollo saludable (Gaxiola, 2013), pues como se mencionó en apartados anteriores el proceso de resiliencia depende también del riesgo al que se está expuesto y de otras variables protectoras que actúan junto con las características personales (Ungar, 2015).

Estudios sobre violencia familiar han relacionado las disposiciones a la resiliencia con resultados adaptativos como el desempeño escolar niños expuestos a la violencia (Gaxiola, 2015). También se han reportado efectos sobre el bienestar psicológico en adolescentes, quienes reportan sucesos de vida estresantes o viven en contextos de marginación social (González y Rivera, 2016; Valenzuela, 2016).

Las disposiciones a la resiliencia no se han evaluado en conjunto a la conducta prosocial, estudios en menores maltratados han mostrado que atributos personales como la autoestima y el autocontrol conductual se han relacionado con la adaptación ante la violencia al ser un predictor importante de conductas prosociales a pesar de la adversidad (Flores y col., 2005). En este caso, y al considerar los componentes de las disposiciones la resiliencia, la autoeficacia es una característica primordial, dado que las personas que tienden a comportarse de forma prosocial lo hacen si consideran que son capaces de manejar sus propias emociones y el relacionarse de forma social con las personas a quienes ofrecen ayuda (Caprara y Steca, 2007).

Apoyo social percibido

Otro factor de protección reportado relacionado a la adaptación al riesgo de adolescentes expuestos a la violencia es su percepción respecto al apoyo social que proveen otras personas de su contexto (Eisman y col., 2015). El apoyo social es definido como la información o asesoramiento, ayuda tangible o acción ofrecidas por parte de pares sociales, o inferida por su presencia, que tiene un beneficio emocional o efectos conductuales en quienes lo reciben (Gottlieb, 1983; Chu y col., 2010). Es importante mencionar que existe una distinción entre el apoyo recibido y la percepción de la disponibilidad y calidad del apoyo, a partir de esta distinción se ha encontrado que la percepción de las personas respecto al apoyo recibido o disponible predice de manera importante la salud y el bienestar (Eisenberger, 2013), a partir de esto, en esta investigación se trabajara con relación al apoyo social percibido de los adolescentes.

La percepción de que el adolescente puede recurrir a personas significativas como como padres, amigos o profesores cuando le sea necesario funge como uno de los principales recursos con los que disponen los adolescentes en situaciones de riesgo como la exposición a la violencia (Musitu y Cava, 2003). Por lo que, tanto la percepción como la presencia de estos recursos son fundamentales para la adaptación de los adolescentes en riesgo, estos recursos pueden provenir tanto de la familia o los amigos, así como de otras

personas significativas con quienes los adolescentes comienzan a tener contacto durante esta etapa, como los profesores o instituciones y que están presentes para el adolescente ante amenazas en riesgo (Ungar, 2015).

El apoyo por parte de la familia en etapas tempranas del desarrollo modera los efectos de la exposición a la violencia fuera del núcleo familiar, específicamente evita replicar la violencia y padecer síntomas de problemas de salud mental en etapas posteriores de la vida (Aisenberg y Herrenkohl, 2008). Tanto la cohesión familiar y el apoyo de los miembros de la familia son un factor protector muy importante, pero dado que, en la adolescencia las relaciones entre padres e hijos pueden dificultarse, esto lleva a la necesidad de buscar el apoyo de otras personas como los amigos (Jain y col., 2012).

Con relación a lo anterior, una de las características de la adolescencia es el aumento en el tiempo de socialización con otras personas más allá de la familia, donde crece el tiempo de que los adolescentes pasan con otros adolescente y a la par aumenta la importancia de las amistades en el desarrollo (Moreira y col., 2010), por lo que el contar con amigos que promuevan conductas saludables y que provean de apoyo resulta primordial especialmente cuando los contextos inmediatos como la familia, la escuela o el barrio pueden estar permeados por riesgos como la violencia (Jain y Cohen, 2013). El aumento en la socialización con personas fuera de la familia que se presenta en el contexto escolar, también lleva al posible apoyo social que puedan proveer los profesores o personas dentro del sistema escolar como consejeros, lo que se relaciona con la adaptación en los adolescentes y con su permanencia en el sistema educativo, que también los protege de la exposición a actos delictivos como la violencia (Krohn y col., 2014).

Resultado Adaptativo

Continuando con los requisitos para la evaluación de la resiliencia o adaptación en situaciones de riesgo, se debe considerar el papel mediador que estas variables protectoras tienen en el riesgo (en este caso, la exposición a la violencia) y la manifestación de un resultado o competencia adaptativa, este criterio debe de ser sensible al contexto cultural y

a la etapa del desarrollo de la población en la que se busca inferir la resiliencia (Gaxiola, 2013). La competencia adaptativa es el criterio que indica si existe adaptación o no, aunque existen discrepancias acerca de la naturaleza de los indicadores, algunos argumentan que la ausencia de afectaciones o enfermedades es suficiente para cumplir los criterios del fenómeno resiliencia, otros, que las competencias académicas o sociales indican el ajuste, así como también hay quienes argumentan si los criterios deben de ser manifiestos o intrínsecos (Masten, 2001, Becoña, 2006; Jain y Cohen, 2013). De acuerdo con el marco teórico anterior en relación a la teoría del desarrollo de la psicopatología y el estudio de la adaptación al riesgo que de allí se desprende, para esta investigación se consideraron dos indicadores de resultado adaptativo: el bienestar psicológico y la conducta prosocial.

Bienestar psicológico

El bienestar en forma general refiere a un funcionamiento psicológico óptimo (Deci y Ryan, 2008), y se encuentra en la definición universal de salud, la cual indica que la salud es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1948). Esta definición posibilita que los estudios sobre la salud humana sean analizados y tratados desde una perspectiva interdisciplinaria en donde los tres aspectos tienen similar importancia (Alcántara, 2008). Las nuevas perspectivas en la salud pública han retomado al bienestar psicológico y se han dedicado a buscar medidas válidas y estandarizadas para su evaluación, debido a que evaluar la mera ausencia de una enfermedad de carácter biológico no implica el bienestar físico, el utilizar como indicador solo la ausencia de problemas, como la depresión o la ansiedad, no implica bienestar mental (Winefield y col., 2012).

De acuerdo con Deci y Ryan (2008) el bienestar presenta dos perspectivas, la del bienestar subjetivo representado por los estudios de Ed Diener, que se enfoca en la felicidad, conformada por un nivel alto de afecto positivo, bajo afecto negativo y un alto grado de satisfacción en la vida; y el bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff, enfocándose

en el funcionamiento positivo a partir de la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de vida y el crecimiento personal.

En este estudio se abordará desde la perspectiva del bienestar psicológico dado que su estructura multifactorial ofrece una perspectiva amplia del funcionamiento positivo, además de que sus componentes son considerados parte de la salud mental y de los procesos de desarrollo positivo, por lo que puede ser considerado un indicador de salud (Ryff, 1989; Centers for Disease Control and Prevention, 2016). A pesar de esto, es importante recalcar que no hay un estándar de oro para evaluar el bienestar psicológico y que la tendencia de la investigación avanza hacia la utilización de ambas perspectivas, pues se ha demostrado que existen relaciones importantes entre ambas perspectivas, así como puntos en los que coinciden lo que les permite completarse una a la otra (Deci y Ryan, 2008). Lo anterior ha llevado a que tanto el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo se utilicen en conjunto en la evaluación del bienestar de la población en distintos países y por diversas instituciones de salud (Winefield y col., 2012; Steptoe y col., 2014).

La perspectiva del bienestar psicológico fue propuesta a finales de la década de los ochentas por Carol Ryff (1989), a partir de las limitaciones teóricas y en ocasiones metodológicas que se observaban respecto a la medición de la felicidad y el bienestar en los Estados Unidos. Dicha aproximación se basa en el interés de tradiciones humanistas, del desarrollo humano y clínicas de la psicológica, a partir de las cuales se considera el bienestar tanto un resultado o estado como un proceso que se da a lo largo de la vida (Ryff, 2013).

El bienestar psicológico refiere a la valoración propia del individuo de seis componentes: (a) la auto-aceptación: que refiere a la aceptación de las capacidades y limitaciones propias y donde las personas mantienen un actitud positiva hacia sí mismas considerando lo bueno y lo malo así como aceptar su historia, (b) las relaciones positivas: que es la calidad de las conexiones que se tienen con personas significativas, quienes muestran bienestar psicológico tiene relaciones de confianza y satisfactorias con otros y se preocupan por el bienestar de estos, (c) la autonomía: en forma de la percepción de vivir de acuerdo a sus propias convicciones, quienes tienen alto bienestar resisten las presiones

externas, regula su comportamiento y lo evalúa a partir de estándares personales, (d) el dominio del entorno: es el manejo de las diferentes situaciones en su vida, se refleja en considerarse competente en el uso de los recursos de su contexto así como en la creación de contextos que satisfagan sus necesidades, (e) el propósito en la vida: el sentimiento de significado, propósito y dirección en la vida, reflejado en el tener metas y objetivos, y (f) el crecimiento personal: refiriéndose al uso de las capacidades para llegar a su potencial, se refleja en el desarrollo y en cambios que reflejan conductas más efectivas (Ryff, 1995, 2013).

La presencia de estos componentes indican un desarrollo psicológico positivo y se expresa tanto en las conductas que mantienen la salud, así como en el tratamiento y rehabilitación de trastornos de la salud física y psicológica (Martínez y col., 2010). Esto resulta importante dado que el bienestar está ligado con la edad, y se ha mostrado que en Latinoamérica los adolescentes tienden a tener un alto bienestar pero este disminuye con la edad (Steptoe y col., 2014).

Por otra parte, el bienestar es susceptible a la exposición de la violencia directa e indirecta en edades tempranas como la niñez y la adolescencia donde puede generar síntomas importantes de problemas de salud mental junto con las repercusiones físicas de ser víctima (Híjar-Medina y col., 1997; Jain y col., 2012; World Health Organization, 2002). Pero un factor importante que media este efecto es que la socialización y el apoyo social se encuentran relacionados con el bienestar psicológico de los adolescentes, en donde los adolescentes con bienestar psicológico, aun teniendo relaciones sociales con pares de su edad, tienden a percibir más apoyo social por parte de sus padres (Callahan y col., 2003; Martínez y col., 2010). Los efectos promotores del apoyo social se mantienen más allá de la adolescencia donde también se ha encontrado que la presencia del apoyo familiar de amigos y apoyo comunitario en sus distintas formas, pueden promover el bienestar en víctimas de violencia en la edad adulta (García y col., 2014). Por lo que el evaluar la percepción de apoyo que tiene el adolescente y de quien proviene, familia, amigos y otras personas, resulta importante en relación a su bienestar psicológico, y además permite identificar las personas propicias para promover este apoyo.

Conducta prosocial

Otro indicador de un desarrollo adaptativo que se utiliza para esta investigación es la conducta prosocial que se define como conductas voluntarias realizadas para cuidar, asistir, confortar y ayudar a otros (Auné y col., 2014). Estas conductas representan un indicador importante de competencia social durante la adolescencia, dado que se relaciona con procesos como la regulación de estados de ánimo, así como, con otros resultados adaptativos como la aceptación y aprobación por pares de la misma edad y otras personas significativas, así como la satisfacción del adolescente de estas relaciones sociales (Wentzel y col., 2014). Además, estudios recientes han encontrado efectos significativos en indicadores de salud como mejoras en el bienestar, reducción de síntomas de patologías del desarrollo e incluso con reducción de mortalidad, colocando a la conducta prosocial como un predictor a considerar tanto de la salud física como psicológica (Brown y Brown, 2015). Además, como indicador de competencia social, es considerado como un resultado adaptativo para la inferencia del proceso de adaptación al riesgo, donde se ha encontrado que el realizar conductas prosociales en edades tempranas se predice la adaptación al riesgo a largo plazo (Flores y col., 2005).

Las primeras conductas prosociales tienden a mostrarse desde la niñez, donde el repertorio de conductas aumenta progresivamente, deteniéndose al final de la infancia e inicio de la adolescencia, para volver a aumentar a la adolescencia tardía (Auné y col., 2014). La conducta prosocial depende de manera importante del contexto en el que el individuo se desarrolla, pues por su definición es necesaria la participación de otras personas a quienes reciben el apoyo por parte del individuo, pero también tiene un sentido bidireccional, donde el realizar conductas prosociales también depende en parte de la medida en que las personas de la comunidad apoyan y muestran interés entre ellas (Twenge y col., 2007). Esta característica es primordial pues la conducta prosocial se aprende mediante la imitación de modelos, donde los adolescentes al observar acciones de apoyo a otros o ser ellos quienes reciban el apoyo por parte de las personas, replican estas conductas hacia los demás (Wentzel y col., 2014). En este sentido, se ha descrito que los adolescentes

que tienen menor cantidad y calidad en las relaciones con amigos tienden a mostrar menor conducta prosocial, mientras que quienes pertenecen a familias estables y unidas y tienen apoyo por parte de otros adultos, muestran mayor frecuencia de estas conductas (Twenge y col., 2007).

Por otro lado, cuando Wispe propone el estudio de la conducta prosocial en 1972 definió el término como el contrario a la conducta antisocial, por lo que se le ha considerado que la conducta prosocial contrarresta las conductas violentas en edades tempranas y en la adolescencia (Redondo y col., 2013). Actualmente existen dos perspectivas en la psicología respecto a la conducta prosocial, la tradicional que considera ambas conductas como los extremos de un amplio constructo conductual, y una más reciente que ve a el ser prosocial y el ser agresivo como dos conductas independientes pero relacionadas, donde cada una tiene un resultado adaptativo diferente e importante para el desarrollo de las personas (Obsuth y col., 2015).

Con base en la revisión anterior se generó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relacionan las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social con el bienestar psicológico y la conducta prosocial en adolescentes expuestos a la violencia en el hogar?

Se desarrollaron las siguientes hipótesis: (a) la exposición a la violencia en el hogar tendrá una relación negativa con las variables de bienestar psicológico y conducta prosocial en adolescentes, y (b) las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social percibido tendrán una correlación positiva con el bienestar psicológico y conducta prosocial.

Por lo tanto, la siguiente investigación tiene como objetivo el estimar la relación de exposición a la violencia, las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social con el bienestar psicológico y conducta prosocial en una muestra de adolescentes expuestos a la violencia en el hogar.

MÉTODO

Participantes

Se aplicó una batería de instrumentos a 274 adolescentes de la ciudad de Hermosillo, México quienes cursan su educación secundaria en dos planteles situados en diferentes zonas con reportes de inseguridad y con distintos niveles de marginación de acuerdo al Consejo Nacional de Población y Vivienda (2010) con la intención de tener participantes que reporten distintos niveles de exposición a la violencia, dado que como se menciona en la revisión bibliografía, los adolescentes que viven en áreas de marginación están más expuestos a la violencia que aquellos que viven en vecindarios menos marginados (Cooley-Strickland y col., 2011). Junto con esto, se decidió que la muestra fuera en escolares dado que el objetivo de este trabajo es evaluar los factores en relación de la adaptación.

Se solicitó su participación voluntaria y el consentimiento informado, los criterios de inclusión fueron el tener entre 10 y 15 años, si como participación voluntaria. Como criterios de eliminación se consideraron la expresa solicitud de los adolescentes de dejar la aplicación dada la naturaleza del inventario de exposición a la violencia, dejar un instrumento sin contestar o con obvias respuestas al azar. Para la validación de instrumento se utilizaron los mismos criterios selección y eliminación.

Instrumentos

Se construyó una batería de instrumentos conformada por una hoja de datos demográficos que incluían la edad y sexo del participante y datos sobre la escolaridad y estado civil de los padres, así como los siguientes instrumentos para medir las variables del estudio:

Disposiciones a la resiliencia: se utilizó el inventario IRES (Gaxiola y col., 2011) que consta de 24 ítems que evalúan las dimensiones de: actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta. Tiene cinco opciones de respuesta donde 1 = “nada” y 5 = “totalmente”. Un reactivo de este instrumento es “Intenté aprender algo positivo incluso de los problemas que enfrenté”. Los autores reportan un alfa de 0.93 mientras que un estudio en población adolescente en Hermosillo, Sonora mostro un alfa de 0.92 (Valenzuela, 2016).

Bienestar Psicológico: se utilizó el inventario corto de bienestar psicológico adaptado por Gaxiola y col. (2015) basado en el inventario de Ryff (1989) y validado en población adolescente, reportando un alfa de 0.88. Utiliza una escala Likert con 5 puntos que van de 0 = totalmente en desacuerdo a 4 = totalmente de acuerdo, un reactivo de este instrumento es “Últimamente ha mejorado tu forma de ser”.

Apoyo social percibido: Se utilizó un instrumento basado en el inventario de redes de apoyo de Villalobos (2009) que evalúa el apoyo provisto por 3 categorías de redes de apoyo: la familia, los amigos, y otros significativos como profesores, personas de la comunidad o instituciones, el autor reporta un alfa desde 0.83 para otros significativos y 0.91 para la familia, la versión utilizada consta de 19 reactivos medidos en escala Likert de 0 = Nunca a 4 = Siempre. Un ejemplo de este instrumento es “En mi familia nos ayudamos unos a otros”.

Conducta prosocial: se adaptó una versión corta del Inventario de Comportamientos Prosociales de Mendez y col. (2015), que evalúa las categorías de consuelo verbal, servicio físico y verbal, ayuda física y solidaridad. La versión utilizada cual cuenta con 13 reactivos que se miden en escala tipo Likert de 5 puntos y que reporta un alfa global de 0.93 en adolescentes del centro del país, un ejemplo es “Me pongo en el lugar del otro que está pasando una situación difícil”.

Exposición a la violencia en el hogar: Se utilizó el factor de exposiciones a la violencia en el hogar del cuestionario de exposición a la violencia de Orue y Calvete (2010) que consta de 6 preguntas que evalúan el ser víctima u observador de golpes, insultos o

amenazas en la familia, se evalúa a partir de una escala de 0 (Nunca) a 4 (todos los días). El instrumento original tiene un alfa de 0.80, mientras que un análisis psicométrico en un estado de Baja California al que se realiza esta investigación reportó un alfa de 0.87 (López y col., 2011). La escala original consta también de la exposición en la escuela, en la calle y en la televisión, pero en esta investigación se aplicó el instrumento completo, pero solo se utilizó el factor de exposición en el hogar.

Procedimiento

Se eligieron dos planteles de educación secundaria en distintas áreas de la ciudad, en cada una de las escuelas se solicitaron los permisos correspondientes para después pedir el consentimiento informado de los adolescentes previo a la aplicación de la batería. La aplicación se realizó de forma colectiva con atención a la confidencialidad de la información y en espacios sin distracciones por dos psicólogos previamente entrenados. Los participantes contestaron la batería de instrumentos en un tiempo aproximado de 35 minutos.

Para la validación de los instrumentos se tomaron 125 participantes de una de las escuelas y se aplicó la batería de instrumentos completa atendiendo la confidencialidad de los datos con una duración aproximada de 35 minutos.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 20. Se realizaron estadísticas descriptivas de media, mediana y desviación estándar para después reemplazar los valores perdidos de cada ítem con el promedio de respuestas del ítem considerando que los valores perdidos son menores al 5% del total de los datos de ese ítem (Cuesta y col., 2011), se calcularon los índices de cada variable promediando los resultados de cada ítem después de realizar análisis de confiabilidad mediante alfa de Cronbach, por último, se evaluó la normalidad de los índices mediante una prueba de Shapiro-Wilks la cual detecta

el ajuste a la curva normal a partir del sesgo y curtosis de los datos y puede utilizarse en muestras desde 50 hasta 5000 participantes, en donde si el estadístico p es superior a 0.05 los datos se ajustan a la curva normal (Mohd y Bee, 2011), esta prueba indicó que existen diferencias estadísticas entre la distribución de la curva normal y la distribución de los datos ($p \leq 0.05$), por lo que se utilizaran análisis estadísticos no paramétricos.

Para evaluar la validez de las escalas de exposición a la violencia y conducta prosocial se realizaron análisis confirmatorios mediante análisis factorial confirmatorio (CFA) usando el software EQS 6.1, pues estas escalas no habían sido previamente validadas para la población de esta ciudad. Paso siguiente, un análisis de correlación de Spearman con un criterio de probabilidad de $p \leq 0.05$ para las variables del estudio. Se dividió la muestra a partir quienes resultaron sin exposición a la violencia en el hogar y aquellos que reportaron puntuaciones superiores a 1, dejando fuera a 90 participantes quienes mostraron puntuaciones menores a 1 pero superiores a 0. Esto se basó en el procedimiento realizado por Hernández-Pozo y col. (2015) en una población mexicana quienes utilizaron las puntuaciones extremas del instrumento original. El grupo sin exposición estuvo conformado por 92 participantes mientras que el grupo de mayor exposición contó con 69 participantes. Acto seguido se realizó un análisis de U de Mann-Whitney para evaluar la diferencia de las variables entre los grupos con y sin exposición. Se continuó con dos análisis de correlación de Spearman para las variables del estudio, uno por cada grupo de exposición.

A partir de este punto se considera para los análisis solo el grupo denominado “mayor exposición” que está conformado por 69 participantes, 39 de los cuáles fueron del sexo femenino y 30 masculino, hubo un participante que no respondió este dato, la media de edad fue de 13.66 (D.E. = 0.53).

Se realizó de nuevo la prueba de Shapiro-Wilks para evaluar la distribución de las variables con los participantes del grupo de mayor exposición, resultando que solo el bienestar psicológico tiene una distribución similar a la curva normal ($p \geq 0.05$). Por lo que se continuara con pruebas estadísticas no paramétricas, análisis de correlación de Spearman

y regresión logística. Paso seguido se realizó de nueva cuenta un análisis de correlación de Spearman entre las variables del estudio para los adolescentes de este grupo.

Se categorizó a los participantes expuestos la violencia en dos grupos para cada variable dependiente mediante un análisis de conglomerados bi-etapico el cual nos indica en cuantos grupos se puede categorizar la muestra, este análisis mostro la presencia de dos grupos de buena calidad tanto para el bienestar psicológico como la conducta prosocial, seguido de un procedimiento de conglomerados rápidos por media de K-medias el cual categoriza los participantes en un número de grupos previamente indicados (Clatworthy y col., 2005; Norusis, 2012), se realizaron análisis de U de Mann-Whitney entre los grupos resultantes de cada variable dependiente para finalizar con dos análisis de regresión logística, iniciando con la variable de bienestar psicológico y después la conducta prosocial. Se utilizaron análisis de regresión logística dado que las variables de bienestar psicológico y conducta prosocial no cumplieron con los criterios de normalidad para utilizar regresión linear, y dado que el utilizar los análisis de regresión permite tener un mayor nivel explicativo de las relaciones entre variables.

Consideraciones Éticas

La investigación siguió las guías éticas, explicando a los adolescentes los objetivos de la investigación, así como que no existiría ningún riesgo ni recompensa directa por su participación voluntaria, el manejo de sus datos fue llevado con absoluta confidencialidad al evaluar los resultados de forma grupal y no individual, el cuidado del anonimato se llevó reiterando que no se utilizaran nombres ni direcciones y se aclaró la opción de dejar el estudio si así lo desean o solicitar los resultados del estudio.

RESULTADOS

Validación de Instrumentos

La muestra para la validación de los instrumentos consistió de 124 participantes de una escuela de una zona de marginación de la ciudad de Hermosillo sonora, donde 48 (38%) fueron de sexo masculino y 75 de sexo femenino (60%), dos participantes no respondieron este dato (1.6%), los participantes tienen una media de edad de 13.36 (D.E. = 0.71).

Como primer paso se realizó la validación mediante análisis factorial confirmatorio del cuestionario de exposición a la violencia en el hogar, el cual está basado en el instrumento propuesto por Orue y Calvete (2010) siguiendo la estructura factorial del contexto de exposición a la violencia en el hogar que cuenta con dos factores de violencia directa e indirecta cada uno con tres indicadores, en la figura 1 se observa el modelo hipotético original, y en la figura 2 el modelo resultante en donde no se eliminaron ítems y de acuerdo con un resultado superior a 0.90 en los índices de ajuste normado y no normado de Bentler-Bonnett así como el CFI son superiores a 0.90 los datos se ajustaron al factor propuesto en el instrumento original. Aunque también, se observa un RMSEA con un valor de 0.089 ligeramente superior a valores aceptables (Bentler, 2006; Matsunaga, 2011).

Continuando con los resultados de la validación del Inventario de Comportamientos Prosociales en el aula de Mendez y col. (2015) el cual está compuesto de 5 factores: consuelo verbal, escucha profunda, servicio físico y verbal, ayuda física y solidaridad, con un total de 22 reactivos, en la figura 2 se muestra el modelo hipotético del instrumento original, mientras que en la figura 3 se muestra el modelo resultante, donde se observa que hubo una eliminación de nueve ítems que mostraban pesos estructurales bajos para aumentar los indicadores de bondad de ajuste, dado esto desapareció el factor de escucha profunda pues se eliminaron sus cuatro ítems dado que sus índices resultaron bajos y afectaban la bondad de ajuste de los datos. El modelo resultante mostró que los índices de

ajuste normados y no normado de Bentler-Bonnett, así como el CFI son superiores a 0.90, mientras que el RMSEA resulto 0.065 aún se encuentra dentro de rangos aceptables (Matsunaga, 2011). Por lo tanto, de acuerdo a los indicadores de bondad de ajuste los modelos resultantes son aceptables, además, el uso de estimadores robustos para datos no normales indica resultados similares en los índices de ajuste y resultados aceptables tanto en RMSEA como en X^2 para ambos instrumentos (Bentler, 2006).

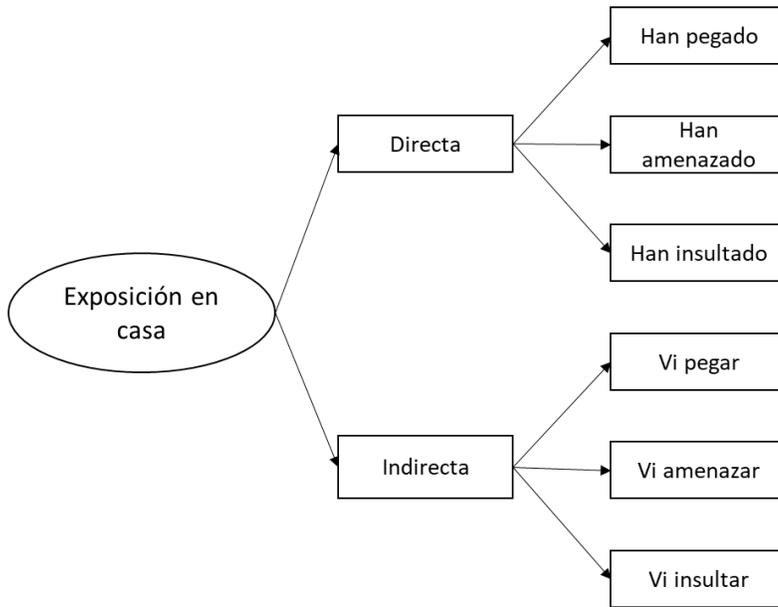
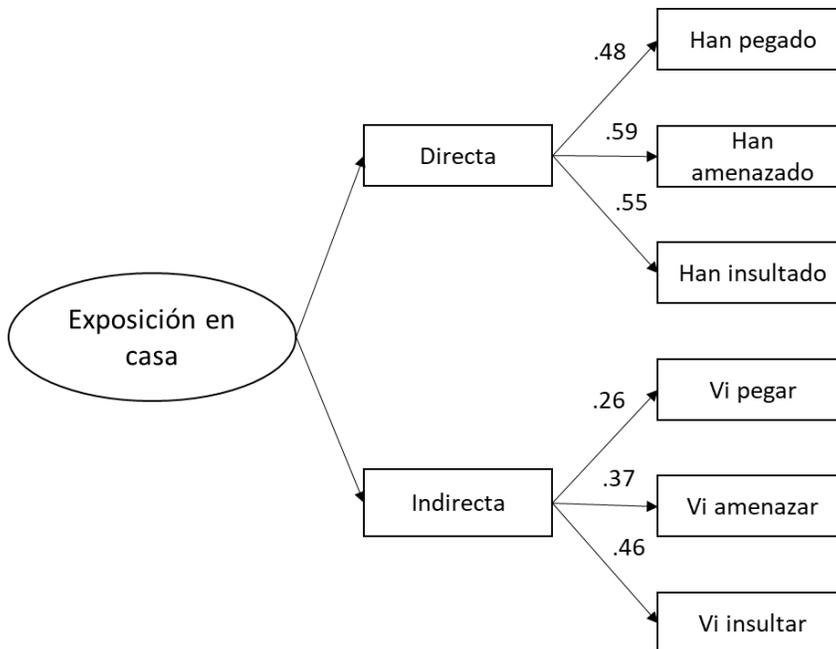


Figura 1. Modelo hipotético del cuestionario de exposición a la violencia en el hogar



$X^2 = 24$; $gl = 8$; $p = 0.002$; $BBNFI = 0.95$; $BBNNFI = 0.93$; $CFI = 0.96$; $RMSEA = 0.089$

Figura 2. Modelo resultante del cuestionario de exposición a la violencia en el hogar

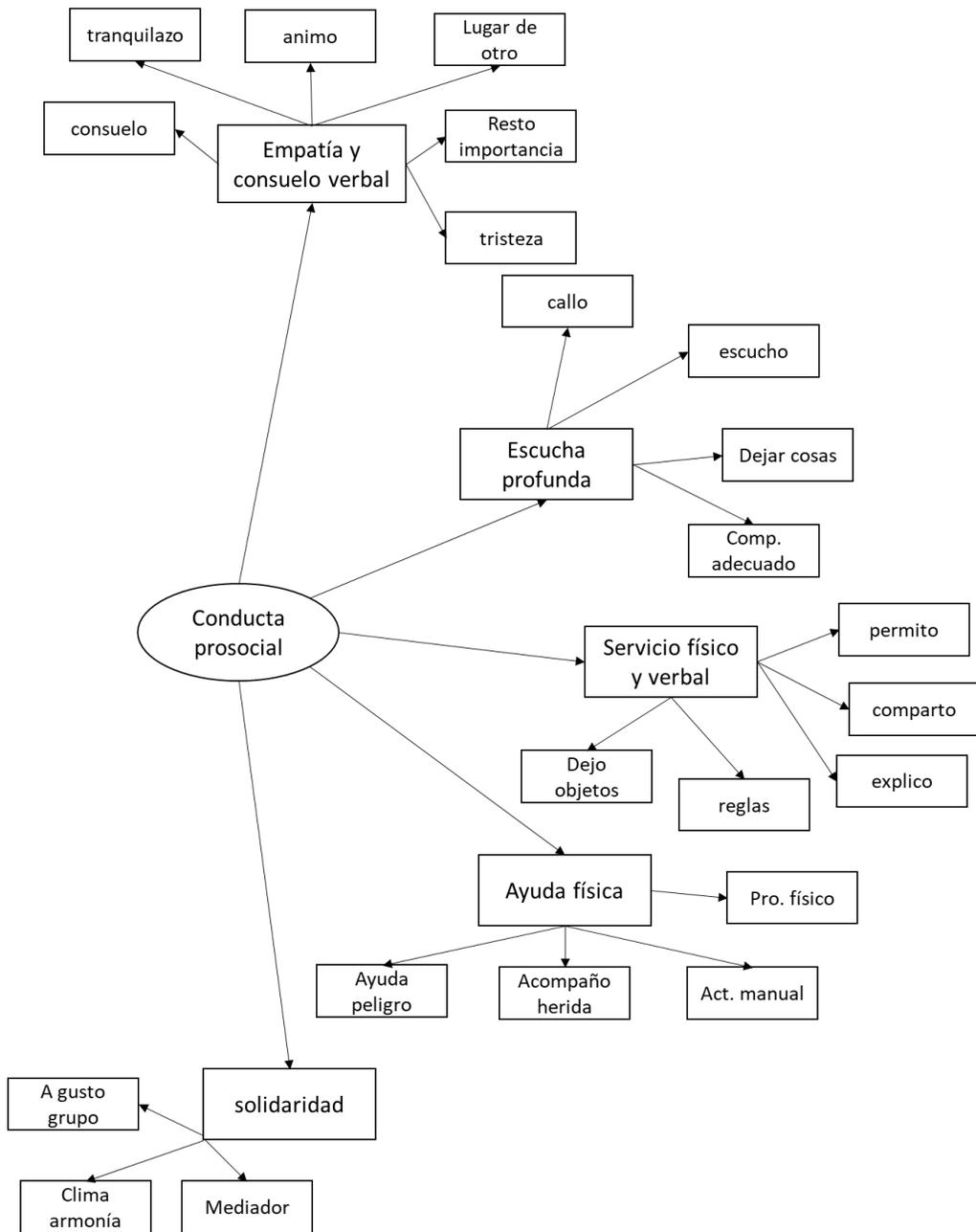
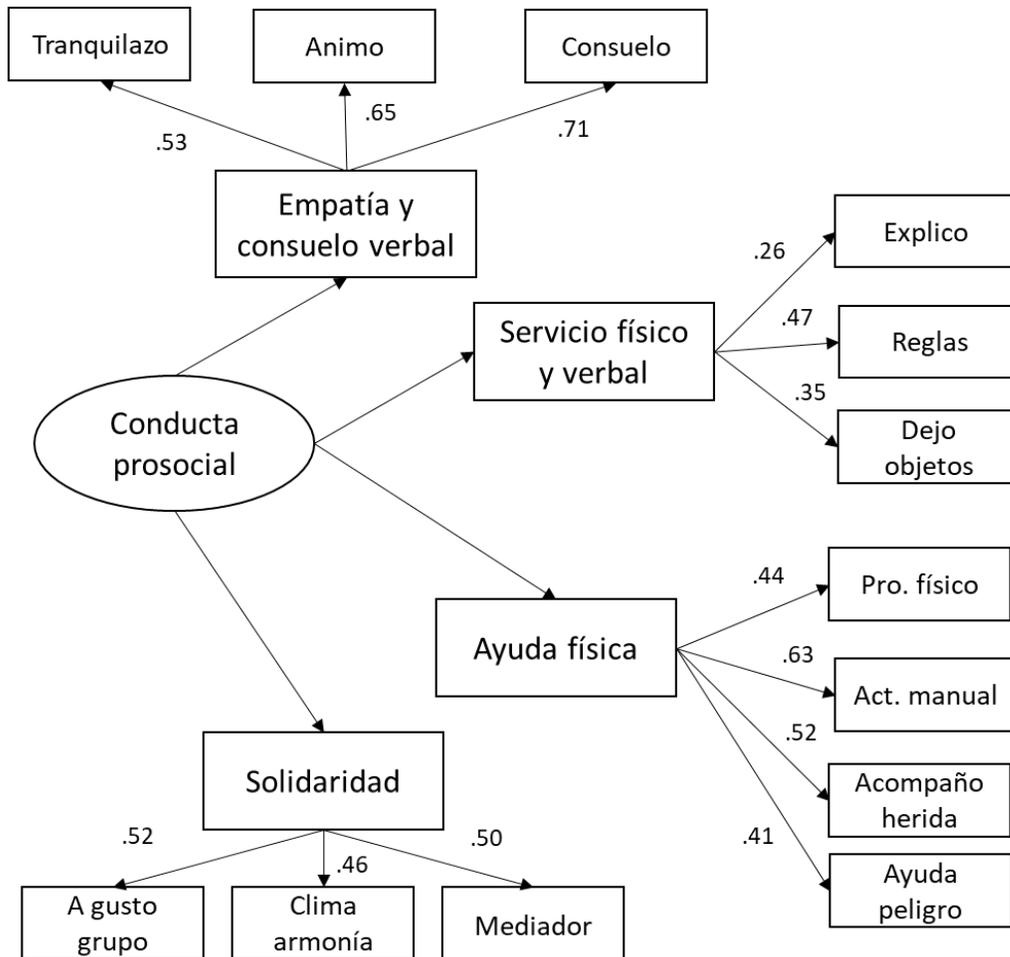


Figura 3. Modelo factorial hipotético del inventario de conducta prosocial



$X^2 = 91.34$; $gl = 44$; $p = 0.000$; $BBNFI = 0.93$; $BBNNFI = 0.93$; $CFI = 0.96$; $RMSEA = 0.065$

Figura 4. Modelo resultante del inventario de conducta prosocial

Participantes de la Investigación

De 274 participantes a quienes se les aplicó la batería de instrumentos se eliminaron 22 pues no respondieron uno de los instrumentos o mostraron respuestas al azar evidentes, teniendo un total de 252 adolescentes de entre 12 y 15 años de edad. Teniendo un total de 124 adolescentes en una escuela y 128 en otra. Los participantes cuentan con una media de edad de 13.5 años (D.E.= 0.67), 154 (61 %) de los participantes fueron mujeres (Tabla I). Los instrumentos mostraron índices de confiabilidad mayores a 0.70, lo cual indica que la escala es confiable (Nieva y Sorra, 2003; Flin y col., 2006) (Tabla II). Una prueba de Shapiro-Wilks indica que las variables no se distribuyen de acuerdo a la curva normal ($p \leq 0.05$).

Tabla I. Datos demográficos de la investigación (n = 252)

	Frecuencias	Porcentaje
Sexo		
Femenino	124	49.2
Masculino	122	48.4
No contestó	6	2.4
Edad		
12.00	13	5.2
13.00	105	41.7
14.00	118	46.8
15.00	12	4.8
No contestó	4	1.6
Estado civil mamá		
Casada	163	65.5
Divorciada	33	13.3
Soltera	25	10
Unión libre	24	9.6
Viuda	4	1.6
Estado civil papá		
Casado	172	73.8
Divorciado	23	9.9
Unión libre	11	4.7
Soltero	23	9.9
Viudo	4	1.7

Tabla II. Estadísticas univariadas de las escalas e índices de confiabilidad (n = 252)

	Mediana	Media	D.E.	Mínimo	Máximo	α
Bienestar psicológico	2.83	2.74	0.64	0.58	4.00	0.82
Conducta prosocial	2.38	2.29	0.79	0.23	4.00	0.89
Disposiciones a la resiliencia	2.80	2.75	0.62	0.60	3.85	0.88
Apoyo social total	2.84	2.75	0.63	0.16	3.84	0.86
Apoyo social familiar	3.20	2.96	0.78	0	4	0.77
Apoyo social amigos	3.16	2.89	0.89	0	4	0.87
Apoyo social de otros	2.62	2.52	0.73	0.25	4.00	0.74
Exposición a la violencia en casa	0.16	0.57	0.71	0.00	3.00	0.81

Análisis de Correlación con la Población Total

En la tabla III se observa que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la exposición en el hogar con el bienestar ($-0.240, p \leq 0.001$). Si bien no se buscaba esta relación, el bienestar psicológico y la conducta prosocial se correlacionan de forma positiva ($0.449, p \leq 0.001$). La variable disposiciones a la resiliencia se correlaciona con el bienestar psicológico ($0.619, p \leq 0.001$) y también se correlaciona con la conducta prosocial ($0.586, p \leq 0.001$).

Con relación al apoyo social percibido se observa que tanto el apoyo por parte de la familia ($0.374, p \leq 0.001$), los amigos ($0.524, p \leq 0.001$) y de otros ($0.498, p \leq 0.001$) se correlacionan con el bienestar psicológico, pero es el apoyo de amigos seguido del de otros los que presentan un mayor índice de corrección. Curiosamente el apoyo social familiar no se correlaciona con la conducta prosocial, mientras que el apoyo de amigos ($0.526, p \leq 0.001$) y el de otros sí lo hacen ($0.382, p \leq 0.001$).

Por último, se observa que es que violencia en el hogar se correlaciona de forma negativa con el apoyo familiar ($-0.481, p \leq 0.001$), de amigos ($-0.158, p \leq 0.001$) y otros ($-0.180, p \leq 0.05$).

Tabla III. Índices de correlación entre las variables para la muestra total (n = 252)

	Bienestar	C. Prosocial	Disp. Res.	A. Total	A. Fam.	A. Amig	A. Otros	Exp. Casa
Bienestar	1							
C. Prosocial	0.449***	1						
Disp. Res.	0.619***	0.586***	1					
A. Total	0.601***	0.441***	0.519***	1				
A. Fam.	0.374***	0.036	0.314***	0.592***	1			
A. Amigos	0.524***	0.526***	0.413***	0.774***	0.191**	1		
A. Otros	0.498***	0.382***	0.469***	0.859***	0.363***	0.527***	1	
Exp. Hogar	-0.240***	-0.047	-0.088	-0.312***	-0.481***	-0.158*	-0.180**	1

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Bienestar = Bienestar psicológico; C. Prosocial = Conducta prosocial; Disp. Res. = Disposiciones a la resiliencia;

A. Total = Apoyo social total; A. Fam. = Apoyo social familiar; A. Amig = Apoyo social de amigos;

A. Otros = Apoyo social amigos

Grupos de Exposición a la Violencia

Respecto a la diferencia entre variables de estos dos grupos, se observa que existen diferencias entre grupos en su bienestar psicológico ($p \leq 0.01$), apoyo social total, el provisto por la familia ($p \leq 0.001$), los amigos ($p \leq 0.01$) y el de otros ($p \leq 0.01$), donde el grupo con mayor exposición muestra puntuaciones menores que el grupo de sin exposición. Por otro lado, destaca el hecho de que no existen diferencias entre grupos en la conducta prosocial y las disposiciones a la resiliencia. Considerando que existe un contexto de riesgo, y muestran puntuaciones de disposiciones a la resiliencia similares, así como de conducta prosocial, se puede indicar que el grupo con mayor exposición se adapta a su contexto de riesgo pues tiene alto puntaje de disposiciones a la resiliencia y no baja su conducta prosocial (Tabla IV).

Tabla IV. Diferencias entre los grupos de exposición (N = 161)

Variable	Mediana		
	Sin exposición n= 92	Mayor exposición n= 69	
Violencia en casa	0	1.3333	p=0.001***
Bienestar psicológico	3.0000	2.5000	p=0.009**
Conducta prosocial	2.4615	2.2308	p=0.589
Disposiciones resiliencia	2.8500	2.6500	p=0.094
Apoyo social	3.0789	2.5789	p=0.001***
Familia	3.4000	2.4000	p=0.001***
Amigos	3.3333	2.8333	p=0.013**
Otros	2.7500	2.23750	p=0.002**

*p≤0.05 **p≤0.01 ***p≤0.001

Sin exposición

Iniciando con el grupo sin exposición, este grupo estuvo conformado por 92 participantes, 47 de los cuáles fueron del sexo femenino (51%) y 41 masculino (44.56%), 4 participantes no respondieron a este dato (4.34%) y la media de edad fue de 13.46 (D.E. = 0.79).

Como se observa en la tabla V, se observan correlaciones positivas estadísticamente significativas entre el bienestar psicológico y la conducta prosocial (0.517, $p \leq 0.001$). Así como con relación a los factores protectores, donde las disposiciones a la resiliencia se correlacionan de forma positiva tanto con el bienestar psicológico (0.626, $p \leq 0.001$) y con la conducta prosocial (0.554, $p \leq 0.001$). Mientras que el apoyo social total (0.513, $p \leq 0.001$), de amigos (0.520, $p \leq 0.001$), y de otros (0.407, $p \leq 0.001$) se correlacionan de forma positiva con el bienestar psicológico. De forma similar a la muestra total, el apoyo familiar no muestra una correlación significativa con la conducta prosocial, más sí el apoyo de amigos (0.616, $p \leq 0.001$), y de otros (0.330, $p \leq 0.001$), aunque en este caso tampoco la hay con el bienestar psicológico.

Tabla V. Índices de correlación entre las variables en el grupo sin exposición a la violencia (n = 92)

	Bienestar	C. Prosocial	Disp. Res.	A. Total	A. Fam.	A. Amig	A. Otros
Bienestar	1						
C. Prosocial	0.517***	1					
Disp. Res.	0.626***	0.554***	1				
A. Total	0.513***	0.454***	0.586***	1			
A. Fam.	0.199	0.004	0.328***	0.529***	1		
A. Amigos	0.520***	0.616***	0.382***	0.777***	0.138	1	
A. Otros	0.407***	0.330***	0.388***	0.891***	0.363***	0.557***	1

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Bienestar = Bienestar psicológico; C. Prosocial = Conducta prosocial; Disp. Res. = Disposiciones a la resiliencia;
 A. Total = Apoyo social total; A. Fam. = Apoyo social familiar; A. Amig = Apoyo social de amigos;
 A. Otros = Apoyo social amigos

Mayor exposición

El grupo de mayor exposición está conformado por 69 participantes, 39 de los cuales fueron del sexo femenino (56%) y 30 masculino (43%), hubo un participante que no respondió este dato (1%), la media de edad fue de 13.66 (D.E. = 0.53).

Como se observa en la tabla VI, no existen correlaciones estadísticamente significativas entre el puntaje de violencia en casa total con el bienestar psicológico o la conducta prosocial. Por su parte, se observa que el bienestar psicológico y la conducta prosocial se correlacionan de forma positiva (0.457, $p \leq 0.001$) pero este índice es menor que el reportado por el grupo sin exposición (0.517) y ligeramente superior a lo reportado por la muestra total (0.449).

Con relación a los factores protectores las disposiciones a la resiliencia se correlacionan de forma positiva con el bienestar psicológico (0.696, $p \leq 0.001$) con un índice de correlación superior a la muestra total (0.619) y al grupo sin exposición (0.626). De igual forma se correlaciona con la conducta prosocial (0.572, $p \leq 0.001$) donde su índice de correlación es similar a la muestra total (0.586) y al índice del grupo sin exposición (0.554).

Continuando, los datos indican que existe correlación entre el apoyo social total y el bienestar psicológico (0.533, $p \leq 0.001$), esta correlación es ligeramente superior al grupo sin exposición (0.513) y menor que la muestra total (0.601). El apoyo social familiar se correlación de forma positiva con el bienestar (0.252, $p \leq 0.05$) mostrando un índice de correlación superior al de la muestra sin exposición donde no se correlacionó de forma significativa (0.199) y menor a la muestra total (0.374). El apoyo de amigos se correlacionó de forma similar con el bienestar (0.467, $p \leq 0.001$), reportando un índice menor al de la muestra sin exposición (0.520), pero inferior a la muestra total (0.524), por último, respecto al bienestar también se relaciona de forma positiva con el apoyo provisto por otros como maestros o instituciones (0.439, $p \leq 0.001$) se correlacionan de forma positiva con el

bienestar psicológico con un índice menor a la muestra total (0.498) y superior al grupo de sin exposición (0.407).

Finalmente, respecto al apoyo social y la conducta prosocial, los resultados señalan una tendencia donde el apoyo familiar no se correlaciona con la conducta prosocial ni en la muestra total ni en ambos grupos de exposición. Casi contrario al apoyo de los amigos donde se observa una correlación positiva con la conducta prosocial (0.511, $p \leq 0.001$), cuyo índice de correlación es menor al grupo sin exposición (0.616) y similar a la muestra total (0.526). de igual forma el apoyo provisto por otros mostró una correlación positiva (0.410, $p \leq 0.01$) cuyo índice de correlación es mayor al del grupo sin exposición (0.330) y a la muestra total (0.382).

Tabla VI. Índices de correlación entre las variables en el grupo con exposición a la violencia (n = 69)

	Bienestar	C. Prosocial	Disp. Res.	A. Total	A. Fam.	A. Amig	A. Otros	Exp. Casa
Bienestar	1							
C. Prosocial	0.457***	1						
Disp. Res.	0.696***	0.572***	1					
A. Total	0.533***	0.412**	0.354***	1				
A. Fam.	0.252*	0.059	0.200	0.540***	1			
A. Amigos	0.467***	0.511***	0.467***	0.764***	0.156	1		
A. Otros	0.539***	0.410***	0.484***	0.834***	0.308**	0.464***	1	
Exp. Casa	-0.055	0.013	0.176	0.008	-0.082	-0.035	0.082	1

*p≤0.05 **p≤0.01 *** p≤0.001 Disp. Res. = disposiciones a la resiliencia

Bienestar = Bienestar psicológico; C. Prosocial = Conducta prosocial; Disp. Res. = Disposiciones a la resiliencia;

A. Total = Apoyo social total; A. Fam. = Apoyo social familiar; A. Amig = Apoyo social de amigos;

A. Otros = Apoyo social amigos

En la tabla VII se muestra la diferencia entre las variables por grupo de bienestar, donde se observa que no existe diferencias significativas en su exposición a la violencia ni en el apoyo social por parte de la familia, mientras que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables dependientes e independientes, donde el grupo con mayor bienestar tiende a tener mayores puntajes en todas las variables.

De acuerdo con las correlaciones mostradas en la tabla VI, para el modelo de regresión se consideraron las variables de disposiciones a la resiliencia, el apoyo social por parte de los amigos, la familia y otro, además se ajustó el modelo a su puntuación de exposición a la violencia.

El modelo de regresión logística resultante explica un 50% de la varianza (Nagelkerke R^2) y clasifica un 80% de la muestra, este modelo es estadísticamente significativo ($X^2(5) = 32.922, p \leq 0.001$). La tabla VIII indica los participantes con mayores disposiciones a la resiliencia tienen 7 veces más probabilidades de pertenecer al grupo de alto bienestar psicológico. ningún apoyo resultó significativo, aunque el apoyo de otros se acercó a la significancia.

Tabla VII. Diferencias entre las variables de acuerdo al grupo de bienestar perteneciente

(N = 69)

Variable	Mediana		
	Menor bienestar n= 27	Mayor bienestar n=42	
Violencia en casa	1.3333	1.3333	p=0.995
Bienestar psicológico	1.9305	3.0434	p=0.001***
Conducta prosocial	1.9915	2.6923	p=0.001***
Disposiciones resiliencia	2.2112	3.2448	p=0.001***
Apoyo social	2.2632	2.8421	p=0.001***
Amigos	2.4167	2.8421	p=0.001***
Familia	2.3000	2.6000	p=0.258
Otros	2.1250	2.8750	p=0.001***

*p≤0.05 **p≤0.01 *** p≤0.001

Tabla VIII. Resultados de análisis de regresión logística para la variable de bienestar

psicológico (n = 69)

	Coef.	Error Estándar	Wald	Odds ratio	95% C.I.	
					inferior	superior
Exp. Violencia	-0.202	0.575	0.123	0.817	0.265	2.524
Disp. Res.	2.044	0.644	10.07***	7.721	2.186	27.271
Apoyo amigos	0.334	0.392	0.725	1.397	0.647	3.015
Apoyo familia	-0.134	0.427	0.098	0.875	0.379	2.022
Apoyo otros	0.919	0.534	2.962	2.507	0.880	7.138

*p≤0.05 **p≤0.01 *** p≤0.001 Disp. Res. = disposiciones a la resiliencia

Grupo 0 = bajo bienestar; Grupo 1= Alto bienestar

La constante resulto significativa a $p \leq 0.001$

Los resultados de los análisis de diferencias entre el grupo de mayor y menor conducta prosocial indican que ambos grupos reportan la misma exposición a la violencia en el hogar. Por otra parte, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el bienestar psicológico, conducta prosocial, disposiciones a la resiliencia, el apoyo social total y de amigos, donde el grupo de mayor conducta prosocial presenta medianas superiores al grupo con menor conducta prosocial. Destaca que no existen diferencias entre los grupos en la variable de apoyo familiar.

A partir de las correlaciones reportadas para el modelo de regresión se consideraron las disposiciones a la resiliencia, el apoyo social de los amigos, de otros y se ajustó el modelo para la violencia en casa (tabla X).

El modelo resultante para la conducta prosocial resultó significativo ($\chi^2(4) = 32.647$, $p \leq 0.001$) y es capaz de explicar el 52% de la varianza (Nagelkerke R^2), categorizando correctamente un 81% de la muestra. En este caso, los participantes quienes presentan mayor puntaje en disposiciones a la resiliencia tuvieron 7.9 veces más probabilidades de pertenecer al grupo de conducta prosocial junto con quienes presentan mayor apoyo de los amigos tienen 3.5 más probabilidades de pertenecer al grupo de alta conducta prosocial.

Tabla IX. Diferencias entre las variables de acuerdo con el grupo de conducta prosocial perteneciente (N = 69)

Variable	Mediana		
	Menor	Mayor	
	Prosocial n= 32	Prosocial n= 55	
Violencia en casa	1.6111	1.5556	p=0.968
Bienestar psicológico	2.4167	2.7500	p=0.001***
Conducta prosocial	1.3077	2.6923	p=0.001***
Disposiciones resiliencia	2.2448	3.1000	p=0.001***
Apoyo social	2.3421	2.7368	p=0.001***
Amigos	2.3333	3.1667	p=0.001***
Familia	2.8000	2.6000	p=0.068
Otros	2.3125	2.5000	p=0.001***

*p≤0.05 **p≤0.01 *** p≤0.001

Tabla X. Resultados de análisis de regresión logística para la variable de conducta prosocial (N = 69).

	Coef.	Error Estándar	Wald	Odds ratio	95% C.I.	
					inferior	superior
Violencia en casa	-0.566	0.596	0.902	0.568	0.177	1.825
Disp. Res.	1.779	0.646	7.587**	5.923	1.670	21.003
Apoyo de amigos	1.255	0.466	7.244**	3.507	1.406	8.746
Apoyo de otros	0.003	0.507	0.000	1.003	0.371	2.709

*p≤0.05 **p≤0.01 *** p≤0.001 Disp. Res. = disposiciones a la resiliencia

Grupo 0 = baja conducta prosocial; Grupo 1= Alta conducta prosocial

La constante resulto significativa a $p \leq 0.05$

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, esta investigación cumple con su objetivo, así como con los objetos particulares pues se observan correlaciones estadísticamente significativas entre las variables tanto en la muestra total como en los grupos sin exposición y con exposición. Se encontró también la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de exposición para todas las variables de apoyo social y bienestar psicológico mas no en las disposiciones la resiliencia y la conducta prosocial, estas diferencias se muestran dado que el grupo expuesto reporta menores puntuaciones tanto en las variables protectoras como en el bienestar psicológico. Mientras que los resultados de regresión logística que confirman a las disposiciones a la resiliencia como un factor protector relacionado tanto con el bienestar psicológico y la conducta prosocial, así como el apoyo de los amigos como protector de la conducta prosocial, lo que supone su importancia para la promoción del bienestar y la conducta prosocial.

Respecto a las hipótesis se confirmó la hipótesis de las relaciones de las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social percibido con el bienestar psicológico y la conducta prosocial, estas relaciones resultan importantes dado que se dieron en una población expuesta a la violencia en el hogar. Mientras que la hipótesis de la relación negativa de la exposición a la violencia en el hogar y las variables solo se cumple en la muestra total donde la exposición a la violencia se relaciona de forma negativa con el bienestar psicológico.

En detalle, iniciando con las relaciones entre la exposición a la violencia en casa, las disposiciones a la resiliencia, el apoyo social percibido, el bienestar psicológico y la conducta prosocial en la muestra total, se observa que existe una correlación negativa entre la exposición en el hogar con el bienestar psicológico en la muestra total. Si bien estas correlaciones estadísticamente significativas son bajas, es importante considerarlas tanto para investigaciones futuras como para la prevención, pues la exposición a la violencia en el hogar en la adolescencia puede tener efectos importantes en el desarrollo de los

adolescentes, lo que puede llevar a problemas de salud mental en lo inmediato y la vida adulta (Franzese y col., 2014). Considerando como se presenta el bienestar en el desarrollo, donde las mediciones basales en la adolescencia van disminuyendo en cada etapa del desarrollo, especialmente entre los 15 y 44 años (Steptoe y col., 2014), el mostrar bajos niveles de bienestar en la adolescencia aunado a esta tendencia puede tener efectos negativos importantes en la vida si no se promueve el bienestar (Greenfield y Marks, 2010), pues se ha observado que el bajo bienestar en la adolescencia predice la depresión en la edad adulta, mientras el promover el bienestar desde etapas tempranas puede prevenir este problema y otras afectaciones en la adultez, por lo que resulta importante el aportar a la promoción del bienestar a partir de acciones como el mejoramiento de la relación familiar o las relaciones sociales así como de recursos personales (Wood y Joseph, 2010).

Respecto a las variables protectoras propuestas, las cuales nos permiten identificar donde es posible intervenir a nivel personal o comunitario, como se esperaba de acuerdo a la revisión bibliográfica las disposiciones a la resiliencia se correlacionan con el bienestar, y si bien esta relación no se había reportado previamente también con la conducta prosocial. Los estudios de Sagone y Caroli (2014a, 2014b) reportan que el mostrar características personales relacionadas a la adaptación riesgo tienen una relación positiva con el bienestar psicológico desde la adolescencia media hasta la adultez, postulando que quienes presentan características individuales que promueven la resiliencia resisten los efectos de un contexto adverso y muestran un mayor nivel de bienestar psicológico. Por su parte, las disposiciones a la resiliencia también se correlacionan con la conducta prosocial, en este caso, aunque no se han evaluado en conjunto previamente, se ha encontrado que las características disposiciones individuales relacionadas con la resiliencia como la religiosidad y el establecer y mantener metas e ideales predice el proveer ayudas a otras tanto de forma formal como el voluntariado como informal al apoyar a otros cercanos (Penner y col., 2005).

Investigaciones señalan que ciertas características individuales que se relacionan con la resiliencia en conjunto con el apoyo social promueven de forma importante la adaptación al riesgo (Flores y col., 2005; Ungar, 2015), situación que se observa en este

estudio, dado que tanto las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social se relacionan tanto con el bienestar psicológico y la conducta prosocial (en este caso exceptuando el apoyo familiar), por lo que resulta importante considerar ambas variables en las posibles intervenciones dirigidas a los adolescentes que se encuentran expuestos a la violencia en casa, además de que se confirma lo indicado en la teoría del desarrollo de la psicopatología respecto a que variables individuales o contextuales difícilmente tienen efectos protectores por si solas, aunque pueden existir excepciones, el conjunto de variables protectoras tiende a predecir de forma más efectiva la adaptación al riesgo (Cicchetti, 2013).

Continuado con la percepción de apoyo social, se observa que tanto el apoyo por parte de la familia, amigos y otros se correlacionan con el bienestar psicológico, lo cual concuerda con Orcasita y Uribe (2010) respecto a cómo el apoyo social de distintas personas se relaciona de forma importante con el bienestar psicológico de los adolescentes. Mientras que los resultados en cierta parte concuerdan con Romera y col. (2015) en relación a que el apoyo familiar sigue teniendo un papel en el bienestar a pesar de que los amigos empiezan a tener un papel más importante en el proceso de socialización del adolescente.

Por su parte, los resultados de esta investigación indicaron que el apoyo por parte de los amigos y de otros se correlacionan con la conducta prosocial, Wentzel y col. (2014) resaltan la importancia del apoyo de amigos y otros en el desarrollo de la conducta prosocial y como este proceso es recíproco entre los amigos, modelando entre si estas conductas, es decir, el contar con amigos prosociales modela la conducta prosocial y al ayudar a otras personas; el grupo de amigos también repetirá estas conductas, donde la motivación a la pertenencia al grupo prosocial entra en juego y permitirá mantener estas conductas. Mientras que el apoyo de otras personas fuera de la familia inmediata que mantienen relaciones sociales de calidad es un factor importante que predice la adaptación al riesgo en forma de conducta prosocial y disminución de la agresión en menores expuestos a la violencia en el hogar (Flores y col., 2005).

Un evento que se repite tanto en la muestra total como cuando se divide la muestra entre los expuestos y los no expuestos es que no se observa relación entre el apoyo familiar

y la conducta prosocial, caso similar a lo encontrado por Lee, Padilla-Walker, y Memmott-Elison (2016), quienes reportan que la correlación entre el apoyo familiar y la conducta prosocial es pequeña y significativa, pero a nivel de efectos no hay un efecto directo de esta variable sobre la conducta prosocial, sino que el efecto percepción de apoyo familiar sobre la conducta prosocial está mediada a partir de la selección de amigos prosociales y por la autorregulación, por lo que podrían considerarse estas dos variables en investigaciones posteriores para entender la dinámica del apoyo social familiar sobre la conducta prosocial en una muestra similar. Por otro lado, Lemos (2012) reporta una situación similar en jóvenes de 10 a 12 años que viven en situación de pobreza, en relación al apoyo emocional de la madre y el padre, donde no se encontraron relaciones predictivas entre el apoyo emocional y la conducta prosocial, pero se argumenta que el efecto del apoyo materno se encuentra sobre la protección de realizar conductas violentas de forma físicas o verbales y no la promoción de conductas prosociales.

Para finalizar con las correlaciones, se presenta una correlación entre el bienestar psicológico y la conducta prosocial, que es explicada por Martínez y col. (2010) respecto a la importancia de la conducta prosocial tanto en la salud física como psicológica. Estudios recientes realizados por Nelson y col. (2016), indican que las conductas de ayuda a otros afectan de forma positiva al bienestar propio, lo que podría dar paso a considerar la conducta prosocial en un doble papel en los programas dirigidos a intervenir en la problemática de la violencia, el primero como un indicador de competencia social y de adaptación al riesgo y el segundo como promotor del bienestar en los adolescentes.

En relación a la agrupación de los participantes de acuerdo a su exposición a la violencia en el hogar, se observa que las puntuaciones entre los grupos son muy diferentes, primeramente, en relación al bienestar psicológico toma importancia lo expuesto por Wood y Joseph (2010) respecto a la relación de los niveles de bienestar psicológico con problemas de salud mental, los niveles bajos que muestra el grupo expuesto implicaría una vulnerabilidad importante en los adolescentes en este grupo, pues los resultados indican que el grupo de mayor exposición total reporta menor bienestar psicológico, lo que a largo plazo podría reducir sus posibilidades de un desarrollo adaptativo (Keyes, 2006).

Los datos de la investigación no mostraron diferencias estadísticas en la conducta prosocial ni en las disposiciones a la resiliencia, lo que indica que hay un funcionamiento adaptativo similar entre los adolescentes no expuestos y los expuestos, y esto puede deberse a que, al no existir diferencias estadísticamente significativas en las disposiciones a la resiliencia, podrían en conjunto con el apoyo social posibilitar la adaptación en forma de conductas prosociales. Esto dado que los resultados indican que existen diferencias entre el apoyo social que percibe cada grupo de exposición, en donde se observa menor apoyo percibido en los adolescentes expuestos, también se ha reportado que la relación de atributos personales diferentes a los de este estudio y el apoyo social predice la adaptación al riesgo en forma de conductas prosociales (Flores y col., 2005). En este punto es importante considerar que la diferencia en puntuación de apoyo social percibido tiende a suceder en estudios sobre exposición a la violencia, donde los expuestos tienen una menor puntuación que aquellos con menor exposición o no expuestos (Eisman y col., 2015).

Ahora con relación al grupo expuesto a la violencia, se observa que se mantienen gran parte de las correlaciones de la muestra total, pero existen algunas particularidades como el hecho de que ya no se correlaciona la exposición en el hogar con las variables dependientes del estudio. Pero, como se observó en los resultados, los índices de correlación tienden a ser mayores a los índices del grupo sin exposición, a excepción de las correlaciones entre las disposiciones a la resiliencia y la conducta prosocial, así como el apoyo de amigos tanto con el bienestar psicológico y con la conducta prosocial.

Con respecto a las regresiones logísticas sobre el bienestar psicológico y la conducta prosocial, después de categorizar las variables y al comparar a quienes tienen mayor o menor bienestar en el grupo de expuestos a la violencia, se observa que aquellos con mayor bienestar también reportan mayores puntajes en las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social. En conjunto a estos resultados, el análisis de regresión logística sobre el bienestar psicológico al considerar las puntuaciones de exposición a la violencia en el hogar indica que, considerando las demás variables utilizadas en este estudio, solo las disposiciones a la resiliencia tienen una relación significativa en esta población y quienes tienen puntuaciones altas de disposiciones a la resiliencia tienen también una mayor

probabilidad de tener mayor bienestar psicológico, esto concuerda con lo presentado por otros estudios en población similar donde también se reportan efectos de las disposiciones a la resiliencia sobre el bienestar psicológico en una muestra de adolescente con sucesos de vida estresante, entre los cuales se encuentra la violencia en el hogar y donde se consideró también el apoyo social y otras variables protectoras en conjunto (Gonzales y Rivera, 2016). Este resultado también muestra como en literatura respecto a la importancia de las características individuales (es nuestro caso las disposiciones a la resiliencia) en la adaptación al riesgo, donde el haber desarrollado características individuales relacionadas con la resiliencia tiene efectos positivos sobre el bienestar psicológico que pueden mantenerse a lo largo de la vida (Sagone y Caroli, 2014a).

Esto suma a la evidencia de la importancia de las disposiciones a la resiliencia como un promotor del bienestar psicológico y en general como un factor protector ante situaciones de riesgo (Gaxiola, 2013), las cuales al ser características individuales pueden ser desarrolladas mediante intervenciones de promoción con un enfoque de salud pública, donde el objetivo sería desarrollar los potenciales individuales que promuevan al bienestar o desarrollo de competencias como la conducta prosocial en conjunto con la prevención de problemas en el desarrollo, lo que puede facilitar el aprendizaje de nuevas conductas y formas de enfrentar distintas situación así como evitar la estigmatización que puedan sufrir los adolescentes expuestos a la violencia (Winslos y col., 2013).

Por supuesto es importante considerar que, en los análisis de regresión de este estudio, si bien no hubo una correlación positiva entre el apoyo de distintas personas y el bienestar como variable dependiente, es importante no dejarlos al lado al momento de emprender programas de intervención en poblaciones en riesgo por la violencia (Krohn y col., 2014). Esta situación puede deberse a que como se observó en las tablas de diferencias, aquellas personas en el grupo de expuestos a la violencia tienen menores puntuaciones de apoyo social, por lo que puede existir un efecto de la violencia sobre el apoyo social que perciben los adolescentes (Eisman y col., 2015), lo que presenta una oportunidad de investigación con relación a esclarecer esta situación, así como buscar promover la búsqueda de apoyo por parte de los adolescentes expuestos en conjunto con la promoción

de las disposiciones a la resiliencia, pues de acuerdo a la teoría respecto a la adaptación al riesgo, las características individuales deben estar relacionadas con otras variables del contexto, caso que se observó en las correlaciones entre variables, para promover el desarrollo (Gaxiola y col., 2011). Por otra parte, es posible que, como indican los resultados de Gonzales y Rivera (2016), la relación del apoyo social con el bienestar psicológico se da cuando se consideran el apoyo de distintas personas en conjunto como una disponibilidad total, tomando en cuenta que en este estudio se obtuvieron relaciones entre el apoyo de distintas personas.

Para finalizar, respecto a la conducta prosocial, tomando en cuenta que se consideró su puntuación de exposición a la violencia en el hogar dentro del análisis de regresión, quienes presentan mayor conducta prosocial reportan también mayor apoyo social percibido de amigos y otros, así como mayor puntaje de disposiciones a la resiliencia, esto es importante dado que el análisis de regresión logística confirma que tanto las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social de amigos mostraron relación con la conducta prosocial, por lo que presentar niveles altos de estas variables hacen más probable el presentar mayor conducta prosocial. El nivel explicativo que tienen los análisis de regresión tomando en cuenta tanto las disposiciones a la resiliencia como el apoyo social de los amigos concuerda con la teoría del desarrollo de la psicopatología respecto a cómo el conjunto de variables protectoras de orden individual y contextual tienden a promover la adaptación al riesgo de forma efectiva (Flores y col., 2005; Zolkoski y Bullock, 2012), mientras que la presencia del apoyo social de amigos en conjunto con las disposiciones a la resiliencia puede referirse también al papel emergente de los amigos en la socialización de los adolescentes y como el tener amigos que promuevan conductas ligadas al desarrollo es primordial para el sostenimiento de estas conductas a lo largo de la adolescencia promoviendo la conducta prosocial a lo largo del desarrollo (Wentzel y col., 2014).

A partir de estos resultados y dado que la promoción a nivel comunitario de actividades prosociales durante el tiempo libre y escolar de los adolescentes tiene altos niveles de efectividad al ser parte de los programas con enfoque de salud pública dirigidos a la prevención de la violencia (Sood y Berkowitz, 2016), será primordial incluir la

promoción de las disposiciones a la resiliencia fomentando el desarrollo de estas características mediante actividades acordes a la edad y a las situaciones de riesgo en la que se encuentren los adolescentes (Gaxiola, 2013), así como la búsqueda de amigos prosociales que alienten y refuercen el actuar de forma prosocial tanto en el aula como en la comunidad (Wentzel y col., 2014), considerando que los adolescentes pasan gran parte de su tiempo en la escuela, será en este contexto donde podrían llevarse a cabo las intervenciones considerando la presencia de amigos y pares, además de que se considera un lugar idóneo para la implementación de estrategias de prevención e intervención dirigidas a prevenir los efectos de la violencia (Valdez-Santiago y col., 2013).

CONCLUSIONES

Los resultados mostrados en esta investigación reflejan aportaciones al estudio de la dinámica de los factores protectores que promueven el bienestar psicológico y la conducta prosocial en adolescentes mexicanos expuestos a la violencia en el hogar, además muestran una pequeña parte del amplio panorama de los efectos de la violencia en México, los cuales no han sido estudiados con debida atención en adolescentes. Resultados como la falta de relaciones entre el apoyo familiar y el apoyo social abre la discusión respecto al rol de la familia en el desarrollo de las conductas prosociales en poblaciones similares a la de este estudio donde existen resultados que concuerdan con esta investigación y otros que indican un rol importante de la familia en la conducta prosocial. Suma también al papel de las disposiciones a la resiliencia como un factor protector importante en la adaptación al riesgo en la adolescencia, en este caso con relación al bienestar psicológico y la conducta prosocial.

Respecto a la teoría del desarrollo de la psicopatología, la presencia de relaciones entre variables en una población en riesgo aporta al desarrollo teórico dado que se confirma la presencia de factores protectores que están aportando al desarrollo adaptativo de los adolescentes, en este caso, como ya se mencionó, son las disposiciones la resiliencia las que tienen un mayor efecto sobre el bienestar psicológico y la conducta prosocial, así como el apoyo de los amigos, lo que también promueve a esta teoría como una aproximación necesaria ante la compleja dinámica de la violencia tomando en cuenta que el modelo de salud pública para atender la situación requiere de una teoría que esclarezca las dinámicas entre variables y aporte también a las posibilidades de intervención.

Esto resulta importante ante la situación de violencia en México, pues es un problema importante de salud pública, en especial de aquellos que se encuentran en la etapa de la adolescencia pues la familia aun provee de necesidades como las afectivas, aun así, hay quienes presentan niveles altos de bienestar psicológico y conducta prosocial a pesar de ser víctima o testigo de la violencia en casa. Resulta necesario el desarrollo de

investigaciones y programas de intervención dirigidos a la promoción de los factores protectores donde se considera preciso el incluir la promoción de las disposiciones a la resiliencia y del apoyo social a los adolescentes en los posibles programas de prevención de la violencia en esta población, además, es necesario considerar el papel de la conducta prosocial, tanto como una alternativa a la violencia como un predictor del bienestar en futuras investigaciones.

Se espera que este estudio sean una base para investigaciones posteriores de tipo longitudinal que confirmen las relaciones aquí establecidas y que además evalúen otras variables como por ejemplo la autoestima, autorregulación, el funcionamiento familiar, pertenencia escolar, etc. (Jain y Cohen, 2013), que promuevan la salud de los adolescentes mexicanos en conjunto de las propuestas en este estudio, estas permitirán resultados con una población más numerosa y análisis estadísticos con mayor poder explicativo como análisis estructurales para establecer una dinámica en el tiempo de las variables que protegen de la exposición a la violencia, para así generar programas de prevención de los efectos de la violencia y de promoción de los factores protectores y conductas que promuevan el desarrollo saludable de los adolescentes, los cuales deberán de llevarse a cabo de la mano con los programas dedicados a la prevención y disminución de la violencia familiar, para llegar a una protección integral de la población que se enfrenta día a día a esta problemática.

Recomendaciones

A partir de estos resultados y para promover la investigación en el área se recomienda la realización de estudios longitudinales que permitan evaluar la dinámica de las variables propuestas en el tiempo y en distintas situaciones de violencia que se puedan dar, así como tomarlo en conjunto con otros contextos de exposición como la escuela y las calles, así como con variables que indiquen un desarrollo desadaptativo como la conducta violenta o la depresión para tener un panorama más amplio respecto a la dinámica de la

violencia, sus efectos y como las variables protectoras e indicadores de adaptación propuestos actúan junto a los efectos de la violencia. Además, de acuerdo con la revisión de literatura de este estudio surgen dos situaciones importantes que se deben considerar para futuros estudios. Primero, el papel que tienen las nuevas tecnologías de la comunicación y las redes sociales digitales como medio de exposición a la violencia. y segundo, evaluar la presencia del proceso de desensibilización a la violencia que se genera a partir de la exposición de medios de comunicación o la exposición constante en contextos como los abordados en este estudio, que puede tener efectos como la normalización de la violencia, la disminución de la angustia y la simpatía a las víctimas o la responsabilidad y conductas prosociales, así como un aumento en la gravedad de actos violentos (Igartua, 2002; Galán y Preciado, 2014; Mrug y col., 2016).

Alcances y limitaciones

Es importante considerar que este es un estudio transversal, mediante un muestreo no probabilístico, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Además, la muestra una vez dividida entre expuestos y no expuestos resulta pequeña. Por su parte, el abordar el contexto del hogar presenta la oportunidad de conocer más sobre los riesgos a los que pueden estar expuestos los adolescentes. Por último, esta investigación presenta una descripción de las relaciones entre la exposición a la violencia en el hogar y las disposiciones a la resiliencia y el apoyo social de familia, amigos y otros, como factores protectores. Se espera que estas variables se tomen en consideración durante el desarrollo de acciones dirigidas a la prevención de la violencia y en el desarrollo de investigaciones de tipo longitudinal enfocadas a continuar con el esclarecimiento del complejo fenómeno de la exposición a la violencia en adolescentes.

REFERENCIAS

- Aisenberg, E., Herrenkohl, T. 2008. Community violence in context: Risk and resilience in children and families. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 296–315. <https://doi.org/10.1177/0886260507312287>
- Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J.M., Ruiz-Velasco, S., Roque-Santiago, E. 2011. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, 53(3), 220–227.
- Alcántara, G. 2008. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004Cmo>
- Auné, S.E., Blum, D., Abal, J.P., Lozzia, G.S., Attorresi, H.F. 2014. La conducta prosocial: Estado actual de la investigación. *Perspectivas De Psicología*, 11(2), 21–33.
- Banco Mundial, Equipo para la Prevención de la Violencia. 2012. *La violencia juvenil en México Reporte de la situación, el marco legal y los programas*.
- Bandura, A. 1973. *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Becoña, E. 2006. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146.
- Bentler, P. M. 2006. *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, California: Multivariate Software, Inc. Retrieved from <http://84.89.132.1/~satorra/CourseSEMVienna2010/EQSManual.pdf>
- Brown, S.L., Brown, R.M. 2015. Connecting prosocial behavior to improved physical health: Contributions from the neurobiology of parenting. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.04.004>
- Callahan, M.R., Tolman, R.M., y Saunders, D.G. 2003. Adolescent Dating Violence Victimization and Psychological Well-Being. *Journal of Adolescent Research*, 18(6), 664–681. <https://doi.org/10.1177/0743558403254784>
- Caprara, G.V., Steca, P. 2007. Prosocial agency: the contribution of values and self-

- efficacy beliefs to prosocial behavior across ages. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 218–239. <https://doi.org/doi:10.1521/jscp.2007.26.2.218>
- Castillo, S., Sonia, M. 2014. Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, XLIV(4), 13–41.
- Cava, M.J., Buelga, S., Musitu, G., Murgui, S. 2010. Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15(1), 21–34.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2016. Health-Related Quality of Life: Well-being concepts. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control Division. 2015. *The Public Health Approach to Violence Prevention* (Vol. CS221239B). Retrieved from https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ph_app_violence-a.pdf
- Chu, P., Saucier, D.A., y Hafner, E. 2010. Meta-Analysis of the Relationships between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624–645.
- Cicchetti, D. 2006. Development and Psychopathology. In D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder and Adaptation* (pp. 1–23). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. 2013. Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children: Past, present, and future perspectives. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4), 402–422. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>.Annual
- Cicchetti, D., Rogosch, F. 2002. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. 1996. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Clatworthy, J. Buicl, D. Hankins, M. Weinan, J. y Horne, R. 2005. The use and reporting

- of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, 10, 329–358.
- Consejo Nacional de Poblacion y vivienda. 2010. Indice de marginacion por localidad 2010. www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010
- Cooley-Strickland, M., Quille, T.J., Griffin, R.S., Stuart, E.A., Catherine, P., Furr-holden, B. D. 2011. Efectos de la Exposición de los Adolescentes a la Violencia en la Comunidad: El Proyecto MORE Effects, 20(2), 131–148.
- Cuesta, M. Fonseca, E. Vallejo, G. y Muñiz, J. 2013. Datos perdidos y propiedades psicométricas en los tests de personalidad. *Anales de Psicología*, 29(1), 285-292.
- Curtis, A. C. 2015. Defining Adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2), 1–39.
- Dahlberg, L.L., Mercy, J.A. 2009. History of Violence as a Public Health Problem. *American Medical Association Journal of Ethics*, 11(2), 167–72. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2009.11.2.mhst1-0902>
- Deci, E.L., Ryan, R.M. 2008. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Eisenberger, N. 2013. An Empirical Review of the Neural Underpinnings of Receiving and Giving Social Support: Implications for Health. *Psychosom Med*, 75(6), 545–556. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829de2e7>
- Eisman, A.B., Stoddard, S.A., Heinze, J., Caldwell, C.H., Zimmerman, M.A. 2015. Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience. *Developmental Psychology*, 51(9), 1307–1316. <https://doi.org/10.1037/a0039501>
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. 2005. Adolescent Resilience: A Framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review Public Health*, 26(October), 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., Robertson, E. M. 2006. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care*, 15(2), 109–115.

- <http://doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
- Flores, E., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. 2005. Predictors of Resilience in Maltreated and Nonmaltreated Latino Children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338–351. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.2.338>
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A., Baltes, B. 2009. Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227–259. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000145>
- Franzese, R.J., Covey, H.C., Tucker, A.S., McCoy, L., y Menard, S. 2014. Adolescent exposure to violence and adult physical and mental health problems. *Child Abuse y Neglect*, 38(12), 1955–65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.017>
- Gaeta, M. L., Galvanovskis, A. 2011. Propensión a Conductas Antisociales y Delictivas en Adolescentes Mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 47–54. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440006>
- Galán Jiménez, J., Preciado Serrano, M. 2014. Desensibilización a la violencia una revisión teórica para la delimitación de un constructo. *Uaricha*, 11(25), 70–81.
- García, F., Włodarczyk, A., Reyes, A., San Cristobal, C., Solar, C. 2014. Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 12(2), 246–265.
- Gaxiola, J.C. 2013. Aportaciones conceptuales al estudio de la resiliencia. En J.C. Gaxiola Romero y J. Palomar (Eds.), *Estudios de Resiliencia en América Latina*, vol. 2 (pp. 1–26). Pearson, UNISON y Universidad Iberoamericana.
- Gaxiola, J.C. 2015. *Adaptación psicológica humana*. Mexico: Pearson.
- Gaxiola, J.C., Frías-Armenta, M., Hurtado-Abril, M., Salcido-Noriega, L., y Figueroa-Franco, M. 2011. Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del moroeste de México. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 16(662), 73–83.
- Gómez, H.H.L., Gómez-Maqueo, E.L., Durán, P.C. 2013. Confiabilidad y Validez de un Cuestionario de Exposición a la Violencia para Jóvenes Validity and Reliability of a Exposure to Community Violence in Youth Questionnaire. *Acta de Investigación*

- Psicológica*, 3(1), 1005–1017. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70948-7](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70948-7)
- Gómez, H., Gómez-Maqueo, E. 2013. Exposición a la violencia en la comunidad en adolescentes estudiantes: una aproximación cualitativa. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 10(25), 68–75.
- González, N., José, V., Zavala, Y. 2008. Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 13(1), 41–52. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/292/29213104/>
- González, S., Rivera, M.A. 2016. Efectos del apoyo social, resiliencia y competencia social en el bienestar psicológico de adolescentes de sectores vulnerables, con eventos de vida estresantes. En J. C. Gaxiola Romero y J. Palomar Lever (Eds.), *El Bienestar Psicológico: una mirada desde Latinoamérica* (1st ed., pp. 33–60). Hermosillo, Mexico: Quartuppi.
- González, M.E., Maya, J. 2012. Tendencia a la violencia familiar hermosillo. En M. Gálvez, M. López, J. Romero, y C. Arvizu (Eds.), *Memorias del V coloquio tendencias actuales del derecho* (pp. 1–13). Hermosillo, Mexico: Universidad de Sonora.
http://www.juridicaformativa.uson.mx/memorias/v_coloquio/doc/penal/GOZALEZ_RODRIGUEZ_Y_MAYA_RODRIGUEZ.pdf
- Gottlieb, B. 1983. *Social support strategies*. Beverly Hills, USA: Sage publications.
- Greenfield, E.A., Marks, N F. 2010. Child Abuse y Neglect Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse y Neglect*, 34(3), 161–171.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.012>
- Guerra, N., Dierkhising, C. 2011. The Effects of Community Violence on Child Development. En R. E. Tremblay, M. Boivinn, y R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Guerrero, R. 2008. ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil? *Salud Pública de México*, 50(sup. 1), 86–92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10608905C>
- Hernández-Pozo, M.R., Calleja, N., Vera, E., Fuentes, B. 2015. Exposición a la violencia

- en adultos mexicanos: análisis psicométrico de un instrumento corto. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5(2), 37–48. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/2830/283048874002/>
- Híjar-Medina, M., López-López, M.V., y Blanco-Muñoz, J. 1997. La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México*, 39(6), 565–572. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341997000600010>
- Hoorn, J.,Dijk, E. Meuwese, R., Rieffe, C., Crone, E.A. 2014. Peer Influence on Prosocial Behavior in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/jora.12173>
- Igartua, J.J. 2002. Teorías sobre los efectos de la violencia en los medios : una revisión. *Cultura Y Educación*, 14(1), 17–32. <https://doi.org/10.1174/113564002317348084>
- Inglés, C.J., Martínez-monteaudo, M.C., Delgado, B., María, S., Redondo, J., Benavides, G., y García-fernández, J.M. 2008. Prevalencia de la conducta agresiva , conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia Y Aprendizaje*, 21(4), 37–41. <https://doi.org/10.1174/021037008786140968>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2016a. *Estadísticas a Propósito Del... Día Internacional De Las Personas De Edad*. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2016b. Mortalidad: defunciones por homicidios. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Irwin, C.E., Burg, S.J., Cart, C.U. 2002. America’s Adolescents : Where Have We Been, Where Are We Going ? *Journal of Adolescent Health*, 31, 91–121.

- Jain, S., Buka, S.L., Subramanian, S.V, y Molnar, B.E. 2012. Protective Factors for Youth Exposed to Violence: Role of Developmental Assets in Building Emotional Resilience. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 10(1), 107–129. <https://doi.org/10.1177/1541204011424735>
- Jain, S., y Cohen, A.K. 2013. Behavioral Adaptation Among Youth Exposed to Community Violence: A Longitudinal Multidisciplinary Study of Family, Peer and Neighborhood-Level Protective Factors. *Prevention Science*, 14(6), 606–617. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0344-8>
- Keyes, C. 2006. Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Krohn, M.D., Lizotte, A.J., Bushway, S.D., Schmidt, N.M., Phillips, M.D. 2014. Shelter During the Storm: A Search for Factors That Protect At-Risk Adolescents From Violence. *Crime y Delinquency*, 60(3), 379–401. <https://doi.org/10.1177/0011128710389585>
- Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L., Zwi, A. 2002. The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Lee, C., Padilla-walker, L.M., Memmott-elison, M.K. 2016. The role of parents and peers on adolescents' prosocial behavior and substance use. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/0265407516665928>
- Lemos, V. 2012. Estilos parentales, conducta prosocial y estabilidad emocional en niños vulnerabilidad social por pobreza. En J. Palomar Lever y J. C. Gaxiola Romero (Eds.), *Estudios de Resiliencia en América Latina, vol. 1* (pp. 11–22). Ciudad de México: Pearson, UNISON y Universidad Iberoamericana.
- López, M., Caso, J., Cantú, V. 2011. Análisis Psicométrico Del Cuestionario De Exposición A La Violencia (Cev): Caso De Los Estudiantes De Secundaria En Baja California. In Consejo Mexicano de Investigación Educativa (Ed.), *Memoria electrónica del XI congreso Nacional en Investigación Educativa*. Mexico D.F. <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/index.htm>
- Lösel, F., Farrington, D.P. 2012. Direct Protective and Buffering Protective Factors in the

- Development of Youth Violence. *AMEPRE*, 43(2), S8–S23.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.029>
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. 2000. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Martínez, A.E., Inglés, C.J., Piqueras, J.A., y Oblitas, L.A. 2010. Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 28(1), 74–84.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3329331&info=resumen&idioma=ENG>
- Masten, A.S. 2001. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.227>
- Masten, A.S. 2014. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth, 85(1), 6–20.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Matsunaga, M. 2011. How to factor-analyze your data right: do's, don'ts, and how-to's. *International Journal of Psychological research*, 3(1), 97-110.
- Mendez, F., Mendoza, C., Rodriguez, L., Garcia, M. 2015. Conducta prosocial en alumnos de secundaria: validación de una escala prosocial. *VERTIENTES Revista Especializada En Ciencias de La Salud*, 18(8), 9–16.
- Mohd, N. y Bee, Y. 2011. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
- Moreira, V., Sánchez, A., Mirón, L. 2010. El grupo de amigos en la adolescencia relación entre afecto, conflicto y conducta desviada. *Boletín de Psicología*, (100), 7–21.
- Mrug, S., Madan, A., Windle, M. 2016. Emotional Desensitization to Violence Contributes to Adolescents' Violent Behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 44(1), 75–86.
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-9986-x>
- Muñoz, G. 2008. Violencia escolar en México y en otros países, comparaciones a partir de los resultados del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(39), 1195–1228. Retrieved from

- <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v13n39/v13n39a8.pdf>
- Musitu, G., Cava, M.J. 2003. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 12(2), 179–192.
- Nelson, S.K., Layous, K., Cole, S.W., Lyubomirsky, S. 2016. Do Unto Others or Treat Yourself? The Effects of Prosocial and Self-Focused Behavior on Psychological Flourishing. *Emotion*, 16(6), 850–861. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/emo0000178>
- Nieva, V. F. Sorra, J. 2003. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safe Health Care*, 12 (supl), ii17-ii23.
- Norusis, M. 2012. *IBM SPSS Statistics 19 Guide to Data Analysis*. Pearson, U.S.A.
- Obsuth, I., Eisner, M.P., Malti, T., Ribeaud, D. 2015. The developmental relation between aggressive behaviour and prosocial behaviour: A 5-year longitudinal study. *BMC Psychology*, 3(16), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0073-4>
- Office of the Surgeon General, National Center for Injury Prevention and Control Division, National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Services. 2001. *Youth Violence: A Report of the Surgeon General*. Rockville (MD): Office of the Surgeon General. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44294/>
- Orcasita, L., Uribe, A. 2010. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de La Disciplina.*, 4(118), 69–82.
- Organización Mundial de la Salud. 1948. *Preámbulo a la constitución de la organización mundial de la salud*. <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización Mundial de la Salud. 2014. Desarrollo en la adolescencia. Retrieved May 10, 2016, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Orue, I., Calvete, E. 2010. Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 279–292.
- Penner, L.A., Dovidio, J.F., Piliavin, J.A., y Schroeder, D.A. 2005. Prosocial Behavior: Multilevel Perspectives. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 14.1-14.28. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070141>

- Pérez, C., Sánchez, M., Martínez, A., Colón, H., Morales, A. 2016. Violencia comunitaria: programas basados en la evidencia como alternativa para su mitigación. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 26–42.
- Red por los Derechos de la Infancia en México. 2010. *La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales*. Ciudad de México.
- Red por los Derechos de la Infancia en México. 2014. *La Infancia Cuenta en México 2014*. Ciudad de México. http://derechosinfancia.org.mx/documentos/ICM_Digital.pdf
- Redondo, J., Rueda, S., Amado, C. 2013. Conducta Prosocial : Una Alternativa a las Conductas Agresivas. *Revista NVESTIGIUM IRE: Ciencias Sociales Y Humanas*, 4(1), 234–247.
- Rigby, K. 2000. Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 27, 57–68. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0289>
- Romera, V., Pereira, Z., Coimbra, S. 2015. Social Skills, Social Support and Well-Being in Adolescents of Different Family Configurations. *Paidea*, 25(60), 9–18. <https://doi.org/10.1590/1982-43272560201503>
- Rutherford, A., Zwi, A.B., Grove, N.J., Butchart, A. 2007. Violence: a glossary. *Journal of Epidemiology yamp; Community Health*, 61(8), 676–680. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.043711>
- Ryff, C.D. 1989. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality y Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C.D. 2013. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Sagone, E., Caroli, M. 2014a. A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Well-being, and Coping Strategies in University Students. *American Journal of Educational Research*, 2(7), 463–471. <https://doi.org/10.12691/education-2-7-5>

- Sagone, E., Caroli, M. 2014b. Relationships Between Psychological Well-Being And Resilience In Middle And Late Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 141, 881–887. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.154>
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., Parra, Á. 2006. Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 37–41. <https://doi.org/10.1174/021347406778538230>
- Steptoe, A., Deaton, A., Stone, A.A. 2014. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 6736(13), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Suárez, L., Menkes, C. 2006. Violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 611–619. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/09.pdf>
- Twenge, J.M., Baumeister, R.F., Dwall, C.N., Ciarocco, N.J., Bartels, J.M. 2007. Social Exclusion Decreases Prosocial Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.1.56>
- Ungar, M. 2015. Practitioner review: Diagnosing childhood resilience - A systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(1), 4–17. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12306>
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-íñiguez, M., Rivera-Rivera, L., Ramos-Lira, L. 2013. Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud Publica de Mexico*, 55(SUPPL.2), 259–266. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a24.pdf>
- Valenzuela, E. 2016. *Relación de las prácticas parentales y la resiliencia en el bienestar psicológico de los adolescentes (Tesis de Maestría)*. Universidad de Sonora.
- Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. 2008. Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of Competence. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11, 30–58. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0031-2>
- Villalobos, A. 2009. *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo*

- explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales*. Universidad de Costa Rica.
- Wentzel, K., Fillisetti, L., McNamara, C. 2014. Prosocial Behavior. In R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 2188–2195). <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2>
- Werner, E. 2013. What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? En S. Goldstein y R. Brooks (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (2nd ed., pp. 87–102). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4>
- Winefield, H.R., Gill, T.K., Taylor, A.W., Pilkington, R.M. 2012. Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both ? *Psychology of Well-Being*, 2(3), 1–14. <http://www.psywb.com/content/content/2/1/3>
- Winslow, E.B., Sandler, I.N., Wolchik, S.A., Carr, C. 2013. Building Resilience in All Children: A Public Health Approach. En S. Goldstein y R. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2nd ed., pp. 559–580). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_27
- Wood, A.M., Joseph, S. 2010. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- World Health Organization. 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1136/ip.9.1.93>
- World Health Organization. 2015. *Preventing youth violence: an overview of the evidence*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf
- Zolkoski, S.M., y Bullock, L.M. 2012. Children and Youth Services Review Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>



UNIVERSIDAD DE SONORA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

El objetivo del presente estudio es identificar la percepción de los adolescentes sobre diversos aspectos de sus vidas. El conocimiento que se obtenga será utilizado para elaborar programas futuros que mejoren el bienestar personal de los adolescentes.

La participación del estudiante en esta investigación no genera ningún riesgo individual, físico o psicológico. Su eventual participación no le aportará beneficios individuales, pero los resultados del proyecto ayudarán a explicar el comportamiento de los adolescentes, por lo cual serán difundidos en artículos científicos.

La información que se obtenga de este estudio es totalmente confidencial. La participación del estudiante es voluntaria y puede retirarse de la investigación en el momento que lo considere, esta decisión no traerá ningún tipo de efecto en el estudio ni penalidad alguna, ni afectará las calificaciones del alumno.

El participante tiene derecho a conocer los resultados si así lo solicita.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Participante: Yo _____ **No. de folio** _____ declaro que se me ha explicado y he comprendido la información sobre el objeto de estudio, los riesgos, beneficios y manejo de la confidencialidad; y he tenido la oportunidad de hacer las preguntas al respecto.

También he sido informado que mi participación es confidencial y voluntaria y que al negarme a participar no implica ninguna penalidad. Autorizo que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas.

Se me informó, además, la importancia que tiene mi participación en el estudio, me mostró los instrumentos que se aplicarán, también entendí que mi participación no afectará mis calificaciones. Pude comprender que la aplicación de los instrumentos no generará ningún riesgo individual, físico o psicológico, por lo cual al firmar autorizo mi participación en el estudio.

Fecha: _____

Firma del participante

Investigador: Yo _____ declaro que he explicado, discutido y respondido las preguntas al participante, con respecto a los propósitos, riesgos, beneficios y manejo de la confidencialidad frente a la información personal y manejo de los resultados del estudio.

Sexo:  ()  ()

MUJER HOMBRE

EDAD: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

Mamá

Papá

Edad:

Edad:

Último grado de escuela terminado:

Último grado de escuela terminado:

Ocupación (En qué trabaja o a qué se dedica):

Ocupación (En qué trabaja o a qué se dedica):

Estado Civil (subraya la opción):

Estado Civil (subraya la opción):

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Divorciada
- d) Unión Libre
- e) Viudo

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Divorciado
- d) Unión Libre
- e) Viudo

Colonia donde vives (solo tu colonia):

Las siguientes preguntas se refieren a cosas que han podido pasar en tu escuela, en la calle, en tu casa o que hayas visto en la televisión. Marca el número que elijas junto a la frase.						
	0	1	2	3	4	
	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días	
Con que frecuencia has visto como una persona pegaba o dañaba físicamente a otra persona en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4
	La televisión	0	1	2	3	4
Con que frecuencia te han pegado o dañado físicamente a ti en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4
Con que frecuencia has visto como una persona amenazaba con pegarle a otra en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4
	La televisión	0	1	2	3	4

Con que frecuencia te han amenazado con pegarte a ti en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4
Con que frecuencia has visto como una persona insultaba a otra en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4
	La televisión	0	1	2	3	4
Con que frecuencia te han insultado a ti en	La escuela	0	1	2	3	4
	La calle	0	1	2	3	4
	Casa	0	1	2	3	4

Describe que tan de acuerdo estás con las siguientes oraciones.		Nada	Un poco	Regular	Mucho	Totalmente
Respondiendo como eres, NO como te gustaría ser.						
1	Te sientes capaz de resolver tus problemas	0	1	2	3	4
2	Mantienes relaciones cercanas con tus amigos	0	1	2	3	4
3	Has alcanzado metas que te has propuesto en la vida	0	1	2	3	4
4	Eres capaz de expresar libremente tus opiniones	0	1	2	3	4
5	Tus amigos confían en ti	0	1	2	3	4
6	Te sientes satisfecho(a) con tu vida	0	1	2	3	4
7	Últimamente ha mejorado tu forma de ser	0	1	2	3	4
8	Has sido capaz de construir una vida a tu gusto	0	1	2	3	4
9	Te gusta aprender cosas nuevas que te ayuden en tu vida	0	1	2	3	4
10	Disfrutas de hacer planes futuros para tu vida	0	1	2	3	4
11	Te gusta tu forma de ser	0	1	2	3	4
12	Te sientes útil e importante en tu vida	0	1	2	3	4

A continuación, por favor encierra con un círculo qué tanto les que vivieron con su familia antes de estar aquí. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Por favor respondan como fueron ustedes, no como les hubiera gustado ser.		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
13	Hablo con alguien que está triste y lo consuelo tanto tiempo como sea necesario.	0	1	2	3	4
14	Tranquilizo a un compañero nervioso.	0	1	2	3	4
15	Doy ánimo a un compañero.	0	1	2	3	4
16	Me pongo en el lugar del otro que está pasando una situación difícil.	0	1	2	3	4
17	Resto importancia a las causas de una discusión cuando sea posible	0	1	2	3	4
18	Comparto la tristeza de los otros.	0	1	2	3	4
19	Callo mientras alguien habla.	0	1	2	3	4

20	Escucho a los compañeros de clase y a los profesores cuando explican cualquier cosa.	0	1	2	3	4
21	Dejo lo que estoy haciendo con el fin de escuchar a alguien que habla.	0	1	2	3	4
22	Me comporto de forma adecuada con todos, independientemente de su sexo o raza.	0	1	2	3	4
23	Permito a los compañeros que utilicen mi material y mis juegos.	0	1	2	3	4
24	Comparto datos, información y apuntes con los compañeros de clase	0	1	2	3	4
25	Explico a los compañeros alguna experiencia (historia, anécdota) personal.	0	1	2	3	4
26	Explico a los otros las reglas del juego, cuando no las acaban de entender.	0	1	2	3	4
27	Dejo mis juegos u otros objetos personales a los compañeros de la clase	0	1	2	3	4
28	Ayudo a un compañero con un problema físico (un brazo o una pierna rotos, un parche en el ojo,...) a realizar una tarea con la que tenga dificultades	0	1	2	3	4
29	Ayudo a un compañero con dificultades a realizar una actividad manual.	0	1	2	3	4
30	Acompaño a una persona herida a la enfermería o a un profesor cercano.	0	1	2	3	4
31	Ayudo a un compañero a evitar situaciones peligrosas (caer de la silla, resbalar, ...).	0	1	2	3	4
32	Hago todo lo posible para que la gente se sienta a gusto dentro del grupo.	0	1	2	3	4
33	Actúo como mediador en los conflictos dentro del grupo.	0	1	2	3	4
34	Contribuyo a la creación de un clima de armonía.	0	1	2	3	4

En la siguiente lista de afirmaciones por favor indica qué tanto te describen en el último mes cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Responde como has sido, no como te gustaría ser		Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
		0	1	2	3	4
35	Vi lo positivo de la vida y de las cosas que me pasaron	0	1	2	3	4
36	Busqué el apoyo de otros cuando necesité de su ayuda	0	1	2	3	4
37	Mantuve el sentido del humor aún en las situaciones más difíciles	0	1	2	3	4
38	Traté constantemente de mejorar mi vida	0	1	2	3	4
39	Cuando hubo problemas los enfrenté inmediatamente	0	1	2	3	4
40	Busqué estar con las personas con las que puede aprender cosas positivas	0	1	2	3	4
41	Intenté aprender algo positivo incluso de los problemas que enfrenté	0	1	2	3	4
42	A pesar de mis problemas procuré ser feliz	0	1	2	3	4
43	Mi fe religiosa me ayudó a superar mis problemas	0	1	2	3	4
44	Fuí capaz de sonreír a pesar de los problemas que tuve	0	1	2	3	4
45	Por más difíciles que fueron las situaciones en mi vida fui capaz de enfrentarlas	0	1	2	3	4
46	Tuve metas y aspiraciones en la vida	0	1	2	3	4
47	Pensé que el futuro sería mejor que el presente	0	1	2	3	4
48	Hice lo posible para cumplir con las metas y aspiraciones de mi vida	0	1	2	3	4
49	Estuve segura de mi misma en lo que hice	0	1	2	3	4
50	Para mí los problemas fueron un reto que superar	0	1	2	3	4
51	Mis creencias religiosas le dieron sentido a mi vida	0	1	2	3	4
52	Luché hasta conseguir lo que quise	0	1	2	3	4
53	Creí que tendría éxito en lo que hice	0	1	2	3	4
54	Me consideré capaz de resolver o superar los problemas de mi vida	0	1	2	3	4

A continuación, encontrarás una serie de oraciones que usarás para describirte		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
55	Cuando tengo un problema, puedo contárselo a mis amigos(as).	0	1	2	3	4
56	Cuento con mis amigos(as).	0	1	2	3	4
57	Mis amigos(as) y compañeros(as) me han dado buenos consejos.	0	1	2	3	4
58	Me siento aceptado por mis compañeros(as).	0	1	2	3	4
59	Cuando estoy triste o tengo algún problema, mis amigos(as) y compañeros(as) logran hacerme sentir mejor.	0	1	2	3	4
60	Tengo buenos amigos(as) en quienes puedo confiar.	0	1	2	3	4
61	En mi familia nos ayudamos unos a otros.	0	1	2	3	4
62	En mi familia nos tratamos con cariño y respeto.	0	1	2	3	4
63	En mi familia cada quien está en sus cosas, sin preocuparnos mucho por los demás.	0	1	2	3	4
64	Me siento valorado(a) por mi familia.	0	1	2	3	4
65	Si tuviera un problema no dudaría en recurrir a mi familia.	0	1	2	3	4
66	Tengo personas que me apoyan.	0	1	2	3	4
67	Tengo personas de confianza, además de mi familia y amigos(as).	0	1	2	3	4
68	Me siento querido(a) y apoyado(a) por otras personas, además de mi familia y amigos(as).	0	1	2	3	4
69	Me llevo bien con los (las) profesores(as).	0	1	2	3	4
70	Cuento con el apoyo de alguna institución de gobierno o institución religiosa.	0	1	2	3	4
71	Estoy seguro(a) de que hay gente que confía en mí.	0	1	2	3	4
72	Cuento con algún apoyo por parte de la escuela.	0	1	2	3	4
73	Sólo cuento conmigo mismo(a).	0	1	2	3	4

¡MUCHAS GRACIAS!