



Facultad de Educación y Humanidades  
Departamento de Ciencias Sociales  
Psicología

# **CONDUCTAS DE CONTROL, SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA, FELICIDAD SUBJETIVA EN RELACIONES DE POLOLEO JUVENILES**

**Memoria para optar al Título de Psicólogo**

## **Autores:**

Camilo Alejandro Cortez Barbagelata

Ismael Neftali Donoso González

## **Profesora Guía:**

Claudia Vásquez Rivas

**Diciembre, 2018  
Universidad del Bío Bío  
Chile, Chillán**

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
II.1.	Planteamiento del problema.....	5
II.2.	Justificación.....	7
II.3.	Preguntas de Investigación primaria y secundarias .....	9
II.4.	Objetivos General y Específicos.....	9
II.4.1.	Objetivo general.....	9
II.4.2.	Objetivos específicos.....	9
III.	MARCO REFERENCIAL .....	10
III.1.	Antecedentes teóricos.....	10
III.1.1.	Violencia.....	10
III.1.1.1.	Conductas de Control .....	13
III.1.1.2.	Impacto .....	14
III.1.1.3.	Violencia en Jóvenes .....	14
III.1.2.	Definición de juventud .....	15
III.1.2.1.	Cambios a nivel Biológico .....	18
III.1.2.2.	Cambios a nivel emocional .....	19
III.1.2.3.	El duelo en la adolescencia.....	20
III.1.2.4.	Ilusión ante la madurez .....	20
III.1.2.5.	Tareas de la juventud.....	21
III.1.2.6.	Salud mental en jóvenes .....	23
III.1.3.	Depresión .....	25
III.1.3.1.	Depresión desde el enfoque Psicodinámico .....	31
III.1.3.2.	El modelo cognitivo de la depresión.....	32
III.1.3.3.	Concepto de triada cognitiva.....	32
III.1.3.4.	Organización estructural del pensamiento negativo.....	33
III.1.3.5.	Errores de procesamiento de la información.....	34
III.1.3.6.	Predisposición y desencadenamiento de la depresión .....	36
III.1.3.7.	Depresión en jóvenes .....	37
III.1.3.8.	Factores de protección.....	38
III.1.3.9.	Consecuencias del trastorno depresivo en jóvenes .....	39
III.1.4.	Felicidad .....	39

III.1.4.1. Felicidad en la pareja: .....	43
III.1.4.2. Felicidad en la juventud .....	44
III.2. Antecedentes Empíricos .....	45
III.3. Marco Epistemológico/reflexividad .....	49
IV.    Diseño Metodológico .....	49
IV.1. Metodología y Diseño de investigación.....	49
IV.2. Hipótesis .....	50
IV.3. Técnicas de Recolección de Información .....	50
IV.4. Instrumentos .....	50
IV.5. Población / Muestra .....	52
IV.6. Análisis de Datos propuesto .....	52
IV.7. Criterios de Calidad .....	52
IV.8. Aspectos Éticos .....	53
V.    Presentación de los resultados.....	54
V.1. Caracterización de la Muestra .....	55
V.2. Cuestionario de Violencia de Vizcarra y Póo (2011).....	60
V.2.1 Violencia Psicológica.....	62
V.2.2. Violencia Física .....	70
V.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) .....	77
V.4. Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999).....	79
V.5. Análisis correlacional .....	82
VI.    Conclusiones .....	84
VII.    REFERENCIAS .....	89
VIII.    ANEXOS .....	97
VIII.1. Solicitud .....	97
VIII.2. Consentimiento informado .....	98
VIII.3. Instrumentos .....	99

## I. INTRODUCCIÓN

El interés de los investigadores por el presente estudio nace producto de los datos que entrega el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2017 mediante un sondeo acerca de los jóvenes y las relaciones de pololeo que estos sostienen, en donde los jóvenes reportan recibir violencia por parte de sus parejas principalmente mediante conductas de control (INJUV 2017).

Junto a estos datos el INJUV instala la discusión en torno a la falta de protección que tienen los jóvenes hoy en día ante la violencia en este tipo de relaciones, señalando esto como un problema a nivel país (INJUV 2017).

Frente a esta situación, se observa que no se ha profundizado el fenómeno de la violencia en el pololeo en jóvenes, ya que no se dispone de una gran variedad de estudios (Ibáñez; Quilodrán; Santander; Vásquez, 2013). Producto de ello no se ha logrado delimitar las causas ni las consecuencias del fenómeno con exactitud (Ibáñez; Quilodrán; Santander; Vásquez, 2013).

Esto es de relevancia para los investigadores, considerando que nuestro país solo dispone con la ley de violencia intrafamiliar para la protección de las víctimas de este tipo de violencia y esta excluye las parejas que no cohabitan (Artículo 4° de la ley 19.968, 2004), por esto que actualmente se discute un proyecto de ley en el senado que busca sancionar la violencia en el pololeo (Proyecto de Ley sobre Violencia en la Pareja sin Convivencia, 2018).

Esta investigación busca tratar de comprender el fenómeno de la violencia en el pololeo juvenil desde la disciplina de la psicología, con el fin de potenciar las actividades dirigidas a la promoción y educación de la población juvenil.

## II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

### II.1. Planteamiento del problema

Las relaciones de tipo amorosa que constan de cierta formalidad y que se llevan a cabo antes del matrimonio, o pololeo como se conoce en Chile (Reiñanco, Sepúlveda, 2013), son habituales durante la juventud, convirtiéndose en las primeras experiencias de este tipo en el ámbito de la relación de pareja (INJUV 2017).

El Instituto Nacional de la Juventud señala que en el pololeo también se ha observado la presencia de violencia hacia la pareja, lo cual ha permitido evidenciar la falta de protección que tienen los jóvenes que se convierten en víctimas, dado que el pololeo no está considerado dentro de la Ley de violencia intrafamiliar (INJUV 2017).

Frente a estos antecedentes, el Instituto Nacional de la Juventud realiza en el año 2016, un sondeo para observar y cuantificar el fenómeno de la violencia en las relaciones de pololeo en jóvenes, considerando una muestra de 1.012 encuestados de entre 15 a 29 años. Dicho estudio caracterizó las conductas que son consideradas violentas por los jóvenes en una relación de pololeo, evidenciando un rechazo importante hacia actitudes o conductas relacionadas a la violencia física, mientras que las conductas orientadas al control sobre la pareja, tienden a no ser percibidas como violentas (INJUV 2017).

Junto a lo anterior, señala el INJUV (2017) que las conductas de control sobre la pareja, se estarían llevando a cabo en gran medida mediante el control de las redes sociales de la pareja, lo cual a su vez se posicionaría como una de las principales causas de discusiones y situaciones violentas en el pololeo.

Estas conductas de control, aparecen en instancias relacionadas a poner “me gusta” a fotos de amigos o amigas, tener entre los amigos de Facebook a una persona con la que se tuvo un romance anterior y producto de conversaciones en la aplicación “WhatsApp” (INJUV, 2017).

Para el INJUV es alarmante que los jóvenes que se encuentran en una relación de pololeo, reporten que sus parejas han revisado su celular, Facebook o

correos sin su autorización y que, a su vez reconozcan que han ejercido este tipo de conductas de control (INJUV 2015). Junto a ello, se reportan conductas asociadas al control de horarios, apariencia y círculo de amigos de la pareja (INJUV, 2017).

Por otra parte, el Servicio Nacional de la Mujer (2009), aporta con antecedentes en la misma dirección, dado que observaron la presencia de conductas de control en las parejas, asociadas a los celos, restricción de salidas, de la manera de vestir, de las compañías, o espontaneidad. Sin embargo, estas conductas no son percibidas como una forma de violencia por los jóvenes.

Frente a la realidad que ha observado el INJUV mediante su estudio, señala que este tipo de violencia íntima, es un problema que tendría impactos en la salud de los jóvenes (INJUV, 2017) y que se transforma en un factor de riesgo al considerar que puede transformarse en un patrón de conducta estable, comprometiendo la vida familiar o conyugal futura (O’Leary et al., 1989; Pederson y Thomas, 1992: citados en Vizcarra y Póo, 2011).

La violencia que se da en las relaciones fuera del matrimonio, se define según Sugarman y Hotaling (1989) como *dating violence* o violencia íntima, la cual consiste en un acto de violencia ejercida por al menos un miembro de una pareja no casada sobre el otro, dentro del contexto de una relación romántica. A nivel emocional tiene manifestaciones tales como insultos, humillaciones, negación de la relación y control de los vínculos familiares y sociales de la pareja (Poo, Vizcarra, 2008).

Esto puede generar consecuencias en las víctimas, tales como deterioro de la autoestima, inseguridad, sentimientos de culpa, aislamiento, bajo rendimiento académico e incremento del riesgo de abuso de sustancias. Así también, quienes ejercen la violencia, tienen el riesgo de repetir el modelo de interacción violenta en futuras relaciones (Poo, Vizcarra, 2008).

De esta manera, se puede dar cuenta de los diferentes daños que podría causar la violencia a nivel Psicológico, entre ellos la presencia de sintomatología depresiva, dado que la violencia presenta comorbilidad con trastornos depresivos (Zulic, 2016). Según lo referido por Nateria, Juárez, Medina, Tiburcio (2007), el

riesgo de sufrir depresión siendo víctima de violencia en una relación, es cuatro veces más elevada.

Observar este indicador en los jóvenes que mantienen una relación de pololeo, contrastaría con lo esperado, ya que según Argyle (1987), el hecho de tener pareja incrementaría la felicidad, al ser ésta una de las mayores fuentes de felicidad en las personas y considerando a la vez, que la felicidad correspondería a un factor protector de la sintomatología depresiva, según estudios de Seligman en el 2006 (Cuadra et al., 2010).

Es decir, se esperaría que en las relaciones de pololeo en jóvenes exista una menor presencia de sintomatología y un alto nivel de felicidad. No obstante, si ante la presencia de conductas de control no se observan los niveles de felicidad y de presencia de sintomatología esperados, podría indicar que a pesar de que los jóvenes no encuentren violento este tipo de conductas (INJUV 2017) no sería una situación indiferente en su salud.

## **II.2. Justificación**

La investigación en torno a las conductas de control en relaciones de pololeo juveniles y su posible relación con el nivel de felicidad y sintomatología depresiva, vienen a aportar el levantamiento de información enfocada a esta etapa del desarrollo de las personas en nuestro país, ya que los antecedentes apuntan a que los estudios en esta dirección no son muchos (Ibáñez, Quilodrán, Santander, Vásquez, 2013), con lo cual no se ha logrado determinar con exactitud las consecuencias de este tipo de violencia en los jóvenes. Esto último ha generado que, en la actualidad en nuestro país, no existan cuestionarios que midan este tipo de violencia, solo existiendo instrumentos que se enfocan al área física, sexual y psicológica, demostrando que el tema no ha sido profundizado (Ibáñez et al., 2013).

Aportar conocimiento empírico, será de utilidad para apoyar al esclarecimiento de posibles consecuencias asociadas a las conductas de control en relaciones de pololeo entre los jóvenes, ayudando a visibilizar la temática, pudiendo servir de impulso para futuros investigadores. junto ello, colaborar con un movimiento que permita la promoción y educación respecto al tema, dado que este

tipo de violencia tiende a solaparse principalmente en el uso de redes sociales (INJUV 2017) y ser normalizadas por los jóvenes mediante frases como “no me importa, no tengo nada que esconder” (INJUV, 2017)

Ya se ha estudiado que la violencia en el noviazgo puede ser cuantitativa y cualitativamente diferente de aquellas ejercidas en edades adultas (Rojas, 2013). Entre estas diferencias, podemos observar que las relaciones de pololeo en la juventud tiende a ser distintas en el compromiso (Rojas, 2013) y la duración o estabilidad, pues habitualmente son más breves o inestables, pudiéndose hallar incluso patrones cíclicos en cuanto su rompimiento y reanudación (Rojas, 2013).

Por otra parte, este estudio considera la variable sintomatología depresiva, fue seleccionada debido a que ya se ha estudiado y confirmado que puede ser consecuencia directa de ser víctima de violencia (Zulic, 2016), por lo que puede ser un indicador importante si se asocia de manera estrecha a la presencia de violencia.

Por su parte, la variable felicidad fue seleccionada debido al importante papel que juega en las relaciones de pololeo (Argyle, 1987), en donde se espera que aumente y que sea factor protector ante cuadros depresivos (Pavés, Vera, Mena, 2011). Pudiendo ser, un cuantificador de la satisfacción frente a la situación de estar en una relación de pololeo, ya que será confrontado al nivel de felicidad de los que no tienen una relación actual.

Cabe mencionar que a nivel local se han realizado otro tipo de estudios que no abordan la temática de la violencia en el pololeo vinculado a sintomatología depresiva y el nivel de felicidad, lo que implica que se podrán generar conocimientos nuevos para aportar a la comunidad o instituciones que así lo requieran y puedan implementar medidas para apoyar a sus jóvenes.

### **II.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias**

¿Los jóvenes que son víctimas de conductas de control por parte de sus parejas en relaciones de pololeo presentan mayor presencia de sintomatología depresiva y menor nivel de felicidad?

### **II.4. Objetivos General y Específicos**

#### **II.4.1. Objetivo general**

Evaluar si existe relación entre una alta presencia de conductas de control en relaciones de pololeo entre jóvenes, mayor nivel de sintomatología depresiva y bajo nivel de felicidad subjetiva.

#### **II.4.2. Objetivos específicos**

- Medir el nivel de violencia psicología presentada en jóvenes de primer año de carreras de pedagogía de la Universidad Del Bio Bio. a través del cuestionario de violencia de Vizcarra y Poo (2011).
- Medir el nivel de sintomatologías depresiva presentada en jóvenes de primer año de carreras de pedagogía de la Universidad Del Bio Bio mediante el Inventario de Depresión de Beck II.
- Medir el nivel de felicidad subjetiva presentada en jóvenes de primer año de carreras de pedagogía de la Universidad Del Bio Bio con la Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper.
- Realizar el análisis correlacional de las variables conductas de control, sintomatología depresiva y felicidad subjetiva presentada en jóvenes de primer año de carreas de pedagogía de la Universidad Del Bio Bio.

### **III. MARCO REFERENCIAL**

#### **III.1. Antecedentes teóricos**

##### **III.1.1. Violencia**

La OMS (Organización Mundial de la Salud), nos 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 muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (OMS, 2002, p. 3). Sin embargo, la OMS hace hincapié a que conceptualizar la violencia de forma clara y específica es un problema, debido a que la definición cambia dependiendo de la cultura, la cual somete continuamente al concepto de violencia según evolucionen sus normas y valores sociales. (OMS, 2002, p. 3)

Es importante mencionar que la violencia es un concepto que puede albergar diferentes connotaciones y dimensiones, como por ejemplo se considera "la aplicación de medios fuera de lo natural a cosas o personas para vencer su resistencia"(Seura, 2008, p.5). De la Torre y Larraín señalan que, en diferentes definiciones y enfoques de violencia, se puede encontrar con la presencia del concepto de poder y jerarquía, la cual es considerada como "una forma de ejercer poder sobre alguien situado en una posición de inferioridad jerárquica o de subordinación" (Larraín, Gómez de la torre, 1995 citado en Seura, 2008 p.5).

Un claro ejemplo de lo dicho anteriormente, es lo que actualmente se refiere a violencia de género o violencia hacia la mujer, la cual fue definida por la ONU (Organización de las Naciones Unidas) como cualquier acto de violencia hacia la mujer que tenga como base el hecho de que la víctima pertenezca al sexo femenino, y que pueda causar como resultado algún daño o sufrimiento ya sea físico, psicológico o sexual, así como también amenazas de dichos actos, coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea en su vida privada o pública (ONU, 1993, citado en Yugeros, 2014).

Por otro lado, la violencia hacia el hombre es una problemática social compleja como plantea Espinoza y Pérez (2008), señalando que cuando un hombre es objeto de la violencia, ésta es minimizada y no considerada violencia propiamente tal, debido a que la violencia física es en su mayoría es manifestada desde el hombre hacia a la mujer, mientras que la violencia desde la mujer al hombre en su mayoría es de tipo psicológica y la sociedad suele condenar más aquellas situaciones que puede palpar con sus sentidos por sobre aquellas que no puede constatar con seguridad.

Además, la violencia puede encontrarse en diferentes contextos y situaciones. Esta tesis se referirá mayoritariamente a la violencia contra la pareja dentro del contexto del noviazgo o "pololeo" (Concepto que se desarrollara más adelante), el cual la OMS (2002) encasilla dentro de la "Violencia interpersonal", es decir, actos violentos realizados por una o un pequeño grupo de personas. Esta violencia comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja y diversas formas de violencia contra la familia (OMS, 2002).

La violencia en el pololeo es definida como "cualquier intento por controlar o dominar a la otra persona, física, sexual o psicológicamente, causándole algún daño" (Wekerle et al., 1999, citado por INJUV, 2017, p.10). Estas acciones pueden ser emprendidas de manera simultánea o por separado. Por su parte la National Resource Center for Dating Violence (2004, citado por INJUV, 2017), comprende la violencia en el pololeo juvenil como un patrón de amenaza o real acto de abuso físico, sexual y/o emocional, cometido por un joven hacia una pareja actual o antigua. El abuso puede incluir insultos, coerción, sabotaje social, acoso sexual, amenazas y/o actos de abuso físico o sexual.

Los tipos de violencia antes mencionados pueden ser categorizados según Rey-Anacona (2013) de la siguiente manera:

- a) **Violencia Física:** Cualquier acción que se dirija al cuerpo de la persona, produciendo algún daño o dolor sobre la misma (golpes, patadas, cachetadas, pellizcos, intento de estrangulamiento, etc.).
- b) **Violencia Sexual:** Cualquier acto obligado, sin el consentimiento de la víctima, con la intención de satisfacer necesidades o deseos sexuales del victimario.
- c) **Maltrato Emocional:** Cualquier acción ya sea verbal o no verbal que tenga la intención de provocar en la víctima una reacción de ansiedad, temor o miedo, como intimidar o amenazar; ya sea hacia familiares, amigos o cercanos de la víctima, a sus bienes o hacia el victimario mismo, con el mismo objetivo.
- d) **Maltrato Económico:** El agresor fuerza a la víctima a depender económicamente de él, impidiéndole trabajar o ejerciendo control sobre los recursos financieros de la víctima o explotarla económicamente.
- e) **Negligencia:** No entregarle a la víctima (O no hacerlo debidamente) los recursos necesarios ya sean materiales o financieros, información o algún tipo de servicio, a pesar de que este obligado a hacerlo legalmente o no advertir deliberadamente a la pareja sobre algún peligro que pueda afectar su integridad psicológica o física
- f) **Violencia Psicológica:** Cualquier acción dirigida a controlar, restringir los movimientos o vigilar a la pareja, aislarla socialmente, desvalorizarla, denigrarla, humillarla o que produzca una visión negativa de sí misma, hacer que otros se pongan en su contra, acusarla falsamente o culparla de situaciones negativas u obligarla a ir contra la ley, sus ideas religiosas, morales u índole similar (Rey-Anacona et al., 2010, p. 171 citado en Rey-Anacona, 2013).

Para uso de ésta tesis, utilizaremos el concepto de Violencia en el Noviazgo o Dating Violence usados por Vizcarra y Poo (2013), el cual refieren como *"Actos de violencia física, psicológica y sexual que ocurren entre parejas adolescentes y jóvenes adultos que no cohabitan ni tienen vínculos legales"* (p.49), donde los tipos de violencia mencionados no se producirían de manera independiente, sino que tienden a estar interrelacionados y generalmente se presentaría la violencia psicológica antes de la violencia física (Vizcarra y Póo 2013).

Éstas diferentes formas de violencia, son ejercidas por parte de un miembro de la pareja hacia la otra, encontrándose en la Violencia Física empujones, golpes y caricias violentas, en la Violencia Psicológica insultos, humillaciones, negación de la relación y control de vínculos familiares y sociales de la pareja y por último la Violencia Sexual a través de contactos en contra de su Voluntad , impedir el uso de anticonceptivos y forzar a realizar prácticas sexuales indeseadas (Vizcarra y Póo 2008).

Por otra parte, no es raro que las primeras conductas violentas no conduzcan al término de la relación, debido a ciertas ideas (Por ejemplo: "el amor lo puede todo") y otros mitos o creencias arraigados al "amor romántico" los cuales pueden tener de base y ser reforzados por la continua exposición a modelos de violencia o características de la relación como la antigüedad de la relación, nivel de compromiso, entre otros (González y Santana, 2001).

#### **III.1.1.1. Conductas de Control**

Como hemos señalado anteriormente, la violencia en el noviazgo o pololeo, es cualquier acto que pretenda dominar a la otra persona ya sea física, psicológica o sexualmente (Wekerle et al., 1999, citado por INJUV, 2017).

Para uso de esta investigación, nos referimos a conductas de control, a aquellas englobadas dentro de la violencia Psicológica definidas por Poo, Vizcarra (2008) y Rey-Anacona (2013).

### **III.1.1.2. Impacto**

Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu y Goodwin (2010), dan cuenta de que el abuso emocional de parte de la pareja se asocia a un mayor riesgo de sufrir algún trastorno mental, mientras que el abuso físico se asocia a un aumento de la ideación suicida por parte de la víctima (Molina, 2015, p.38).

Mechanic y cols. (2008) estudiaron la relación entre 4 tipos de maltrato diferentes (violencia física, la coacción sexual, el abuso psicológico y el acoso), la depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). El resultado de su investigación dio indicios de que el acoso y el abuso psicológico, son experiencias más importantes para la predicción de ambos cuadros (Molina, 2015, p.38).

Ellsberg y cols. (2008), observan en su investigación "la existencia de una asociación entre violencia en la pareja y problemas de salud mental informados por las mujeres y suicidio"(Molina, 2015, p.38).

El daño psicológico desde una mirada forense, es referida a lesiones psíquicas agudas producto de algún delito violento, que en ciertas situaciones mejoran con apoyo social, algún tratamiento psicológico adecuado o el paso del tiempo (Molina, 2015). Como también puede mantenerse y volverse un daño crónico persistente, que afectaría negativamente a la persona en su vida diaria. (Echeburúa y Corral, 2005; Echeburúa, Corral y Amor, 2002 citado en Molina, 2015). En ambos casos, las consecuencias negativas sería producto de un suceso negativo, en donde se ven sobrepasadas las capacidades de adaptación y afrontamiento de la víctima a esta situación (Pynoos, Sorenson y Steinberg, 1993 citado en Molina, 2015).

### **III.1.1.3. Violencia en Jóvenes**

En los jóvenes, la exposición a la violencia durante el pololeo, trae consecuencias a corto y largo plazo, tanto físicas como psicológicamente. Esta violencia se ha asociado con el consumo de alcohol, tabaco, depresión, bajos

resultados escolares, conductas sexuales de riesgo, desórdenes alimenticios e ideaciones y tentativas suicidas (Pichiule, Gandarillas, Diez-Gañan, Sonegro y Ordobas, 2014).

Algunos estudios cualitativos han podido identificar algunas vivencias negativas de personas víctimas de violencia en el noviazgo, como ansiedad, angustia, desconfianza, toma de precauciones adicionales, desconexión y distancia en las relaciones interpersonales, insatisfacción de la mujer consigo misma, negación de la experiencia de violencia, sensación de sentirse poco ayudado por la familia y la comunidad y disrupción grave de la propia vida. Estas experiencias pueden generar un cambio significativo en la manera que la persona percibe la vida (Amar y Alexy, 2005).

Póo y Vizcarra (2008) identifican diferentes consecuencias en los jóvenes que se han visto expuestos a la violencia en el pololeo, encontrando trastornos depresivos, deterioro de la autoestima, inseguridad, sentimientos de culpa, aislamiento, bajo rendimiento académico e incremento del riesgo de abuso de sustancias (Wolfe, Wekerly, Scout, Straatman, Grasley y Reitzel-Jaffe, 2003; Echeburúa y De Corral, 1998; CnCeefe, Brockopp y Chew, 1986; Singer, Anglin, Song y Lunghofer, 1995). En el caso de quienes ejercen la violencia, estudios revelan, entre algunas consecuencias, ruptura de la relación, sentimientos de vergüenza, rechazo y condena social, así como el riesgo de repetir el modelo de interacción violenta en futuras relaciones de pareja (Glass, Freland, Campbell, Yonas, Sharp y Kub, 2003 citado de Vizcarra B., Poo A. 2008).

### **III.1.2. Definición de juventud**

La juventud es un concepto que se puede comprender principalmente desde dos enfoques, siendo ellos el biológico y el socio cultural (Barrios, 2010).

La comprensión de carácter biológica, se sitúa desde el concepto de adolescencia (Dávila, 2004), entendiéndose esta etapa según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un periodo que va desde los 10 hasta los 19 años,

la cual marca la transición de la infancia al estado adulto, produciéndose con ella, cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales (OMS, 2017).

Mientras que el concepto de juventud, como menciona Barrios en su estudio (2010), se encuentra vinculado a las construcciones culturales que realiza cada sociedad, otorgándole un carácter dinámico y plural. Entendiéndose según Sandoval (2002:159 - 163), como una categoría etaria (sociodemográfica), una etapa de maduración que afecta el área sexual, social, intelectual, afectiva y física y como un elemento, el cual se remite a la sub cultura.

De acuerdo a Barrios (2010), el enfoque de carácter biológico, no daría respuestas suficientes ante el intento de caracterizar a los jóvenes, por ello, la mirada socio cultural permitiría tener una delimitación centrada en aspectos integradores, contemplando el desarrollo en las distintas áreas que considera la adolescencia y sumando los roles y jerarquías que tienen los jóvenes dentro de una sociedad determinada.

Agrega junto a ello que la Organización de las Naciones Unidas señala que ambos enfoques son complementarios, dado que se les otorga relevancia a aspectos como las normas culturales, las exigencias y las características con las que deben contar quienes dejan de ser considerados niños en una determinada sociedad (Barrios, 2010).

Con el fin de tener una conceptualización más certera de la juventud, Dávila (2004) menciona en su estudio, la definición construida por Abramo (1994).

La noción más general y usual del término juventud, se refiere a una franja de edad, un período de vida, en que se completa el desarrollo físico del individuo y ocurren una serie de transformaciones psicológicas y sociales, cuando éste abandona la infancia para procesar su entrada en el mundo adulto. Sin embargo, la noción de juventud es socialmente variable. La definición del tiempo de duración, de los contenidos y significados sociales de esos procesos se modifican de sociedad en sociedad y, en la misma sociedad, a lo largo del tiempo y a través de sus divisiones internas. Además,

es solamente en algunas formaciones sociales que la juventud se configura como un período destacado, o sea, aparece como una categoría con visibilidad social (Abramo, 1994, citado de Dávila 2004, p.92).

Por otra parte, Ortuño (2014) menciona en su estudio que el inicio y final del periodo de la juventud no está definido de manera universal, sino que varía según la cultura y el momento histórico. Ante ello, Gaete (2015) en su artículo dedicado a la revisión del desarrollo psicosocial del adolescente, añade que en la actualidad se considera para la adolescencia a un rango etario de 10 a 24 años, recibiendo la denominación de “gente joven” o “población joven”, explicando que el rango se ha extendido debido al tiempo en que los jóvenes tardan en la actualidad para completar el ciclo académico y en adquirir un trabajo estable que les permita la independencia.

Producto que el término de la juventud se vincula al logro de ciertos hitos sociales, como lo es la finalización de estudios académicos, ingreso al mundo laboral, separación del hogar e inicio de la reproducción biológica entre otros (Mora y Oliveira, 2009), se ha observado una prolongación en el término de la juventud y posterior paso a la adultez, asumiendo los derechos y obligaciones que le corresponden sociológicamente (Mora y Oliveira, 2009).

Debido a esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (1986), realiza una delimitación del periodo de juventud considerando entre los 15 y 24 años, lo cual coincide con el criterio establecido por la Organización de las Naciones Unidas (Taguenca, 2008). Por su parte en Chile, el Instituto Nacional de la Juventud (2016), considera el rango de edad entre 15 y 29 años.

Para efectos de esta investigación, se utilizará el concepto de juventud y el de adolescencia de forma integrada, considerando el desarrollo a nivel físico, psicológico, sexual, social y componentes culturales.

A continuación, revisaremos aspectos centrales del desarrollo de los jóvenes durante el proceso de la adolescencia, entendiendo que esta etapa se ubica dentro

de la juventud comprendida entre 15 y 29 años (Ortuño. 2014), rango etario que será utilizado para la investigación.

### **III.1.2.1. Cambios a nivel Biológico**

Ortuño (2014), señala que uno de los aspectos característicos de la juventud es la cantidad de cambios y transformaciones significativas que en ella ocurren, cambios que suceden a nivel biológico, psicológico y social (Ortuño, 2014).

Desde el ámbito biológico, se considera la etapa de la pubertad como periodo de transformaciones físicas, esto según lo planteado por Iglesias (2013), indica que en éste periodo ocurren cambios hormonales que dan paso al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, mencionando que éstas transformaciones tienen temporalidades diferentes que no coinciden en todos los individuos y que tiende a ser más tardía en hombres que en mujeres (Iglesias, 2013). Por otra parte, añade que los cambios físicos más destacables en dicha etapa son la aparición del vello púbico, crecimiento de los testículos y pene, mientras que en mujeres el desarrollo de las mamas. También, señala que en éste periodo se produce el crecimiento en altura, que representa aproximadamente el 25% de la talla adulta, durando dicho estirón un estimado de 2 a 2/5 años, siendo en hombres importante a la edad de 14 años y en mujeres a los 12 años, durante éste tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 cm y los chicos de 24 a 27 cm (Iglesias, 2013).

Por otra parte, Iglesias (2013) menciona que el aumento de peso representa en dicha etapa el 50% del peso ideal adulto, en donde los hombres desarrollan mayor masa muscular que las mujeres, al igual que volumen. Otros cambios significativos son el aumento del tejido graso en mujeres, la pelvis femenina aumenta su anchura y en hombres aumenta el diámetro biacromial, que es la distancia de los hombros, lo cual da paso al dimorfismo sexual característicos de ambos sexos (Iglesias, 2013).

### III.1.2.2. Cambios a nivel emocional

En cuanto a las características del área afectiva, podemos observar que las emociones se viven de manera más intensas, tal como lo expone Fernández, en su artículo publicado en el 2014, en el que señala que en dicha etapa los cambios de humor se vuelven recurrentes, por lo que se obtiene baja estabilidad emocional, atravesando por la ira, tristeza, miedo, ansiedad y timidez entre otros (Fernández, 2014).

En dicho artículo, Fernández también señala que la irritabilidad es un punto importante en los jóvenes, ya que al igual que el resto de emociones, emergen sin razones aparentes y de manera súbita, junto con una indiferencia generalizada, la cual sería producto de un mecanismo defensivo ante la intrusión de los adultos. Fernández, continua su idea mencionando que, en su etapa más temperamental el joven puede experimentar una introversión exagerada, acompañada de una necesidad marcada por la privacidad, a la que se suman los cambios de estilos, gustos y modas (Fernández, 2014).

Por otra parte, la autora explica que surge una preocupación por la apariencia, por la que no siempre están cómodos, así también su mundo interno se expande, permitiendo que los jóvenes tiendan a sentir libertad y poder, ello es importante, dado que ayuda a la separación del resto del mundo, lo que va generando el uso de límites y del uso del contacto (Fernández, 2014).

Fernández (2014), finaliza su planteamiento en torno a la afectividad de los jóvenes, comentando que bajo todo el complejo mundo que estos internalizan, que se caracteriza por el desprecio hacia los padres, críticas y rudeza, se protege una necesidad profunda de aceptación comprensión, valoración y amor (Fernández, 2014).

Como se ha expuesto, en la juventud ocurren cambios y transformaciones significativas, las que se traducen en crisis y duelos propios de la etapa. Lillo (2004) plantea que él o la joven se ve expuesto a enormes presiones internas y externas,

en donde atraviesan por una importante elaboración psíquica de vital importancia para su vida futura (Lillo, 2004).

### **III.1.2.3. El duelo en la adolescencia**

Lillo (2004) menciona el duelo en la adolescencia como una crisis que recibe éste nombre por ser caracterizada por la de pérdida del cuerpo infantil y sus fantasías, lo cual es necesario para continuar con el desarrollo. Ante esto, el autor describe tres partes que componen dicho duelo, en las que figura 1) el duelo por el cuerpo infantil, 2) el duelo por el rol y la identidad infantil que obliga a renunciar a la dependencia y lo empuja hacia una aceptación de responsabilidades y 3) el duelo por los padres de la infancia, lo que entregaban refugio y contención. Lillo, añade que ésta situación se acompaña por la aceptación de los padres por su propio envejecimiento y del hecho que sus hijos ya no son niños (Lillo, 2004).

Éste proceso, se sitúa como la despedida de la infancia junto con todos sus elementos, tal como lo menciona Lillo (2004), convirtiéndose en el paso al mundo adulto, lo cual va a necesitar una reorientación del joven, transformaciones energéticas, estructurales y sobretodo psíquica.

### **III.1.2.4. Ilusión ante la madurez**

Otro de los procesos importantes a los que apunta Lillo en su artículo, tiene relación a los progresivos esfuerzos de los jóvenes para construir su identidad como adulto, por conseguir la madurez mientras lucha con el temor a sus ansiedades y conflictos infantiles, surgiendo dos temas importantes, el miedo ante el nuevo cuerpo sexual y no lograr el desarrollo anhelado. Las capacidades recién adquiridas son puestas a prueba mediante la actuación y a la vez esto actúa como sinónimo de independencia progresiva de los padres y de su mundo infantil.

Por otra parte, el autor agrega que los jóvenes buscan mediante proezas responder a su necesidad de admiración, ampliándose así el deseo de competir con otros. Señala en su escrito, que se enfrentan al intenso anhelo de madurar y crecer v/s el reconocimiento de no poder enfrentar ciertos problemas de manera individual, lo cual genera ansiedad y un caos interno. Junto con lo anterior, Lillo señala que el desarrollo puberal despierta en el o la joven la necesidad de buscar pareja, como parte de su madurez, dado que de ésta manera comprueba su adecuación sexual, de no ser así, experimenta sensación de exclusión (Lillo, 2004).

Como bien se puede observar, las principales características de la etapa de la juventud son sus drásticos cambios (Ortuño, 2014), los cuales llevan a los jóvenes a atravesar por diferentes crisis (Lillo, 2004). No obstante, también se espera que junto con los grandes movimientos internos y externos que en ellos suceden, logren llevar a cabo ciertos hitos dentro de su desarrollo (Gaete 2015).

### **III.1.2.5. Tareas de la juventud**

Gaete (2015) menciona que es importante aclarar que ningún desarrollo psicosocial es uniforme, sino que es un proceso variable, ya sea en su ámbito biológico, psicológico y social. Así Gaete (2015) destaca que no todos los procesos van de continuo, dado que pueden existir regresiones, las cuales dependen fuertemente del ambiente y de factores biológicos.

No obstante, Gaete (2015) comenta que, pese a estas limitaciones el proceso de desarrollo presenta características similares y un ciclo progresivo de tres fases. Añade que no hay termino universal para dichas fases, pero que lo más tradicional es denominarlas, adolescencia temprana, desde los 10 a 13 años, media, desde los 14 a 17 años y tardía desde los 17 a 18 años en adelante (Gaete, 2015).

Siguiendo con ésta idea, Gaete agrega que al igual que las etapas del ciclo vital, la juventud también tiene etapas, las cuales su concretización llevan a la felicidad y al posterior éxito de las siguientes, mientras que el fracaso conduce a la

infelicidad, desaprobación social y naturalmente al fracaso de las siguientes tareas. Se espera que mediante la consecución de estos hitos se integren nuevas competencias que permitan una mayor adaptación y madurez (Gaete, 2015). Además, cita como tarea central de éste periodo, la que Erikson (s.f citado de Gaete, 2015) define como la búsqueda de la identidad. En dicha tarea, se busca responder a la pregunta ¿quién soy yo?, es decir, un sentido de identidad estable, que no sufra enormes modificaciones de una situación a otra y que otorgue un nivel de diferenciación de la familia y pares. El logro de la identidad conjuga varios aspectos, los cuales son la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento y aceptación de la propia personalidad, identidad sexual, vocacional e ideología personal.

Ésta tarea, implicará que él o la joven inicie un proceso activo, en donde pueda distinguir entre quien es y quien desea ser, siendo consciente de su potencialidades y limitaciones. Gaete, quien se apoya de los postulados de Erikson, menciona que, de lograr el hito, se obtendrá como resultado la armonía interna y lograr integrar su capacidades y limitaciones, como también una mayor disposición a la intimidad y compromiso de pareja (Gaete, 2015).

Otro hito que menciona Gaete (2015), es el desarrollo de las competencias emocionales y sociales, la cual tiene que ver con la capacidad de autorregular las emociones y de relacionarse efectivamente con otros, estas favorecen enormemente a la autonomía y bienestar de los jóvenes (Gaete, 2015).

Continuando con las tareas de la etapa evolutiva, la autora señala como tarea significativa, el logro de la autonomía, culminando con la independencia económica y emocional de los padres, lo cual irá de forma progresiva, lo que tiende a generar un cierto grado de conflicto o rebeldía con los padres. Así también, se establecerán lazos cada vez más profundos con personas externas a la familia, como amigos y pareja (Gaete, 2015).

Éste último tipo de vínculo, ha comenzado a tener su inicio a edades cada vez más tempranas (Price y Byers, 1999 citado de Salgado, 2003), entendiendo una relación de pareja, como aquella en que dos personas establecen para compartir una determinada unión, la cual implica un periodo de conocimiento y asentamiento,

en donde el enlace se denomina “vínculo”. Este vínculo es íntimo, amoroso, que puede ser permanente o casual y se da entre dos personas, donde se establecen niveles de compromiso (Salgado, 2003).

En Chile, a las relaciones que se dan en la juventud reciben el nombre de “Pololeo”, el cual forma parte de una clasificación de varios tipos de vínculos amorosos, los cuales reciben un nombre diferente, dependiendo del nivel de compromiso percibido por la pareja, de acuerdo a lo referido por Reñanco y Sepúlveda (2013) encontramos los siguientes:

- a) **“Amigos con ventaja”**: Relación de amistad en que situacionalmente existe una relación amorosa, no existe ningún tipo de compromiso o exclusividad.
- b) **“Andar”**: Etapa inicial, de prueba en la cual no existe compromiso.
- c) **Pololeo**: Este término se usa en nuestro país para designar cuando se está en una relación de cierta formalidad antes del matrimonio.
- d) **Noviazgo**: Etapa previa al matrimonio.
- e) **Convivencia**: Relación de pareja que comparten un hogar.
- f) **Matrimonio**: Vínculo amoroso, legal o religioso, en el cual se establecen derechos, obligaciones y se tiene un proyecto de vida en común.

Para fines de ésta investigación, nos referiremos al vínculo amoroso entre jóvenes con el nombre de noviazgo o pololeo.

### III.1.2.6. Salud mental en jóvenes

Como se mencionó antes, en la juventud ocurren conflictos importantes, junto con inestabilidades de humor significativas, las cuales son propias del desarrollo vital.

La Tobón, junto con López y Ramírez (2013), definen salud mental como “Conjunto de valores de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el otro y con el todo, en un contexto globalizado” (p.463).

Dichos autores, mencionan que actualmente el concepto ha tomado una línea holística, lo que se han implementado diferentes conceptos, enfoques y diferentes formas de abordar la prevención de complicaciones en el área mental (Tobón, López, Ramírez, 2013).

Continuando con ésta idea, los investigadores agregan que, los jóvenes se encuentran en una etapa que los sitúa en una condición de vulnerabilidad ante estresores psicosociales, los cuales podrían desencadenar conductas inestables y afectaciones en la salud mental, trayendo consigo posibles limitaciones de la comunicación y la participación social activa, condición que puede provocar sufrimiento humano e incapacidad (Tobón, López, Ramírez, 2013).

La Sociedad Uruguaya de Pediatría (2007), puntualiza que lo saludable dependerá principalmente de la integración que realicen los jóvenes de los cambios biopsicosociales, es decir, la aceptación del nuevo cuerpo sexuado, la autonomía, separación de las figuras protectoras, construcción de la identidad, relaciones con personas fuera del núcleo familiar, nuevos roles y responsabilidades (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2007).

En dicha publicación, se menciona que la familia debe contribuir al desarrollo saludable mediante la adaptación oportuna y progresiva a la nueva identidad del o la joven, otorgándole el espacio necesario para que éste pueda crecer (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2007).

Continuando con lo planteado por la Sociedad Uruguaya de Pediatría, las alteraciones que sufran en este proceso, serán normativas en cuanto sean transitorias y no interfieran significativamente con su desarrollo, bienestar, actividad lúdica, académica, social y donde se observen elementos de autocuidado y se minimicen las conductas que pongan en riesgo la salud y la vida (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2007).

Por otra parte, agregan que las situaciones poco saludables se orientan hacia reiteradas conductas de riesgo, la recurrencia de los estados de ánimos depresivos o irritables, la disminución de hábitos de higiene, autonomía, falta de proyectos,

rechazo académico, ausencia de interés o interés excesivo por algo en particular (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2007).

La Sociedad Uruguaya de Pediatría, finaliza su planteamiento añadiendo que la salud mental es más imprecisa, por su calidad intangible y subjetiva, por lo que requiere una atención que contemple no solo a los jóvenes, sino que también sus vínculos significativos (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2007).

Como se ha expuesto, la salud mental en la juventud requiere de un cuidado especial, ya que se pueden confundir las características propias de la edad con elementos patológicos, sobre todo en sociedades en donde se cree que los niños o jóvenes tienden a no experimentar la psicopatología, como lo señala la revista de psiquiatría colombiana, apoyándose de datos de la Organización Mundial De La Salud. Además, el artículo menciona que el trastorno depresivo mayor, se inicia habitualmente en la juventud y está vinculado a problemas sociales y al suicidio (Gomez, 2005).

Éste último antecedente, convierte a la depresión juvenil en un diagnóstico complejo, dado que se asocia a un mayor riesgo de cometer un suicidio que las personas adultas. También, en la juventud la sintomatología se enmascara de agresividad, irritabilidad, problemas para dormir, falta de autoestima, conductas de desobediencia, discusiones frecuentes y consumo de drogas (Alzuri, Hernández, Calzada, 2017).

### **III.1.3. Depresión**

La depresión es un concepto que según lo expuesto por Berrios (1996), se empezó a utilizar a mediados del siglo XIX, teniendo como base las nociones de lo que se conocía hasta ese momento como melancolía, se consideraba como un estado en el que la mente se quedaba fijada en un cierto conjunto de ideas, que podía incluir delirios y manía. Berrios (1996) añade que en un inicio se utilizó la palabra “depresión mental”, posteriormente en 1860 se abandonó dicho adjetivo al

pasar a los diccionarios médicos, bajo la definición de “abatimiento anímico de las personas que sufren algunas enfermedades”. Después el concepto fue ampliándose agregando ideas como la falta de valor, iniciativa y con una tendencia a albergar pensamientos tristes (Berrios, 1996).

Hoy se puede entender que las emociones relacionadas a la tristeza son experimentadas por todas las personas, según lo planteado por Botto, Acuña, Jiménez (2014) éste conjunto de emociones se ha constituido en una respuesta esperable ante la pérdida y el duelo, no obstante, agregan que, a pesar de haber clasificaciones de dicho estado, tales como CIE10 o DSM 5, culturalmente el concepto está sujeto a diferentes interpretaciones, lo cual genera como resultado que se observen diferentes enfoques para su comprensión, discusión y tratamiento.

Sin embargo, más allá de los elementos históricos y teóricos, la Organización Mundial De La Salud (2017) informa que la realidad actual indica que la depresión se ha vuelto un problema común a nivel mundial, afectando a un estimado de 300 millones de personas. En el mismo artículo informativo señala que ésta patología provoca malestar significativo en quienes la padecen, alterando el funcionamiento de la vida cotidiana en distintas áreas, ya sea laboral, académica o familiar, pudiendo en los casos más graves llevar al suicidio (OMS, 2017).

Con el objetivo de tener una delimitación clara del concepto, de su sintomatología y afectación en quienes la padecen, se utilizará la clasificación realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association (APA), 2013) en la quinta versión del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en donde se define el trastorno de depresión mayor como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, con sentimientos de desesperanza, tristeza y vacío, lo cual puede ser auto referido u observado por otra persona, también se caracteriza por la pérdida importante del interés o el placer por actividades la mayor parte del día, pérdida importante de peso sin realizar dietas o aumento de peso (modificación del más 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía,

sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Cinco o más de estos síntomas deben estar presente a lo menos dos semanas, siendo un cambio en el funcionamiento previo de la persona. Por otra parte, los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Además, dicho episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y finalmente la persona nunca ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2013).

En su diagnóstico se debe especificar su gravedad, la cual va desde “Leve” (pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos), “Moderado” (el número de síntomas, su intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”) y “Grave” (el número de síntomas supera a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable (APA, 2013).

También se determina a la hora del diagnóstico si es un episodio recurrente o único, si aparecen características psicóticas y se determina si se encuentra en “remisión parcial”, lo cual significa que los síntomas del episodio anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o si cuando acaba un episodio, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo. Así también se puede determinar si el cuadro clínico está en “remisión total”, lo cual significa que durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno (APA, 2013).

Dentro de ésta clasificación también figura “Distimia”, es decir el trastorno depresivo persistente, la cual agrega que los síntomas no han cesado por un

periodo de dos años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 108). Así también se entrega una categorización diagnóstica para los estados en que predominan los síntomas característicos de un estado depresivo, pero no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la clasificación diagnóstica de los trastornos depresivos, en los cuales se encuentran (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 117 - 118).

- A.** Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
- B.** Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
- C.** Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

En la siguiente tabla se puede observar la sintomatología del trastorno de depresión mayor de manera esquemática para una mayor comprensión:

**Tabla 1**

***Criterios de diagnóstico DSM V Trastorno de depresión mayor.***

- 
- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
-

- 
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
- 

Nota: Citada de APA, 2013, p. 104.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, para determinar un estado depresivo, se debe de considerar variables sintomáticas, las cuales consisten en intensidad y duración, como también si éstas se ven acompañadas de otras afectaciones, tales como la ansiedad o en casos más graves la psicosis.

Por otra parte, para comprender en profundidad éste cuadro clínico es necesario una revisión de las causas que provocan dicho estado y de qué manera esto va influyendo en el estado anímico de las personas, causando deterioro en distintas áreas de su vida.

A continuación, se expondrán diferentes explicaciones de las causas de la depresión, las cuales varían según su autor y enfoque, estas serán citadas con el fin de tener una pequeña noción de la etiología de dicha afectación, razón por la cual será una revisión sintetizada, entendiendo que cada enfoque tiene su complejidad y que es recomendable para el lector interesado, profundizar en la literatura para comprender la esencia de cada planteamiento.

### **III.1.3.1. Depresión desde el enfoque Psicodinámico**

Desde una perspectiva psicodinámica se habla de la neurosis depresiva, de ésta manera Bogaert (2012), profundiza los elementos postulados por Sigmund Freud, entendiendo desde ésta base que la dificultad emana del narcisismo exacerbado del ideal del Yo, dado que, a raíz de conflictos en las relaciones interpersonales, fracasos profesionales y cambios corporales entre otros, se afecta el Yo ideal y se sostiene una idealización defensiva, la cual no cuenta con apoyo simbólico o real, inhibiendo la fuerza vital de la persona y deteriorando su autoestima. En dicha revisión, Bogaert (2012) menciona que los síntomas característicos de la depresión tales como la apatía, la anhedonia, el cambio en la dinámica del pensamiento y la fatiga entre otros, hablan de una pérdida de la tensión pulsional, traduciéndose en una sensación de vacío interior, en donde hay dificultades de movilizar el deseo y el sentido de la vida y de los eventos que en ella suceden.

El artículo escrito por Alzate (2009), Psicóloga y Psicoanalista, es útil para comprender lo planteado anteriormente, ya que allí explica el concepto de las pulsiones y del deseo desde la perspectiva de Freud, mencionando que la pulsión actúa como una energía interna vinculada con el principio de placer y la búsqueda del equilibrio entre el mundo psíquico y corporal, energía interna que en el estado depresivo se ve disminuida.

Retomando el análisis de Bogaert (2012), éste explica que, a partir de acontecimientos en la vida de la persona y del funcionamiento de su inconsciente, éste formulará significaciones de los eventos vividos, lo cual determina de qué manera éstas atribuciones afectarán su Yo. Por tanto, Bogaert (2012), concluye explicando que se puede señalar que la depresión es una perturbación del Yo en consecuencia de un colapso del “Yo ideal”, que provoca en la persona una sensación de vacío, de la cual se depende la pérdida del sentido de vida, ésta falla narcisista que vivencia el depresivo tiene su origen en la represión y sobrecompensación del rechazo que la persona experimentó durante su infancia con el padre del mismo sexo, dando paso a la idealización defensiva de dicha figura, lo que se traduce en la construcción frágil del ideal del Yo. De ésta manera Bogaert (2012), puntualiza que la depresión femenina se vincula con una mala relación con la madre, y la depresión masculina son producto de una debilidad psicología del padre y de una mayor identificación con la madre.

### **III.1.3.2. El modelo cognitivo de la depresión**

El modelo cognitivo de la depresión del autor Aaron T. Beck plantea tres conceptos claves para comprender las causas y el mantenimiento de la depresión, estos son la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Aaron T. Beck - A. John Rush - Brian F. Shaw - Gary Emery, 2010).

### **III.1.3.3. Concepto de triada cognitiva**

La triada cognitiva planteada por Beck (2010) consiste en tres elementos cognitivos que la persona utiliza para considerarse a sí mismo, el futuro y las experiencias vividas. En la depresión el primer elemento de la triada se manifiesta en una visión negativa que la persona tiene de sí mismo, considerándose como torpe, enfermo, con poca valía y desgraciado, en donde tiende a vincular sus experiencias desfavorables a supuestos defectos propios. A raíz de esto, tiene la

creencia de que es inútil y que carece de valor, del mismo modo piensa que carece de atributos para alcanzar la felicidad y tiende a la autocrítica. Por otra parte, el depresivo constantemente interpreta sus experiencias de forma negativa, asimilando su entorno desde la derrota, incapacidad y frustración, dificultándole en gran medida la búsqueda de otras explicaciones o atribuciones más adaptativas (Beck et al., 2010).

El tercer elemento de ésta triada que considera Beck (2010), tiene relación con la visión del futuro, ya que el depresivo tiende a visualizar sus próximos proyectos desde una concepción dificultosa, en donde el sufrimiento seguirá siendo un factor esencial (Beck et al., 2010).

#### **III.1.3.4. Organización estructural del pensamiento negativo**

El siguiente elemento planteado por Beck y colaboradores (2010) hace referencia a los esquemas cognitivos de las personas que experimentan el cuadro clínico de la depresión, ésta forma de estructurar el pensamiento explica el por qué se sostiene dicho malestar en el tiempo, incluso ante la falta de evidencia de las creencias negativas que manifiestan.

Cuando una persona se enfrenta a una situación específica, el esquema es la base con la que cuenta para dar sentido o más bien dar una interpretación al evento o situación en cuestión, de ésta forma, también se determina la manera en que la persona responderá. En el caso de las personas depresivas, los esquemas se distorsionan de tal modo que se convierten en esquemas inadecuados y contraproducentes, el afectado pierde el control de sus pensamientos hasta llegar a un punto de no poder utilizar esquemas más adecuados. Aunque la interpretación sea ilógica en relación a la situación real, el individuo tiene dificultades para cuestionar los pensamientos erróneos y esto se hace más notorio a medida que se agrava el cuadro clínico (Beck et al., 2010).

### III.1.3.5. Errores de procesamiento de la información

Para Beck (2010), los errores sistemáticos son los que mantienen a las personas afectadas por la depresión fijadas en pensamientos negativos aun con evidencia de lo que perciben está equivocado (Beck et al., 2010).

Los errores del procesamiento de información planteados por Beck se muestran en la siguiente tabla (tabla 2):

**Tabla 2**

***Errores del procesamiento de información.***

- 
1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
  2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
  3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
  4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
  5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
  6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.
- 

Nota: Citada Beck et al., 2010.

Fuente: Elaboración propia.

Según lo referido por Beck (2010), las personas afectadas por el cuadro clínico depresivo, tienden a realizar estructuraciones del pensamiento de manera “primitiva”, es por esto que éstas tienden a negativas, absolutistas y con tendencia a la categorización entre extremos. Lo contrario y saludable sería una forma “madura” de organización cognitiva, la cual consistiría en considerar puntos medios, no generalizar y tener en cuenta los elementos positivos de sí mismo y de los acontecimientos (Beck et al., 2010). En la siguiente tabla se muestra una comparación de ambas formas de estructuración del pensamiento (Tabla 3).

**Tabla 3**

***Pensamiento “primitivo” vs “maduro”***

---

PENSAMIENTO “PRIMITIVO”	PENSAMIENTO “MADURO”
1. No dimensional y global: Soy un miedoso.	1. Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
2. Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde.	2. Relativo; no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
3. Invariable: Siempre fui y siempre seré un cobarde.	3. Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
4. “Diagnóstico basado en el carácter”: Hay algo extraño en mi carácter.	4. “Diagnóstico conductual”: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.

---

- 
- |  |  |
|--|--|
| 5. Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema. | 5. Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos. |
|--|--|
- 

Nota: Citada de Beck et al., 2010.

Fuente: Elaboración propia.

### **III.1.3.6. Predisposición y desencadenamiento de la depresión**

Según lo planteado por Beck (2010), la hipótesis que mejor explica la depresión desde su enfoque, es que las personas durante la niñez crean conceptos negativos de sí mismos, del futuro y el mundo, y estos conceptos permanecen en un estado de latencia, hasta que siendo jóvenes o adultos el enfrentamiento a nuevas experiencias genera que emerjan los esquemas disfuncionales alojados en la mente desde la infancia.

Beck (2010), propone el ejemplo de la ruptura matrimonial, la cual podría evocar el esquema de la pérdida por la muerte de un padre y generar una respuesta depresiva en la persona ante tal hecho, como también, si una persona padece de alguna enfermedad física u otras circunstancias similares, podría tener la creencia de que está destinada a una vida de sufrimiento. Ante ello, aclara Beck que los acontecimientos desfavorables no son las que provocan la depresión, sino más bien la organización cognitiva de la persona.

Como se puede observar, se han expuesto dos enfoques para comprender el cuadro clínico de la depresión, sin embargo, para éste estudio se adoptará la concepción del enfoque de Beck (2010), es decir el planteamiento cognitivo, debido a que se utilizara para la recolección de datos un cuestionario formulado por dicho autor, el cual es capaz de identificar sintomatología depresiva.

### III.1.3.7. Depresión en jóvenes

En la juventud, el diagnóstico de un episodio depresivo mayor se torna complejo, debido a la similitud de la inestabilidad anímica propia del desarrollo, así lo plantean Alzuri, Hernández y Calzada (2017), en su publicación relacionada con las consideraciones para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en jóvenes. Además, señalan que existe una relación entre conflictos familiares, alteraciones emocionales y dificultades del aprendizaje (Alzuri, Hernández, Calzada, 2017).

Dichos autores agregan que la depresión se asocia al síndrome de riesgo en la juventud, en cual consiste en un conjunto de factores en donde destacan el abuso de sustancias, el embarazo o iniciación sexual temprana, deserción escolar o bajo rendimiento académico y delincuencia (Alzuri, Hernández, Calzada, 2017).

Por otra parte, proponen un enfoque preventivo para su tratamiento y que se haga desde una base multidisciplinaria, dado que es un síndrome complejo, de distintas etiologías, cursos y respuestas de tratamiento, por lo que se vuelve fundamental que para el abordaje se considere al joven, familia y contexto (Alzuri, Hernández, Calzada, 2017).

A continuación, se expondrán en la siguiente tabla una lista de síntomas depresivos característicos del periodo de juventud (Tabla 4).

#### **Tabla 4**

#### **Síntomas depresivos propios de la juventud**

- 
- Aumento o descenso de peso.
  - Hipo o hipersomnias.
  - Disminución del rendimiento académico.
  - Problemas de atención y dificultad de concentración.
  - Anergia (pérdida o ausencia de energía) Agitación motora o enlentecimiento.
-

- 
- Ausencia de motivación.
  - Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima.
  - Evitación de actividades lúdicas.
  - Interacción social y familiar disminuidas.
  - Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.
  - Pensamientos recurrentes de muerte.
  - Actividades autodestructivas.
- 

Nota: Citado de Sintomatología depresiva en jóvenes. García.(s.f.).  
 Fuente: Elaboración propia.

### III.1.3.8. Factores de protección

En cuanto a factores de protección, García (s.f.) menciona que es favorable para la evitación del cuadro clínico, tener una buena calidad de amistades, una valoración positiva dentro del grupo al que se pertenece, actitud de respeto a la autoridad y de rechazo al consumo de sustancias, además de una buena comunicación familiar (García, s.f.).

La siguiente tabla, contiene situaciones que pueden complejizar la gravedad de un cuadro depresivo en jóvenes (Tabla 5).

**Tabla 5**  
***Complicaciones del diagnóstico en jóvenes***

- 
- Muerte de un familiar próximo.
  - Muerte de un amigo.
  - Maltrato físico y/o psíquico.
  - Maltrato a uno de los progenitores.
  - Abusos sexuales.
  - Patología física relevante.
  - Intento o tentativa de suicidio.
  - Consumo excesivo de drogas, alcohol, marihuana o cocaína.
-

- 
- Fracaso amoroso.
  - Divorcio de los progenitores.
  - Cambio de residencia.
  - Acoso escolar.
  - Dificultad para la integración social.
  - Fracaso escolar
- 

Nota: citada de García, s.f.

Fuente: Elaboración propia.

### **III.1.3.9. Consecuencias del trastorno depresivo en jóvenes**

García (s.f.), señala que en los jóvenes afectados por el trastorno depresivo emergen otras dificultades como la aparición de trastornos del comportamiento, fracaso escolar, conductas suicidas y conductas dependientes. Añade también, la existencia de una relación de la depresión con el sobre peso, en edades entre 6 a 19 años (García, s.f.).

Por otra parte, la depresión también afecta en el nivel de felicidad subjetivo de las personas, lo cual se vio reflejado en un estudio realizado el año 2006 por Seligman (Cuadra et al., 2010), en el que pacientes, luego de participar de una psicoterapia positiva, presentaron una disminución en su sintomatología depresiva y un aumento de la satisfacción vital. Esta última se relaciona según Argyle (Cuadra et al., 2010), con la felicidad.

### **III.1.4. Felicidad**

Para comprender el concepto, utilizaremos la definición de Diener (1984) quien explica que la felicidad o felicidad subjetiva, es la evaluación global y positiva del individuo en un momento particular a nivel consciente.

Agregamos la idea de Lyubumirsky (2008), la cual dice que existen diversos motivos para alcanzar la felicidad, sin embargo, la mayoría de las personas tiene su

propia idea de que es ser feliz, en que momentos son felices y cuando no son felices, pudiendo reportar estas situaciones si así lo desean.

Por su parte, Seligman (2003) define a la felicidad como *"la identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y de su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos"* (p. 13 citado de Cuadra, Veloso, Ibergaray, Rocha, 2010).

Este último autor, es considerado el padre de la psicología positiva, postura que nace con la intención de trabajar y estudiar las experiencias positivas del ser humano desde tres perspectivas: Primero el análisis de las experiencias positivas, segundo la aproximación al estudio de las fortalezas y tercero, analizar las características que configuran y determinan las organizaciones positivas (Vázquez, Hervás, 2014, citado de Ibarra, 2017). Por lo que este enfoque, desea desde un abordaje científico, entender y fomentar aspectos del ser humano como las emociones positivas, fortalezas y virtudes, ya que la búsqueda de la excelencia y el bienestar del ser humano es tan importante como tratar desordenes y enfermedades psicológicas (Ibarra y Domínguez, 2017).

Seligman (Carrea y Mandil, 2011) menciona tres vías de acceso que tienen las personas hacia la felicidad, siendo las tres complementarias entre ellas.

La primera vía de acceso, la denomina "vida placentera" y es la vía hedonista, la cual son aquellas emociones positivas de manera general como la diversión, amor, placer, entre otros. El autor indica que el aumento de experiencias de este tipo de emociones conducirá a la vida plena.

La segunda vía, son las experiencias de "flujo", las cuales son actividades donde las personas experimentan auto-eficacia, viéndose reforzada por la realización de la propia actividad. Seligman (1999, citado de Carrea y Mandil, 2011) pone énfasis en este dominio de las emociones, ya que es aquí donde las personas utilizan sus principales fortalezas y talentos para afrontar las situaciones de la vida, lo cual propiciaría el aprendizaje.

Junto a ello, habla de una tercera vía que está constituida por "la vida con significado", la cual se refiere a la búsqueda de sentido que orienta al ser humano. Aquí se favorece el desarrollo de fortalezas en función de los demás, sobre todo en proyectos donde se trascienden los intereses individuales.

En el año 2009, Seligman agrega una cuarta vía: el establecimiento de relaciones sociales positivas, donde lo principal es que la persona pueda generar un espacio donde compartir sus experiencias positivas con otros seres humanos (Amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.), ya que esto colabora de manera importante a la buena vida psicológica. (Grinhauz, 2015).

En el año 2011, Seligman propone utilizar el término "Bienestar" en vez de "Felicidad", al ser el primero un concepto más diversificado (Grinhauz, 2015), por lo que para efectos de esta investigación al hacer uso del concepto Bienestar nos referiremos igualmente a Felicidad y viceversa.

Dicho lo anterior, Seligman (2011 citado de Grinhauz, 2015) ese mismo año presenta un nuevo modelo para alcanzar el bienestar denominado PERMA (ver tabla 6), el cual consta de cinco elementos: Positive Emotions (Emociones Positivas), Engagement (Compromiso), Positive Relations (Relaciones Positivas), Meaning (Significado de la vida) y uno nuevo, Accomplishment (Autorrealización) este último refiriéndose a "*La tendencia del ser humano a querer prosperar y superar sus límites a través de sus acciones*" (Seligman, 2011 citado de Grinhauz, 2015). Cumpliendo cada uno de estos con tres propiedades:

1. Contribuyen al Bienestar.
2. Las personas los buscan y elijen libremente.
3. Son definidos y medidos independientes de los otros elementos.

## **Tabla 6**

### ***Modelo PERMA de Seligman***

P	E	R	M	A
Positive Emotions	Engagement	Positive Relationships	Meaning	Acomplishment
(Emociones Positivas)	(Compromiso)	(Relaciones Positivas)	(Significado de la Vida)	(Autorrealización)

Nota: Citado de Ibarra. y Dominguez, 2017.

Fuente: Elaboración propia.

Además, Peterson y Seligman (2004), realizan una clasificación de seis virtudes y veinticuatro fortalezas, las cuales se muestran en la siguiente tabla (Tabla 7).

**Tabla 7**

***Clasificación de 6 virtudes y 24 fortalezas de Peterson y Seligman (2004).***

Virtud	Fortaleza	Definición
Coraje	Valentía	Hacer lo correcto aun corriendo riesgos.
	Persistencia	Finalizar su tarea a pesar los obstáculos.
	Integridad	Hacer lo que se predica que es correcto.
	Vitalidad	Sentirse vivo y capaz.
Justicia	Ciudadanía	Comprometerse con el grupo de pertenencia.
	Liderazgo	Guiar al grupo en armonía hacia buenos resultados.
Humanidad	Imparcialidad	Hacer Juicios equitativos y objetivos.
	Amor	Considerar muy valioso estar cerca de los afectos.
Sabiduría	Bondad	Ayudar a los demás sin esperar nada a cambio.
	Inteligencia Social	Saber lo que los demás desean y buscan.
	Perspectiva	Juicio elevado y profundo sobre la vida.
	Apertura Mental	Buscar visiones alternativas de las propias.
Templanza	Amor por el Saber	Disfrutar de buscar nuevos conocimientos.
	Curiosidad	Deseo de vivir por experimentar y conocer cosas nuevas.
	Creatividad	Poseer ideas originales y aplicarlas.
Clemencia		Comportarse de forma benévola hacia una persona que no lo merece.
	Humildad	No ostentar con los propios logros dejando que hablen por si solos.

	Prudencia	Considerar los pros y contras al contemplar una decisión.
	Autorregulación	No dejarse llevar por los impulsos y controlar las respuestas a los mismos.
Trascendencia	Apreciación	Valorar las cosas lindas de la vida.
	Gratitud	Sentir y expresar las gracias.
	Esperanza	Saber que todo estará bien.
	Humor	Tener una mirada de la vida alegre.
	Espiritualidad	La vida tiene un sentido superior.

Nota: Citado de Grinhauz, 2015. El estudio de las fortalezas del carácter en niños: Relaciones con el bienestar psicológico, la deseabilidad social y la personalidad.  
Fuente: Elaboración propia.

Las primeras virtudes que se aprecian en la tabla 7, son en su mayoría tradiciones religiosas y filosóficas que se han ido repitiendo en diferentes culturas, tanto de occidente como de oriente, siendo estas: El coraje, la humanidad, la justicia, la sabiduría, la templanza y la trascendencia. Mientras que las segundas, son aquellos procesos psicológicos que definen y permiten reconocer en las personas que virtudes poseen. Por último, se presentan una serie de temáticas que conducirán a la persona a realizar una fortaleza específica en una situación determinada (Peterson y Seligman, 2004 citado de Grinhauz, 2015).

Para efectos de esta investigación, ocuparemos la definición de felicidad que se atañe a la Psicología Positiva, es decir, los autores ya expuestos, tales como Seligman, Argyle, Lyubomirsky y Lepper.

Junto a lo ya expuesto, se puede agregar que la felicidad tiene una estrecha relación con el pololeo, ya que de acuerdo a lo referido por Argyle (1987), la pareja es una fuente de felicidad, afirmando que el sólo hecho de tener pareja incrementa los niveles de bienestar y más aún si se formaliza la relación.

#### **III.1.4.1. Felicidad en la pareja:**

Argyle (1987), señala que para ser feliz en una relación de pareja se necesita satisfacer tres aspectos: satisfacción instrumental, que es el satisfacer necesidades

básicas como la comida, el vestido, el dinero, satisfacción-emocional, es decir el apoyo social, la intimidad y sexualidad y, por último, la satisfacción lúdica, que son actividades de esparcimiento que provocan bienestar.

En estudios sobre relaciones interpersonales, se encontró que uno de los elementos que juega un papel importante en el equilibrio emocional de las personas, es la relación de pareja, contribuyendo de esta manera a la felicidad percibida por el sujeto (Bulcroft, y O'Connor 1986).

Por ello, la felicidad toma un rol importante frente a cuadros clínicos relacionados con la depresión (Pavés, Vera, Mena, 2011), incluso Seligman, Rashid y Parks el 2006, (Cuadra et al., 2010), proponen trabajar la depresión directamente desde la psicología positiva, afirmando que esto podría ser igual o incluso más eficiente, que los tratamientos convencionales enfocados en pacientes con depresión. Sugieren la utilización de un modelo de trabajo, que oriente a la persona a utilizar sus propias fortalezas, desarrollando un mecanismo de protección contra emociones negativas, el infortunio y la depresión. Logrando de esta manera, que la persona tome un rumbo hacia una vida más positiva, potenciando la tolerancia, la creatividad, la apertura a nuevas experiencias e ideas. (Diener y Seligman, 2002 citado de Cuadra et al., 2010).

#### **III.1.4.2. Felicidad en la juventud**

Desde el enfoque de la psicología positiva, se intenta hablar de “persona feliz”, más que de buscar una caracterización por edad, producto de que los principios que distinguen a una persona feliz, trascienden a lo largo de la vida. Es decir, habrá felicidad cada momento, en el que se potencia las habilidades de las personas y su positividad (Páez, Cornejo, Besabe, Rodríguez, Valera, Espeit, s.f).

Sin embargo, la psicología positiva se ha dedicado a estudiar un concepto multidimensional llamado fortalezas del carácter, que tendría efectos positivos en el bienestar de las personas. Estos rasgos son la gratitud, el entusiasmo, la curiosidad,

la esperanza y el amor (capacidad de crear y mantener relaciones cercanas con otras personas (Park, Peterson, Sun, 2013)

### **III.2. Antecedentes Empíricos**

Los antecedentes que aporta el INJUV (2016) indican, que en las relaciones de pololeo entre jóvenes estarían sucediendo situaciones en las que se logra observar conductas de control ejercidas sobre la pareja (INJUV 2016). Lo cual es preocupante (INJUV 2017), debido a que las conductas de control son una forma de violencia psicológica (Rey-Anacona 2013), las cuales tienden a ser invisibilizadas (Vizcarra y Póo 2011).

Martínez, Vargas y Novoa (2016), realizaron un estudio en Colombia, para buscar relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. En dicho estudio obtuvieron como resultado, que la mitad de las personas encuestadas admitieron haber ejercido violencia hacia sus parejas, siendo estas bidireccionales, es decir tanto hombres como mujeres ejercieron y fueron víctimas de violencia. En dicha investigación, se observó que la forma más común de violencia en el noviazgo era la violencia emocional y posteriormente la psicológica, no habiendo correlación de género significativa, siendo las conductas de control la forma más recurrente de violencia reportada por los encuestados, tales conductas eran (a) le llamó varias veces al día para averiguar que estaba haciendo con un 29.4%, (b) controló su tiempo con 23.5%, (c) le acusó injustamente de ser infiel con un 29.9%, (d) le vigiló en su lugar de estudio o trabajo con un 18.2%, (e) le prohibió que se volviera a reunir con sus amigos(as) con un 15.8%.

En Chile según el “Sondeo violencia en el pololeo” del año 2017 realizado por el INJUV (Instituto Nacional de la Juventud), arroja que el 51% de los jóvenes encuestados asegura que ha conocido un episodio de violencia entre las parejas de conocidos, amigos y familiares, destacando que la forma más común de violencia es la de ejercer control sobre la pareja, ya sea controlar salidas, horarios, apariencia, revisar celular o Facebook, tratar de alejar a la pareja de sus amigos o amigas, controlar gastos y dinero de la pareja. En dicha encuesta los jóvenes señalan ser

víctimas de control de salidas horarios y apariencias (20%), por sobre violencia física (9%), descalificaciones de lo que la pareja dice (8%), mientras que como victimario indicaron que es más frecuente que controlen los horarios, apariencia y salidas (18%), que otras conductas como violencia física (8%), descalificar lo que dice o hace o siente la pareja (6%) y presionar a la pareja para tener relaciones sexuales (2%) (INJUV, 2017).

Vizcarra y Póo (2011), realizaron un estudio para estimar la magnitud de la violencia de pareja en estudiantes universitarios en la Región sur de Chile, en donde se encuestaron a 427 estudiantes universitarios, a los cuales se les administró un cuestionario que indagaba acerca de conducta violenta en las relaciones de pareja. Mediante los resultados, se observó que el 57 % de los estudiantes reporta haber vivido alguna vez en su vida violencia psicológica y 26 % violencia física. Vizcarra y Póo (2011) concluyen su investigación, indicando que la violencia de pareja es un problema significativo en los universitarios encuestados, el cual se invisibiliza dificultado el oportuno abordaje.

Los hallazgos del INJUV (2016) también indican que este tipo de violencia ha sido naturalizado por los jóvenes, percibiendo las conductas de control como actos relacionados a la demostración de confianza o amor (INJUV 2017).

Este tipo de violencia psicológica podría generar dificultades en las víctimas, tal como lo mencionan Cabrera, Gonzales y Melchor (2015), en una investigación sobre Violencia de pareja y salud mental en la adolescencia y juventud. La muestra utilizada, estaba formada por 191 personas, de las cuales 96 son mujeres y 95 hombres. El rango de edad de los participantes se situaba entre los 15 y 27 años.

En el análisis de los resultados, se observó que los hombres víctimas de violencia sexual, física, psicológica y de amenazas, reportaron mayor sintomatología depresiva, mientras que las mujeres víctimas de amenazas y violencia física, reportaban tener síntomas depresivos y disfunción social.

Igualmente indicaban, que los hombres víctimas de violencia sexual y psicológica presentaban una menor satisfacción con la vida, mientras que los

afectados por violencia psicológica y control tenían una menor autoestima. Las mujeres no reportaban diferencias respecto a la satisfacción por la vida, pero su autoestima era menor en caso de sufrir violencia física.

Por otra parte, los hombres que ejercían control sobre su pareja, reportaban mayor disfunción social, mientras que las mujeres ejecutoras de violencia física, psicológica y control sobre la pareja presentaban una mayor sintomatología depresiva.

La satisfacción con la vida, no se vio afectada en hombres ni mujeres perpetradores de violencia hacia su pareja. No obstante, había diferencias en la autoestima, presentando menor autoestima los hombres que perpetraban violencia física y psicológica mientras que las mujeres con menor autoestima informaban de mayor perpetración de los tipos de violencia antes mencionado, además de controlar a su pareja.

La posibilidad de que la violencia psicológica, como lo son las conductas de control ejercidas sobre la pareja, generen sintomatología depresiva en víctimas como en quienes la ejercen (Cabrera, Gonzales y Melchor 2015), es preocupante, debido a los índices de depresión en el mundo y en nuestro país (OMS, 2017).

A nivel mundial, la depresión según las estimaciones de la organización mundial de la salud, indican que más de 300 millones de personas padecen de dicho cuadro clínico a nivel mundial, reportando un incremento de más de un 18% entre el 2005 y 2015 (OMS, 2017).

Mientras que solo en América, se estima una aproximado de 50 millones de personas con depresión, es decir un 5% de la población, lo cual ha llevado a la OMS a llamar a las instituciones encargadas de la salud mental a especializar sus métodos para abordar el tratamiento de dicha afección (OMS, 2017).

En cuanto a la depresión, las cifras que dio a conocer la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) en el informe “Depresión y otros Desórdenes Mentales Comunes” basado en los antecedentes entregados por el Ministerio de

Salud, indica que 844.253 personas mayores de 15 años padecen depresión en Chile, es decir, el 5 % de la población.

Por otra parte, en un estudio realizado por Cova, Melipillán, Valdivia, bravo y Valenzuela (2007), relacionado con sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media, en la ciudad de Concepción, Chile, observaron que, un 32,6% de los jóvenes de la muestra (700 jóvenes) presentan sintomatología depresiva, (moderada o severa), y un 42,3% sintomatología ansiosa moderada o severa. Las mayores dificultades se reportaron en aquellos ítemes que aludían a "Cambios en el patrón de sueño" "Dificultad de Concentración", "Autocríticas" y "Cambios en el apetito". Mientras que Las menores puntuaciones se encontraron en los ítemes que hacían referencia a: "Pérdida de interés por el sexo", "Pensamientos o deseos de suicidio" y "Sentimientos de fracaso".

En una investigación realizada en Chile, por Albuquerque (2011), relacionada con la violencia en el pololeo juvenil, encontró que la violencia sufrida por los jóvenes en sus relaciones de pololeo, ocasionaban un impacto importante en diferentes ámbitos de la vida de éstos. Los resultados analizados indicaron que, el 65% de las víctimas refieren baja autoestima, el 50% atravesó por inestabilidad emocional y sentimientos de culpa. Entre los efectos más extremos, se encontró un 15% con ideación o intentos de suicidio.

En dicha investigación, se observó que uno de cada dos jóvenes víctima de violencia en el pololeo, pierde a sus amigos o amigas, más de la mitad tienen conflictos con sus familias de origen y reporta pérdida de su libertad personal. Cabe destacar, que la muestra para la investigación en su totalidad habían sido víctimas de violencia en el pololeo, dado que esto era un criterio de inclusión para la muestra.

Albuquerque (2011), observó que entre los jóvenes las mujeres eran limitadas por los hombres, utilizando conductas de control, tales como restricciones de horarios y de amistades, por medio del chantaje y manipulación.

### **III.3. Marco Epistemológico/reflexividad**

Esta investigación se basa epistemológicamente en el neopositivismo, el cual según Bunge (1983), afirma la existencia de una realidad que no es posible conocer completamente, más bien solo se puede acceder a ella a través de aproximaciones limitadas, desde nuestros sentidos humanos. Debido a esto, el modo de efectuar esta aproximación es a través de la confección de análisis inexorable y medible de los datos recabados, debido a que estos son los únicos capaces de avalar de cierta manera, los conocimientos que pretenden alcanzar con la investigación. (Bunge 1983)

De este modo el enfoque neopositivista es el adecuado para nuestra investigación, ya que utilizaremos herramientas estadísticas e informáticas, para discernir entre distintas probabilidades en vez de centrarnos en una verdad absoluta. (Ruiz, 2004). De este modo, Bunge (1983), dice que la medición de las variables, en el caso de nuestra investigación a través de un instrumento para cada variable, es la única manera de poder aproximarse a estas mismas.

## **IV. Diseño Metodológico**

### **IV.1. Metodología y Diseño de investigación**

Se utilizó la metodología cuantitativa, la cual es no experimental ya que no se hizo una manipulación de las variables. (Hernández, Fernández, Baptista 2006).

Es una investigación de tipo correlacional, dado que se cuantificó la relación entre las variables estudiadas. (Hernández, Fernández, Baptista 2006).

Es una investigación transversal, ya que la recolección de datos se hizo de forma única a cada individuo y no se realizará un seguimiento de la muestra (Hernández, Fernández, Baptista 2006).

## **IV.2. Hipótesis**

La hipótesis de la presente investigación es la siguiente:

H1: Ante una mayor presencia de conductas de control en una relación de pololeo, mayor sintomatología depresiva y menor índice de felicidad en jóvenes universitarios que cursan primer año de carreras de pedagogía en la universidad del Bio Bio la ciudad de Chillán.

H0: Ante una menor presencia de conductas de control en una relación de pololeo, menor sintomatología depresiva y mayor índice de felicidad en jóvenes universitarios que cursan primer año de carreras de pedagogía en la universidad del Bio Bio la ciudad de Chillán.

## **IV.3. Técnicas de Recolección de Información**

Los instrumentos utilizados en esta investigación son de tipo Likert y auto administrados, los cuales fueron entregados a los jóvenes directamente, sin intermediarios en el proceso (Hernández et al., 2006). Este procedimiento de recolección de datos no requiere necesariamente de la ayuda del investigador, pero se sugiere la presencia de éste para responder dudas o consultas de parte de los encuestados (Clark-Carter, 2002).

Además, los jóvenes contestaron una encuesta que permitió caracterizar la muestra, en donde se especificaba la edad, sexo, carrera, si están en una relación actualmente y numero de relaciones anteriores (revisar anexo 3).

## **IV.4. Instrumentos**

Para medir la violencia en las relaciones de pololeo fue utilizado el cuestionario construido por Vizcarra y Poo (2011). El instrumento se creó para evaluar la violencia de pareja en jóvenes y está compuesto de dos dimensiones:

1. violencia psicológica, la cual tiene 6 ítems.
2. violencia física, que consta de 5 ítems.

Las sub escalas tienen el mismo formato, con cuatro opciones de respuesta, (nunca; 1 o 2 veces; 3 a 5 veces; 5 o más veces) con valores de 0 (nunca) a 3 (5 o más veces) (revisar anexo 3).

La sintomatología depresiva fue evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II (revisar anexo 3), este es un instrumento de auto reporte de 21 reactivos. El cuestionario ha sido creado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y jóvenes a partir de los 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 (Araneda, Solar, González y Peralta, 2008).

Por último, la felicidad subjetiva de los jóvenes fue medido mediante la Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (1999) (revisar anexo 3), ésta evalúa de forma global la felicidad subjetiva. Consta de 4 ítems con respuesta tipo lickert, su corrección se hace mediante la sumatoria de los puntajes obtenidos y se dividen en el número total de ítem (Lyubomirsky y Lepper, 1999). En cuanto a su contenido, dos ítems piden a quienes la responden, caracterizarse a sí mismos usando intervalos absolutos e intervalos relativos a los pares, mientras los otros dos ítems ofrecen una breve descripción sobre individuos felices e infelices y piden a los encuestados que respondan hasta qué punto cada enunciado los describe (Lyubomirsky y Lepper, 1999)

#### **IV.5. Población / Muestra**

La población de la investigación consiste en Jóvenes entre 17 a 29 años que cursan primer año de carreras de pedagogía en la universidad del Bio Bio, ciudad de Chillán.

La muestra contemplaba a 8 carreras de pedagogía con una totalidad 405 personas, de los cuales se logró acceder a 4 carreras, es decir 137 personas. El muestreo es intencional, debido a que los elementos se escogen de acuerdo a las características establecidas y el diseño de la investigación (Cea, 2012).

#### **IV.6. Análisis de Datos realizado**

Se realizó un análisis correlacional, en el que se examinaron las medidas de tendencia central, distribución de tendencias y dispersión (Hernández et al., 2006), esto se llevó a cabo mediante el software computacional Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

#### **IV.7. Criterios de Calidad**

El criterio de validez interna de la investigación, en el cual se encasillan la calidad, confianza, manejo y procesamiento de los resultados (Hernández et al., 2006), se logrará a través de los datos que serán recogidos durante todo el proceso de investigativo y al correspondiente procesamiento de ellos.

En cuanto a la validez externa, la cual corresponde a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en una investigación (Hernández et al., 2006), al ser una muestra no probabilística, hay pocas probabilidades de generalizar los datos a otras poblaciones similares, pero se sostiene que los datos recabados servirán para generar nuevas investigaciones.

En cuanto a la validez de los instrumentos, se puede reportar que el cuestionario de violencia construido por Vizcarra y Poo presenta los siguientes Alfa de Cronbach (Vizcarra y Poo, 2011):

- Violencia psicológica, la cual tiene un Alfa de Cronbach de 0,79.
- Violencia física, que consta de un Alfa de Cronbach de 0,69.

Mientras que, según lo reportado por Araneda, Solar, González y Peralta (2008), el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II), presenta un alfa de Cronbach correspondiente a 0,91, en población chilena.

Así también Instrumentos la Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper, arroja En Chile un Alpha de Cronbach. de .87 con correlaciones ítem total entre .64 y .80, esto en una muestra de adolescentes de 13 a 19 años (Vera-Villarroel, Celis-Atenas, y Córdova-Rubio, 2011).

#### **IV.8. Aspectos Éticos**

La investigación resguardó el criterio ético de las personas correspondiente a la Dignidad Humana (França-Tarragó, 2008), entregando un consentimiento informado a los estudiantes y a cada jefe de carrera.

En el momento de la aplicación de los instrumentos, se les informó a los participantes del tema de la investigación, los objetivos de la aplicación de las pruebas (França-Tarragó, 2008).

Igualmente fueron informados que el proceso era completamente voluntario y anónimo. Haciendo énfasis en que el participante haga uso de su propia voluntad y razonamiento para la realización de los instrumentos. Esto apuntaba al criterio de Autonomía de França-Tarragó (2008).

La investigación al estar dirigida a un bien que contribuía tanto a los participantes como a la sociedad y al aporte de nueva información para la comunidad científica, priorizó que existiera un mínimo de daño y equivocación, para que así se lograra la mayor cantidad de beneficios posibles y se resguardara el principio ético de Beneficencia (Escribar et al., França-Tarragó, 2008).

También se resguardó el principio de ético de Justicia, al garantizar un trato igualitario a todos los participantes, sin mostrar alguna preferencia de ningún tipo (Graham, Powell, Taylor, Anderson, y Fitzgerald, 2013).

Por último, se prestó principal cuidado y atención durante todo el proceso investigativo, en la preservación de la verdad y cualquier indebida manipulación de la información, como el plagio de la misma (França-Tarragó 2008).

## V. Presentación de los resultados

En la siguiente investigación se encuestaron un total de 134 estudiantes comprendidos en edades desde los 18 a los 29 años.

De ellos se obtienen un total de 124 encuestas válidas para el Cuestionario de Violencia de Vizcarra y Póo (2011). De ellos un 35% (n=43) reporto nunca haber vivido un episodio de violencia Física y/o Psicológica en pareja, mientras que el 65% (n=81) restante dijo haber vivido al menos un episodio de las dichas violencias durante una relación de pareja (ver tabla 8).

Siendo más específicos, un 37% (n=50) reporto nunca haber vivido un episodio de violencia psicológica durante una relación de pareja, mientras que un 63% (n=74) dijo haber vivido al menos un episodio de esta índole. Respecto a la violencia Física, un 73% (n=98) dice nunca haber pasado por un episodio de este tipo de violencia en una relación de pareja, mientras que un 27% (n=26) dice haber vivido al menos un episodio de este tipo de violencia en una relación de pareja (ver tabla 8).

**Tabla 8**  
**Cuestionario de Violencia de Vizcarra y Póo (2011), Resultados Generales.**

	Violencia General (Física y Psicológica)		Violencia Psicológica		Violencia Física	
Nunca	43	35%	50	37%	98	73%
Al menos un episodio	81	65%	74	63%	26	27%

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se obtienen 134 encuestas válidas para el inventario BDI-II donde el promedio general de los puntajes es de 12,25 con una desviación estándar de 8,9 (Ver tabla 9) respecto a la muestra, lo cual significa que el promedio de la muestra está en un nivel de gravedad mínimo de sintomatología depresiva.

Mientras que de la Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999), se registran 134 encuestas válidas, obteniendo la muestra en general un índice promedio general de felicidad subjetiva de 4,8 de una escala de 7 puntos, con una desviación estándar de 1,05 respecto a la media (Ver tabla 9).

**Tabla 9**

***Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999), Resultados Generales.***

	Media general	Desviación estándar
Sintomatología Depresiva	12,25	8,94
Felicidad subjetiva	4,80	1,05

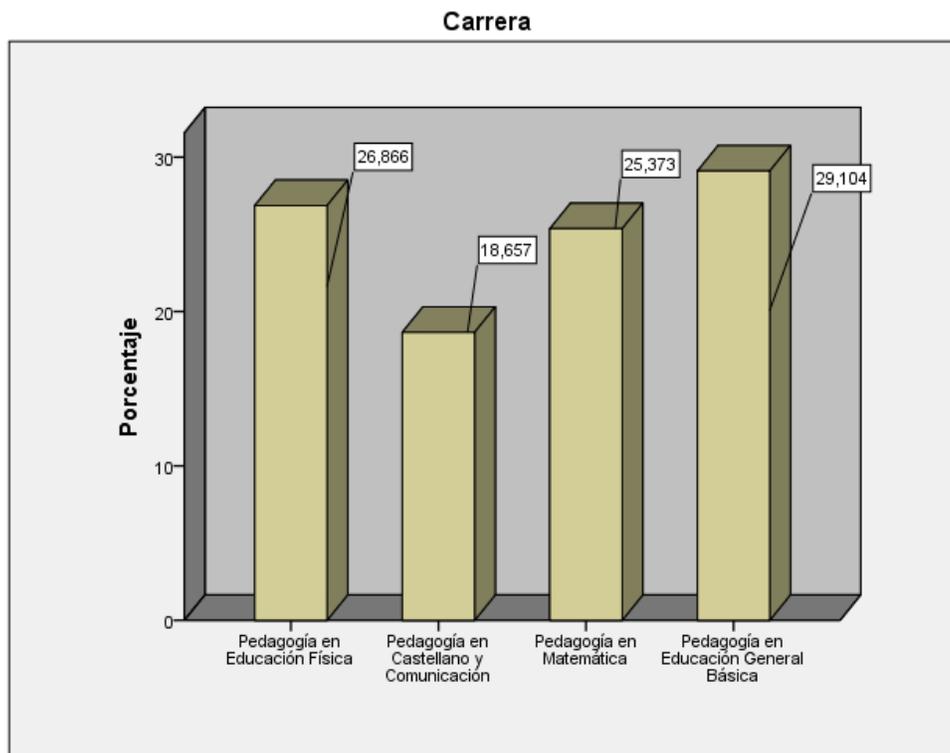
Fuente: Elaboración propia.

**V.1. Caracterización de la Muestra**

En la investigación se encuestaron a cuatro carreras de Pedagogías de la Universidad del Bío-Bío campus Chillán, obteniéndose un total de 134 encuestas validas, de las cuales el 29% (n= 39) fueron de Pedagogía en Educación General

Básica, 27% (n=36) de Pedagogía en Educación Física, un 25% (n=34) Pedagogía en Matemáticas y un 19% (n=25) de Pedagogía en Castellano y Comunicación (Figura 1).

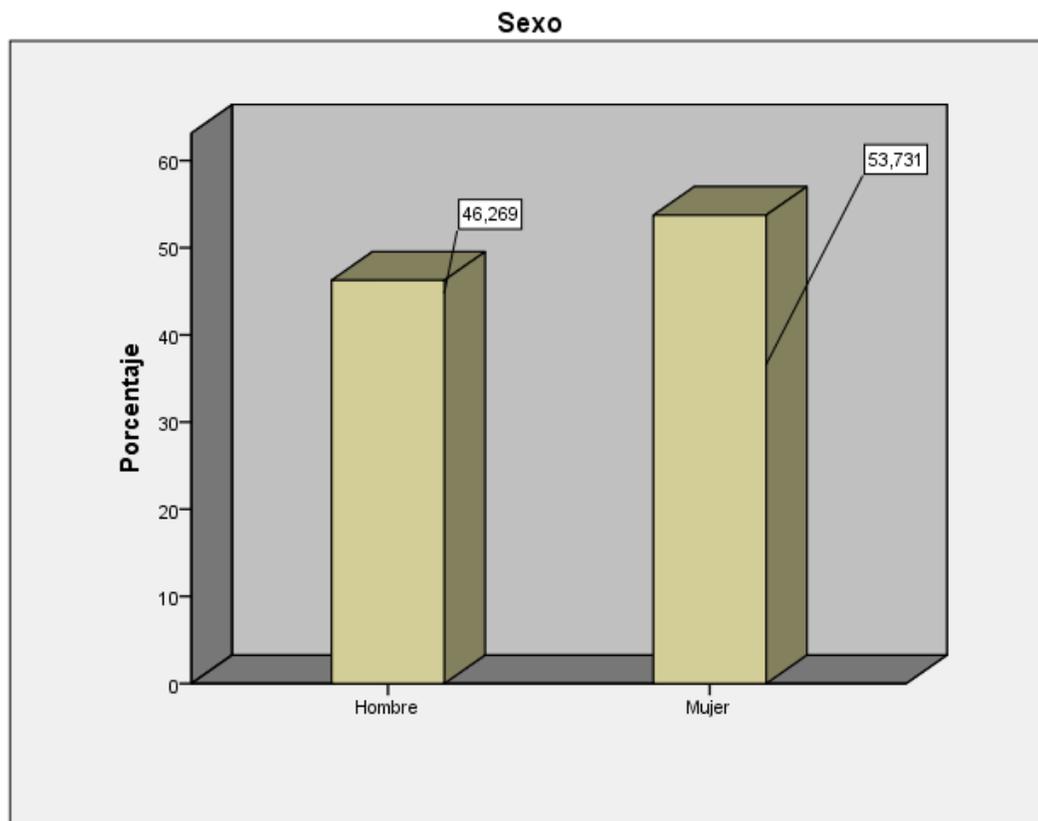
**Figura 1**



Nota: Figura 1 Grafico de la muestra separada por carrera.  
Fuente: Elaboración propia.

En relación a los datos se presenta que el 54% (n= 72) de la muestra son mujeres y el 46% (n= 62) son hombres (Figura 2).

**Figura 2**



Nota: figura 2 muestra separada por sexo.  
Fuente: Elaboración propia.

Se reporta un total de 123 encuestas validas, en las cuales un 31% (n=41) de los encuestados han tenido 2 relaciones, un 22% (n=30) tuvo 3 relaciones, un 19% (n=26) 1 relación, un 13% (n=17) tuvieron 4 relaciones y un 7% (n=9) han tenido 5 o más relaciones de pareja (Tabla 10).

**Tabla 10**  
**¿Cuántas relaciones de pareja has tenido?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	26	19,4	21,1	21,1
	2	41	30,6	33,3	54,5
	3	30	22,4	24,4	78,9
	4	17	12,7	13,8	92,7
	5 o +	9	6,7	7,3	100,0
	Total	123	91,8	100,0	
Perdidos Sistema	11	8,2			
Total	134	100,0			

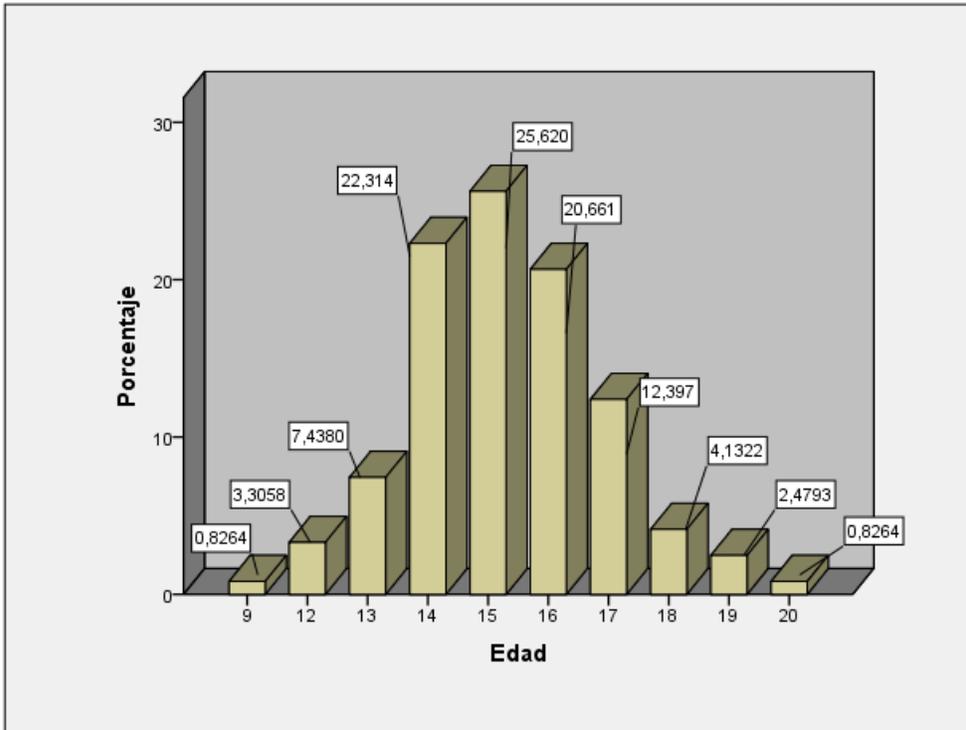
Nota: Tabla de frecuencia.

Fuente: Elaboración propia.

De un total de 121 encuestas válidas, se puede apreciar en la tabla 8 que la mayoría de los alumnos reporta haber tenido su primera relación de pareja a las edades de 14 años con un 22% (n=27), 15 años con un 26% (n=31) y 16 años con un 21% (n=25). Luego en menor porcentaje reportan haber tenido su primera relación de pareja a los 17 años con un 12% (n=15), 13 años con un 7% (n=9), 18 con un 4% (n=5), 12 con un 3% (n=4), 19 años con un 2,5% (n=3), 9 y 20 años ambos con un 1% (n=1) (Figura 3).

**Figura 3**

¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación de pareja?



Nota: figura de la muestra por edad.  
Fuente: Elaboración Propia.

Se registra un total de 133 encuestas validas, donde un 52% (n=69) de los encuestados dice estar en una relación de pareja en la actualidad, mientras un 48% (n=64) reporta no estarlo (Figura 4).

**Figura 4**

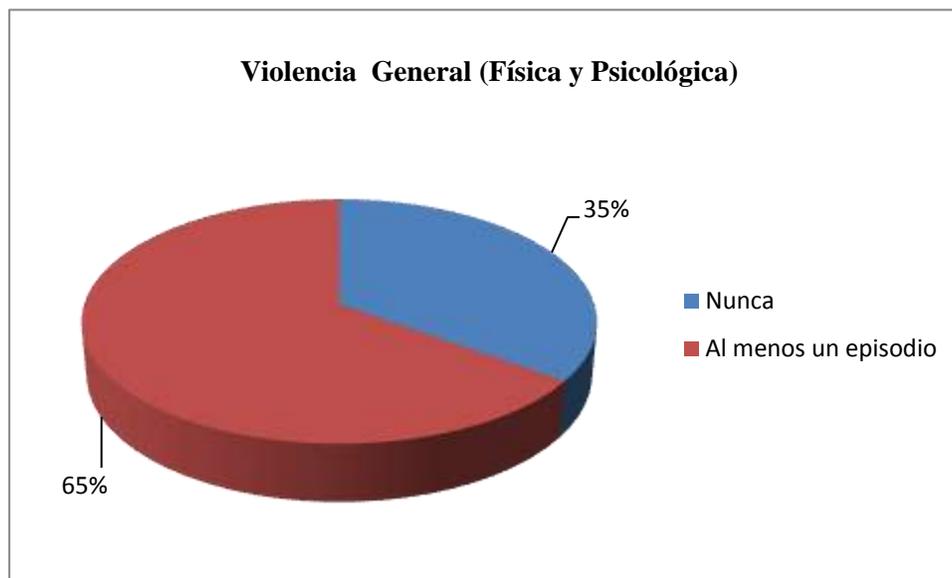


Nota: Grafico de la muestra separado por presencia de relación actual.  
 Fuente: Elaboración propia.

## **V.2. Cuestionario de Violencia de Vizcarra y Póo (2011)**

Se logran obtener un total de 124 encuestas válidas y de ellas se reporta que un 35% (n=43) nunca ha vivido un episodio de violencia en pareja, ya sea Violencia Psicológica o Física, mientras que un 65% (n=81) contesta haber vivido al menos 1 episodio de violencia Psicológica y/o Física (Figura 5), entendida “*violencia física como empujones, golpes y caricias violentas, y violencia psicológica como insultos, humillaciones, negación de la relación y control de vínculos familiares y sociales de la pareja*” (Vizcarra y Pòo, 2011).

**Figura 5**



Nota: figura de la muestra separada entre "Nunca ha presenciado un episodio" y "Al menos a vivido un episodio" de violencia en una relación de pareja, ya sea Física y/o Psicológica.  
Fuente: Elaboración propia.

Según el sexo, se puede observar que un 32% (n=18) de los hombres reporta que nunca ha vivido un episodio de Violencia Psicológica y/o Física en una relación de pareja, mientras que el 68% (n=39) restante ha vivido por lo menos 1 episodio de este tipo. Por su parte, un 37% (n=25) de las mujeres encuestadas respondió que nunca ha vivido un episodio de violencia en pareja, este sea físico y/o psicológico, mientras que un 63% (n=42) de las mujeres responde haber vivido al menos 1 episodio de violencia en pareja de los anteriormente mencionados (Tabla 11).

**Tabla 11**  
**Porcentajes por sexo de violencia Física y/o Psicológica**

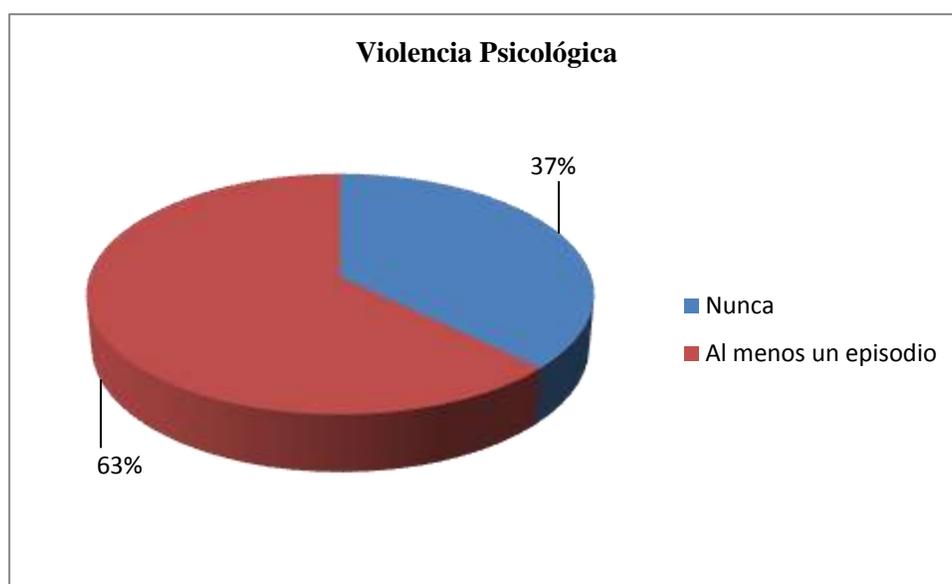
	Sexo			
	Hombre		Mujer	
Nunca	18	31,6%	25	37,3%
Al menos un episodio	39	68,4%	42	62,7%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>46,0%</b>	<b>67</b>	<b>54,0%</b>

Nota: muestra separada entre "Nunca ha presenciado un episodio" y "Al menos a vivido un episodio" de violencia en una relación de pareja, ya sea Física y/o Psicológica.  
Fuente: Elaboración propia.

### V.2.1 Violencia Psicológica

Se registran un total de 124 encuestas validas, de las cuales un 37% (n=50) de los encuestados dice nunca haber tenido un episodio de Violencia Psicológica en una relación de pareja, mientras que un 63% (n=74) ha presentado al menos un episodio (Figura 6).

**Figura 6**



Nota: figura de la muestra separada entre "Nunca ha presenciado un episodio" y "Al menos a vivido un episodio" de violencia Psicológica en una relacion de pareja..  
Fuente: Elaboracion propia.

Se reporta que un 40% (n=23) de los hombres nunca ha vivido un episodio de violencia Psicológica en una relación de pareja, mientras que el 60% (n=34) restante dice al menos haber vivido 1 episodio. De las mujeres, un 40% (n=27) dice no haber vivido nunca episodios de violencia Psicológica en relaciones de pareja, mientras que un 60% (n=40) reporta haber vivido al menos 1 episodio de este tipo de violencia en una relación de pareja (Tabla 12).

**Tabla 12**

***Violencia Psicológica por sexo***

	Hombre		Mujer	
Nunca	23	40,4%	27	40,3%
Al menos un episodio	34	59,6%	40	59,7%
Total	57	100,0%	67	100,0%

Nota: Tabla de frecuencia según sexo y presencia de episodio reportado.  
Fuente: Elaboración propia.

En comparación a ambos sexos, los hombres presentan un promedio de 1,08 con una desviación estándar de 0,27, mientras las mujeres tienen un promedio de 1,06 con una desviación estándar de 0,25 respecto a la media (Tabla 13).

La T leven no es significativo ( $F = 0,23$ ;  $p = 0,62$ ), se asumen que las varianzas son homogéneas. No hay diferencias entre los grupos ( $t = 0,24$ ;  $p = 0,80$ ) con respecto a la violencia psicológica (Tabla 14).

**Tabla 13**

***Tabla de frecuencia según sexo.***

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Violencia Psicológica	Hombre	62	1,0806	,27451	,03486
	Mujer	72	1,0694	,25599	,03017

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 14**  
**Prueba T de muestras independientes**

Prueba de Levene para la Prueba T para la igualdad de medias									
igualdad de varianzas									
	F	Sig.	t	gl	ig.	Diferencia de	Error típ. de la	95% Intervalo de confianza	
					(bilateral)	medias	diferencia	para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,238	,626	,244	132	,807	,01120	,04586	,07952	,10192
No se han asumido varianzas iguales			243	125,906	,808	,01120	,04610	,08004	,10244

Nota: Comparación de grupo entre sexo, en Violencia Psicológica.

Respecto al ítem 1 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 123 encuestas validas, un 68% (n=84) responde que nunca ha perdido el contacto con alguna amistad, familiar o compañero de curso para que su pareja no se moleste, mientras que un 21% (n=26) dice haberle pasado 1 o 2 veces, un 4% (n=5) de 3 a 5 veces y un 6,5% (n=8) 5 o más veces (Tabla 15).

Al hacer la distinción por sexo, se observa (tabla x) que los hombres en un 73% (n=42) marcan nunca haber perdido el contacto con alguna amistad, familiar o compañero de curso para que su pareja no se moleste, mientras que un 12% (n=42) reporta haber pasado por este tipo de episodios 1 o 2 veces, un 7% (n=4) 3 a 5 veces y un 7% (n=4) 5 o más veces. En cambio, un 64% (n=42) de las mujeres dicen nunca haber pasado por esta situación, mientras que un 29% (n=19) reporta haber vivido este tipo de episodios 1 o 2 veces, un 1,5% (n=1) de 3 a 5 veces y un 6% (n=4) 5 o más veces (Tabla 15).

**Tabla 15**  
**1. He perdido contacto con amistades, familiares, compañeros de curso para evitar que mi pareja se moleste**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	42	73,7%	42	63,6%	84	68,3%	0
1 o 2 veces	7	12,3%	19	28,8%	26	21,1%	0
3 a 5 veces	4	7,0%	1	1,5%	5	4,1%	0
5 o mas	4	7,0%	4	6,1%	8	6,5%	0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>	<b>123</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

En el ítem 2 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 124 encuestas validas, un 81,5% (n=101) responde que nunca su pareja ha criticado su aspecto físico y/o su forma de ser, mientras que un 18% (n=22) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y 1% (n=1) 5 o más veces (Tabla 16).

De los hombres, un 82,5% (n=47) dice nunca haber pasado por este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 17,5% (n=10) dice haber vivido esta situación 1 o 2 veces. Por su parte, un 80% (n=54) de las mujeres reporta que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 18% (n=12) marca haberle sucedido 1 o 2 veces y un 1,5% (n=1) 5 o más veces (Tabla 16).

**Tabla 16**  
**2. Mi pareja a menudo critica mi aspecto físico, mi forma de ser**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	47	82,5%	54	80,6%	101	81,5%	0
1 o 2 veces	10	17,5%	12	17,9%	22	17,7%	0
3 a 5 veces	0	0,0%	1	1,5%	1	0,8%	0
Total	57	100,0%	67	100,0%	124	100,0%	10

Fuente: Elaboración propia.

Del Ítem 3 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 124 encuestas validas, un 74% (n=92) responde que nunca su pareja a desconfiado y acusado de infidelidad sin fundamentos, mientras que un 20% (n=25) dice haberle pasado 1 o 2 veces, un 3% (n=4) de 3 a 5 veces y un 2% (n=3) 5 o más veces (Tabla 17).

En este ítem, un 69% (n=39) de los hombres dice nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 23% (n=13) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces, un 5,3% (n=3) de 3 a 5 veces y un 3,5% (n=2) 5 o más veces. Por su parte, un 79% (n=53) de las mujeres reporta que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 18% (n=12) marca haberle sucedido 1 o 2 veces, un 1,5% (n=1) de 3 a 5 veces y un 1,5% (n=1) 5 o más veces (Tabla 17).

**Tabla 17**  
**3. Mi pareja desconfía y me acusa de infidelidad sin fundamento**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	39	68,4%	53	79,1%	92	74,2%	0
1 o 2 veces	13	22,8%	12	17,9%	25	20,2%	0
3 a 5 veces	3	5,3%	1	1,5%	4	3,2%	0
5 o mas	2	3,5%	1	1,5%	3	2,4%	0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>

Fuente: Elaboracion propia.

En el ítem 4 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 124 encuestas válidas, un 96% (n=119) responde que nunca su pareja ha descalificado sus éxitos, mientras que solo un 4% (n=5) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces (Tabla 18).

Según el sexo, un 93% (n=53) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que el 7% restante (n=13) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces. De las mujeres, un 98,5% (n=66) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 1,5% (n=1) marca haberle sucedido 1 o 2 veces (Tabla 18).

**Tabla 18**  
**4. Mi pareja descalifica mis éxitos.**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	53	93,0%	66	98,5%	119	96,0%	0
1 o 2 veces	4	7,0%	1	1,5%	5	4,0%	0
Total	57	100,0%	67	100,0%	124	100,0%	10

Fuente: Elaboración propia.

Del ítem 5 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 123 encuestas válidas, un 80% (n=98) respondió que nunca su pareja la ha insultado, mientras que un 17% (n=21) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 3% (n=4) de 3 a 5 veces (Tabla 19).

Por sexo, un 80% (n=45) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 18% (n=10) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 2% (n=1) de 3 a 5 veces. De las mujeres, un 79% (n=53) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 16% (n=11) marca haberle sucedido 1 o 2 veces y un 4,5% (n=3) de 3 a 5 veces (Tabla 19).

**Tabla 19**  
**5. Mi pareja me ha insultado.**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	45	80,4%	53	79,1%	98	79,7%	0
1 o 2 veces	10	17,9%	11	16,4%	21	17,1%	0
3 a 5 veces	1	1,8%	3	4,5%	4	3,3%	0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>123</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración Propia.

Y del ítem 6 de la escala de Violencia Psicológica, de un total de 123 encuestas válidas, un 78% (n=96) respondió que nunca su pareja la ha hecho sentir en permanente tensión y que haga lo que haga su pareja se irrita y la culpabiliza, mientras que un 19% (n=23) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces, un 2% (n=2) de 3 a 5 veces y un 2% (n=2) de 5 o más veces (Tabla 20).

Por sexo, un 71% (n=40) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 25% (n=14) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces, un 2% (n=1) de 3 a 5 veces y un 2% (n=1) de 5 o más veces. De las mujeres, un 84% (n=56) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 13% (n=9) marca haberle sucedido 1 o 2 veces, un 1,5% (n=1) de 3 a 5 veces y un 1,5% (n=1) 5 o más veces (Tabla 20).

**Tabla 20**  
**6. Mi pareja me hace estar en permanente tensión y haga lo que haga se irrita o me culpabiliza.**

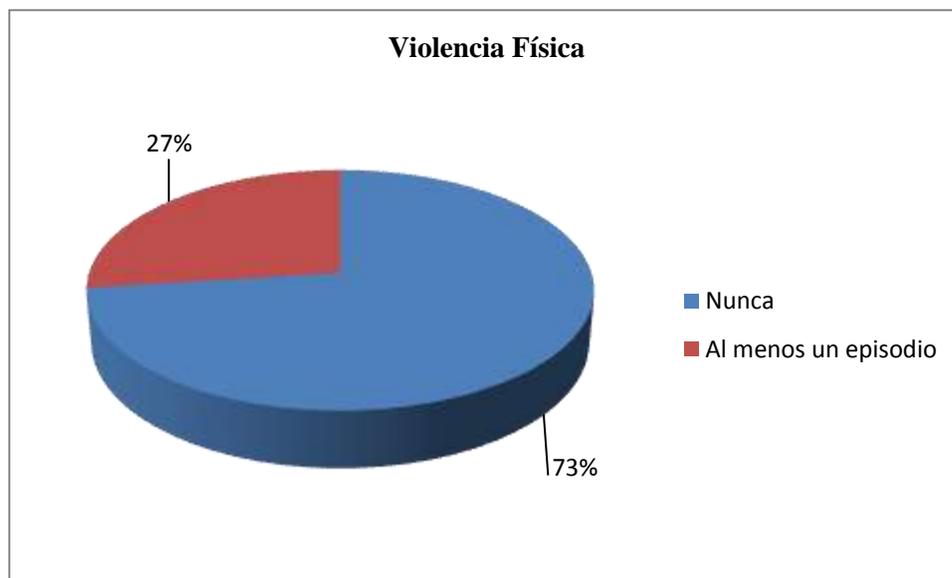
	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		Perdidos
	n	% n	n	% n	N	% N	
Nunca	40	71,4%	56	83,6%	96	78,0%	0
1 o 2 veces	14	25,0%	9	13,4%	23	18,7%	0
3 a 5 veces	1	1,8%	1	1,5%	2	1,6%	0
5 o mas	1	1,8%	1	1,5%	2	1,6%	0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>123</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

### V.2.2. Violencia Física

Se registran un total de 124 encuestas válidas, de las cuales un 73% (n=98) de los encuestados dice nunca haber tenido un episodio de Violencia Física en una relación de pareja, mientras que un 27% (n=26) reporto al menos un episodio (Figura 7).

**Figura 7**



Nota: figura de la muestra separada entre "Nunca ha presenciado un episodio" y "Al menos a vivido un episodio" de violencia Física en una relación de pareja.  
 Fuente: Elaboración propia.

Se reporta que un 68% (n=39) de los hombres nunca ha vivido un episodio de violencia Física en una relación de pareja, mientras que el 32% (n=11) restante dice al menos haber vivido 1 episodio. De las mujeres, un 88% (n=59) dice no haber vivido nunca episodios de violencia Física en relaciones de pareja, mientras que un 12% (n=8) reporta haber vivido al menos 1 episodio de este tipo de violencia en una relación de pareja (Tabla 21).

**Tabla 21**  
**Violencia Física por sexo**

	Hombre		Mujer	
Nunca	39	68,4%	59	88,1%
Al menos un episodio	11	31,6%	8	11,9%
Total	57	100,0%	67	100,0%

Nota: Tabla de frecuencia según sexo y presencia de episodio reportado.

Fuente: Elaboración propia.

En comparación a ambos sexos, los hombres presentan un promedio de 0,64 con una desviación estándar de 1,71, mientras las mujeres tienen un promedio de 0,11 con una desviación estándar de 0,32 respecto a la media (Tabla 22).

La T Levene es significativo ( $F= 13,91$ ;  $p = 0,00$ ), se asumen que las varianzas no son homogéneas. Se indica que hay diferencias entre los grupos ( $t= 2,29$ ;  $p = 0,25$ ) con respecto a la violencia física (Tabla 23).

**Tabla 22**

**Tabla de frecuencia según sexo.**

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Violencia Física	Hombre	57	,6491	1,71643	,22735
	Mujer	67	,1194	,32671	,03991

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 23**

**Prueba T de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Se han asumido varianzas iguales	13,918	,000	2,476	122	,015	,52972	,21397	,10614	,95330	
No se han asumido varianzas iguales			2,295	59,457	,025	,52972	,23082	,06792	,99152	

Nota: Comparación de grupo entre sexo, en Violencia Física.

En el ítem 1 de la escala de Violencia Física, de un total de 124 encuestas válidas, un 95% ( $n=119$ ) responde que nunca su pareja le ha tirado cosas o ha roto

objetos durante una pelea o discusión, mientras que un 5% (n=6) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces (Tabla 24).

Según sexo, un 93% (n=53) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 7% (n=4) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces. De las mujeres, un 97% (n=66) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 3% (n=2) marca haberle sucedido 1 o 2 veces (Tabla 24).

**Tabla 24**

**1. Me ha tirado cosas o ha roto objetos durante una pelea o discusión.**

	Sexo				Total		
	Hombre		Mujer				
Nunca	53	93,0%	65	97,0%	118	95,2%	0
1 o 2 veces	4	7,0%	2	3,0%	6	4,8%	0
Total	57	100,0%	67	100,0%	124	100,0%	10

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al ítem 2 de la escala de Violencia Física, de un total de 123 encuestas válidas, un 84% (n=103) responde que nunca su pareja la ha pellizcado y/o empujado, mientras que un 15% (n=18) reporta 1 o 2 veces haber pasado por esto, un 1% (n=1) de 3 a 5 veces y un 1% (n=1) de 5 o más veces (Tabla 25).

Por sexo, un 73% (n=41) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 23% (n=13) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces, un 2% (n=1) de 3 a 5 veces y un 2% (n=1) de 5 o más veces. De las mujeres, un 92,5% (n=62) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 7,5% (n=5) marca haberle sucedido 1 o 2 veces (Tabla 25).

**Tabla 25**  
**2. Mi pareja me pellizca y/o da empujones.**

	Sexo				Total		
	Hombre		Mujer				
Nunca	41	73,2%	62	92,5%	103	83,7%	0
1 o 2 veces	13	23,2%	5	7,5%	18	14,6%	0
3 a 5 veces	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
5 o mas	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
Total	56	100,0%	67	100,0%	123	100,0%	11

Fuente: Elaboración propia.

Del ítem 6 de la escala de Violencia Física, de un total de 123 encuestas válidas, un 96% (n=96) contesto que nunca su pareja le ha dado cachetadas, mientras que un 3% (n=4) dice haberle sucedido 1 o 2 veces y un 1% (n=1) 5 o más veces (Tabla 26).

Por sexo, un 93% (n=52) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 5% (n=3) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 2% (n=1) 5 o más veces. De las mujeres, un 98,5% (n=66) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja, mientras que un 1,5% (n=1) marca haberle sucedido 1 o 2 veces (Tabla 26).

**Tabla 26**

**3. Mi pareja me ha dado cachetadas.**

	Sexo						
	Hombre		Mujer		Total		
Nunca	52	92,9%	66	98,5%	118	95,9%	0
1 o 2 veces	3	5,4%	1	1,5%	4	3,3%	0
5 o mas	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
Total	56	100,0%	67	100,0%	123	100,0%	11

Fuente: Elaboración propia.

En el ítem 4 de la escala de Violencia Física, de un total de 124 encuestas válidas, un 98% (n=121) respondió que nunca su pareja le ha dado patadas, mientras que un 2% (n=2) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 1% (n=1) 5 o más veces (Tabla 27).

Por sexo, un 95% (n=54) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 3,5% (n=2) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 2% (n=1) 5 o más veces. De las mujeres, el 100% (n=67) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja (Tabla 27).

**Tabla 27**

**4. Mi pareja me ha dado patadas.**

	Sexo				Total		
	Hombre		Mujer				
Nunca	54	94,7%	67	100,0%	121	97,6%	0
1 o 2 veces	2	3,5%	0	0,0%	2	1,6%	0
5 o mas	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
Total	57	100,0%	67	100,0%	124	100,0%	10

Fuente: Elaboración propia.

Y del ítem 5 de la escala de Violencia Física, de un total de 124 encuestas válidas, un 98% (n=122) respondió que nunca su pareja le ha dado puñetazos, mientras que un 1% (n=1) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 1% (n=1) 5 o más veces (Tabla 28).

Por sexo, un 96,5% (n=55) de los hombres reporta nunca haber vivido este tipo de episodio en una relación de pareja, mientras que un 2% (n=1) dice haber pasado por esto 1 o 2 veces y un 2% (n=1) 5 o más veces. De las mujeres, el 100% (n=67) responde que nunca ha experimentado esta situación en una relación de pareja (Tabla 28).

**Tabla 28**

**5. Mi pareja me ha dado puñetazos**

	Sexo				Total		
	Hombre		Mujer				
Nunca	55	96,5%	67	100,0%	122	98,4%	0
1 o 2 veces	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
5 o mas	1	1,8%	0	0,0%	1	0,8%	0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>

Fuente: Elaboración propia.

**V.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Se obtuvieron un total de 134 encuestas válidas, registrándose un promedio de los puntajes del inventario BDI-II de 12,25 con una desviación estándar de 8,9 respecto a la muestra, lo cual significa que el promedio de la muestra está en un nivel de gravedad mínimo de sintomatología depresiva (ver tabla 29). La media de los puntajes en los hombres fue de 10,97 puntos con una desviación estándar de 8,2 y de las mujeres fue 13,36 puntos con una desviación estándar de 9,39779 respecto a la media, colocándolos a ambos sexos en un nivel de gravedad mínimo de sintomatología depresiva (ver tabla 30).

La T leven es significativo ( $F= 1,05$ ;  $p= 0,30$ ), se asumen que las varianzas son homogéneas. Se indica que no hay diferencias entre los grupos ( $t= - 1,55$ ;  $p = 0,12$ ) con respecto a la sintomatología depresiva (ver tabla 31).

**Tabla 29**

**Media y Desviación típica General.**

N	Válidos	134
	Perdidos	0
	Media	12,2537
	Desv. típ.	8,94569

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 30**

**Frecuencia de Sintomatología Depresiva por sexo**

Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Hombre	62	10,9677	8,27987	1,05155
Mujer	72	13,3611	9,39779	1,10754

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 31**  
**Prueba T de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	1,057	,306	-1,552	132	,123	-2,39337	1,54175	-5,44311	,65637
No se han asumido varianzas iguales			-1,567	131,924	,119	-2,39337	1,52722	-5,41437	,62763

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla 30 que un 69% (n=93) de la muestra está en ubicado en un nivel de gravedad Mínimo, seguido de 13% (n=18) en un nivel de gravedad Moderado, un 11%(n=15) en un nivel de gravedad Leve y un 6% (n=8) en un nivel de gravedad Severo.

Por sexo, un 74% (n=46) de los hombres está ubicado en un nivel de gravedad Mínimo, seguido por un 11% (n=7) en un nivel de gravedad Leve, un 10% (n=6) en un nivel de gravedad Moderado y un 5% (n=3) en un nivel de gravedad Severo. De las mujeres, un 65% (n=47) está ubicado en un nivel de gravedad Mínimo, seguido de un 17% (n=12) en un nivel de gravedad Moderado, un 11% (n=8) en un nivel de gravedad Leve y un 7% (n=5) en un nivel de gravedad Severo (Tabla 32).

**Tabla 32**  
***Sintomatología Depresiva por nivel de gravedad***

	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
Mínimo	46	74,2%	47	65,3%	93	69,4%
Leve	7	11,3%	8	11,1%	15	11,2%
Moderado	6	9,7%	12	16,7%	18	13,4%
Severo	3	4,8%	5	6,9%	8	6,0%
Total	62	100,0%	72	100,0%	134	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

#### **V.4. Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999)**

Se registran 134 encuestas válidas, obteniendo la muestra en general un puntaje promedio de felicidad subjetiva de 4,8 con una desviación estándar de 1,05 respecto a la media. Por ítem, el puntaje promedio obtenido por la muestra para la primera afirmación 1 "En general considero que" fue de 5,4, mientras que de la

segunda afirmación 2 " En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero" fue de fue de 5,1. Respecta a la tercera pregunta, el puntaje promedio de la muestra referido a " Algunas personas son generalmente muy felices. Disfrutan de la vida, independientemente de lo que suceda, obteniendo el máximo rendimiento de todo. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?" fue de 4,7 y por último el promedio de la pregunta 4 "Algunas personas no suelen ser muy feliz. A pesar de que no están deprimidos, nunca parecen tan felices como podrían ser. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?" fue de 3,9. (Ver tabla 33)

**Tabla 33**  
**Felicidad subjetiva, Media y Desviación estándar General.**

	Media	Desviación típica
1) En general, me considero:	5,40	1,52
2) En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero:	5,10	1,43
3) Algunas personas son generalmente muy felices. Disfrutan de la vida, independientemente de lo que suceda, obteniendo el máximo rendimiento de todo. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?	4,75	1,61
4) Algunas personas no suelen ser muy feliz. A pesar de que no están deprimidos, nunca parecen tan felices como podrían ser. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?	3,93	1,72
Total	4,80	1,05

Fuente: Elaboración propia.

Por sexo, los hombres presentan un promedio de 4,7 con una desviación estándar de 1,24, mientras las mujeres tienen un promedio de 4,8 con una desviación estándar de 0,85 respecto a la media. La T leven es significativo ( $F= 10, 28; p = 0,02$ ), se asumen que las varianzas no son homogéneas, además no hay diferencias entre los grupos ( $t= - 0,83; p = 0,40$ ) con respecto a la felicidad (Tabla 34).

**Tabla 34**  
**Prueba T de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	10,287	,002	-,854	132	,395	-,15591	,18257	-,51706	,20523
No se han asumido varianzas iguales			-,831	105,955	,408	-,15591	,18751	-,52768	,21585

Fuente: Elaboración propia.

Siendo más específicos, los hombres presentaron una media del índice de felicidad subjetiva en la pregunta 1 de 5,16 y las mujeres una media de 5,61. En la pregunta 2, los hombres registran una media de 4,94 y las mujeres una media de 5,24. En la pregunta 3 los hombres presentan una media de 4.66 y las mujeres una media de 4,83 y por último en la pregunta numero 4 los hombres registran una media de índice felicidad subjetiva de 4,08 y las mujeres una media del índice de 3,80 (Tabla 35).

**Tabla 35**  
**Felicidad subjetiva, Media y Desviación estándar por sexo.**

	Hombre		Mujer	
	n	Media Desviación típica	n	Media Desviación típica
1) En general, me considero:	62	5,16 1,72	72	5,61 1,30
2) En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero:	62	4,94 1,61	72	5,24 1,26
3) Algunas personas son generalmente muy felices. Disfrutan de la vida, independientemente de lo que suceda, obteniendo el máximo rendimiento de todo. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?	62	4,66 1,70	72	4,83 1,53
4) Algunas personas no suelen ser muy feliz. A pesar de que no están deprimidos, nunca parecen tan felices como podrían ser. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?	62	4,08 1,68	72	3,80 1,76
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>4,72 1,24</b>	<b>72</b>	<b>4,88 ,86</b>

Fuente: Elaboración propia.

### V.5. Análisis correlacional

Se utilizará el coeficiente de Pearson para analizar la relación entre los distintos puntajes de cada instrumento utilizado en esta investigación, para así conocer si existe o no una correlación entre las distintas variables.

De esta forma, se observa que la violencia Psicológica se relaciona con la violencia Física de forma positiva, con tendencia media y significativamente ( $r = ,23$ ;  $p < 0,01$ ), lo cual nos indicaría que a mayor violencia Psicológica mayor violencia Física en relaciones de pololeo de los estudiantes encuestados. Por el contrario, la violencia Psicológica no se relaciona con la sintomatología depresiva ni la felicidad subjetiva (Tabla 36).

Respecto a la violencia Física, se puede apreciar que esta se relaciona con la Felicidad subjetiva de forma negativa con tendencia media y significativamente ( $r = -,24$ ;  $P < 0,01$ ), esto quiere decir que a mayor violencia Física menor Felicidad subjetiva en los estudiantes de las carreras de Pedagogía. Por otra parte, la violencia Física no tiene relación con la sintomatología depresiva (Tabla 36).

Por último, la sintomatología depresiva tiene una relación negativa con tendencia considerable y significativamente ( $r = -, 67$ ;  $p < 0,01$ ) con la Felicidad subjetiva, es decir, que a mayor presencia de sintomatología depresiva habrá menor felicidad subjetiva en los estudiantes de las carreras de Pedagogía. (Tabla 36).

**Tabla 36**  
**Correlación de Pearson**

		Violencia Física	Sintomatología Depresiva	Felicidad Subjetiva
Violencia Psicológica	Correlación de Pearson	,23**	,08	-,11
Violencia Física	Correlación de Pearson	-	,13	-,24**
Sintomatología Depresiva	Correlación de Pearson	-	-	-,67**

\*\* $p < 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

## VI. Conclusiones

En la investigación se encuestaron a cuatro carreras de Pedagogías de la Universidad del Bío-Bío campus Chillán, obteniéndose un total de 134 encuestas válidas, de las cuales el 29% fueron de Pedagogía en Educación General Básica, 27% de Pedagogía en Educación Física, un 25% Pedagogía en Matemáticas y un 19% de Pedagogía en Castellano y Comunicación.

En relación a los datos se presenta que el 54% de la muestra son mujeres y el 46% son hombres. La mayoría de los estudiantes, reporta haber tenido su primera relación de pareja a las edades de 14 años (22%), 15 años (26%) y 16 años (21%). Esto coincide con el inicio de la etapa de la juventud según el INJUV (2016), lo cual refuerza el antecedente que indica dicha institución, de que las relaciones de pololeo se inician a edades tempranas (INJUV, 2017). Un 52% de los encuestados dice estar en una relación de pareja en la actualidad, mientras un 48% reporta no estarlo. Ante esto, se puede observar que no hay diferencias significativas entorno al índice de felicidad subjetiva y nivel de sintomatología presentada por los jóvenes.

Más de la mitad de los encuestados (65%), mencionan haber vivido al menos un episodio de violencia Psicológica y/o Física. De esto, el 68% de los hombres, reporta que ha vivido al menos un episodio de Violencia Psicológica y/o Física en una relación de pareja, mientras que en el caso de las mujeres un 63%.

En relación a la violencia psicología, más de la mitad (63%) de los jóvenes encuestados ha tenido un episodio de Violencia Psicológica en una relación de pareja, ejercida principalmente mediante insultos, críticas, desconfianza y control (Vizcarra, Póo, 2008), esto es similar a los observado por Vizcarra y Póo (2010) en jóvenes pertenecientes a la universidad de la Frontera.

Los hombres (60%) reportan en igual medida ser víctimas de este tipo de violencia que las mujeres (60%), es decir, no se reportan diferencias de género en este tipo de violencia, del mismo modo que en el estudio de Vizcarra y Póo (2010). La desconfianza se instala, como la forma de violencia psicológica mayormente reportada por los hombres. Mientras que, en el caso de las mujeres, es “el perder contacto con amistades, familiares y compañeros de curso, para evitar que la pareja se moleste”. Este aspecto, difiere con los resultados de Vizcarra y Póo (2010), dado

que en aquel estudio las formas más recurrentes de ejercer violencia psicológica eran “Mi pareja a menudo critica mi aspecto físico, mi forma de ser”, “Mi pareja me ha insultado”, “Mi pareja desconfía de mí y me acusa de infidelidad sin fundamento”.

En cuanto a la violencia física, aproximadamente la cuarta parte de los encuestados (27%) reportó al menos un episodio de este tipo, lo cual es semejante a los resultados de Vizcarra y Póo (2010). En la presente investigación, los hombres (32%) indican mayormente haber sufrido un episodio de violencia física, en relación a las mujeres (12%). Se puede dar cuenta que, la afirmación “mi pareja me piñizca y/o me da empujones”, es la forma de violencia que más se reporta por los hombres (23%), mientras que en mujeres es la misma forma, pero reportada en menor medida (7,5%). Las formas de violencia física como patadas y puñetazos, se ausenta completamente en el reporte indicado por las mujeres, mientras que en hombres alcanza aproximadamente el 5%.

En relación a los resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se obtuvo un promedio de los puntajes de 12,25, lo cual significa que el promedio de la muestra está en un nivel de gravedad mínimo de sintomatología depresiva, este puntaje promedio está levemente por debajo del que observó Irarrázaval (2012), en estudiantes de 1° a 7° año de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, cuyo puntaje se ubicó en 15,00 en la muestra total. La media de los puntajes en los hombres fue de 10,97 puntos y de las mujeres fue 13,36 puntos, colocándolos a ambos sexos en un nivel de gravedad mínimo de sintomatología depresiva. Aunque se observa que la media de los puntajes obtenidos mediante el inventario de Beck se ubica en el rango mínimo de sintomatología depresiva, más de la cuarta parte de la muestra presenta sintomatología depresiva leve (11%), moderada (13%) o severa (6%).

La Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999) arroja un puntaje promedio de felicidad subjetiva de 4,8 de una escala de siete puntos para el general de la muestra, no habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres, esto es similar a lo reportado por Vera, Celis, Córdova (2011), en un

estudio en el que consideraron jóvenes entre 18 a 31 años, obteniendo un puntaje promedio de 4.9.

La hipótesis del presente estudio planteaba que “Ante una mayor presencia de conductas de control en una relación de pololeo, mayor sintomatología depresiva y menor índice de felicidad en jóvenes universitarios que cursan primer año de carreras de pedagogía en la universidad del Bio Bio la ciudad de Chillán”. Entendiendo conductas de control, como aquellas englobadas dentro de la violencia Psicológica definidas por Poo, Vizcarra (2008) y Rey-Anacona (2013).

Se puede concluir mediante los resultados, que la violencia psicológica la cual es entendida como insultos, humillaciones, negación de la relación y control de vínculos familiares y sociales de la pareja y la violencia física, entendida como empujones, golpes y caricias violentas (Poo, Vizcarra, 2011), se relacionan de forma positiva y significativa. Es decir, a medida que se presenta un mayor nivel de violencia psicológica, aumenta el nivel de violencia física en las relaciones de pololeo entre jóvenes, esto se relaciona con hallazgos de Vizcarra y Póo (2010), en donde señalan que los jóvenes de su muestra que reportaban haber vivido violencia física tendían a recibir más violencia psicológica por sus parejas. La violencia psicológica no se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva ni con el índice de felicidad subjetiva reportada por los jóvenes.

Por otra parte, los resultados indican que la felicidad subjetiva disminuye ante la presencia de un aumento del nivel de violencia física, no teniendo relación con la presencia de sintomatología depresiva. Del mismo modo, se reporta que a medida que aumenta la sintomatología depresiva, disminuye el índice de felicidad presentada en los jóvenes.

Producto de esto, la hipótesis de la investigación sería rechazada según los resultados que se logran observar, no obstante, hay elementos importantes que podemos destacar y reflexionar en torno a ellos.

Los resultados evidencian que la violencia en el pololeo no se asocia a sintomatología depresiva, lo cual difiere a los estudios previos (Cabrera, González y Melchor 2015; Martínez, Vargas y Novoa 2015; Zulic 2016), esto puede haber ocurrido producto de que la violencia que se da en estas edades puede verse

atenuada por diferentes motivos (Sanhueza 2016), por ejemplo, la baja o nula experiencia de las jóvenes respecto a lo que es estar en una relación de pareja, impediría que se perciban las formas más sutiles de violencia como las de control en este caso (Sanhueza 2016; Vizcarra y Poo 2011). Otros factores serían la duración de las relaciones, las cuales al no ser muy duraderas no permitirían la intensificación de la violencia o que se transforme en una situación de control más notorio o avanzar a un grado de violencia más grave (Sanhueza 2016; Vizcarra y Poo 2011).

Otro punto es el nivel de compromiso que se sostiene, dado que no los jóvenes no suelen depender económicamente de la pareja y por lo general no viven juntos. Esto significa que en el momento de sentir incómoda la relación, no hay factores que frenen el término de la misma o que sirvan como chantaje para manipular/controlar a la otra persona (Sanhueza 2016).

Esto nos indica que un requisito necesario para el desarrollo de la sintomatología depresiva sería una constante exposición a factores estresantes, los cuales los jóvenes no suelen experimentar en sus relaciones de pololeo en comparación a relaciones conyugales (Sanhueza 2016), de quienes estos últimos se poseen diversos estudios que si abalan la aparición de sintomatología depresiva en presencia de violencia.

Por otra parte, los resultados obtenidos indican que las conductas de control no se asocian con el nivel de felicidad en los jóvenes encuestados, esto desde un enfoque cognitivo conductual se puede deber a que los jóvenes tenderían a estar repitiendo relaciones de pololeo en base al control, creando y manteniendo esquemas cognitivos que interpretan estas conductas como situaciones normales, ya que los esquemas cognitivos son la base con la que cuenta una persona para dar sentido o una interpretación a un evento o una situación específica (Beck 2010) y estas formas de pensamiento se van formando en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (Beck 2010).

Este elemento es el que puede estar llevando a los jóvenes a minimizar la gravedad de las conductas de control mediante errores de pensamientos o distorsiones cognitivas (Beck 2010) que conviertan las conductas de control en

demostraciones de amor o interés genuino, validando el control mediante pensamientos o ideas irracionales (Beck 2010) como por ejemplo “no tengo nada que esconder” (INJUV 2017), generando así lo que se conoce hasta el momento como naturalización (INJUV 2017; Ocampo y Amar 2011).

Dicho todo esto, el aporte de nuestra investigación se enfoca en proponer una explicación del fenómeno desde un enfoque cognitivo conductal, ya que obtuvimos resultados en torno a la violencia en el pololeo similares al INJUV (2016) y coincidimos en concluir que estamos frente a una forma de violencia naturalizada, sin embargo, el INJUV en sus estudios y artículos (INJUV 2016; 2017) no propone una forma para comprender el fenómeno.

Por esto nosotros proponemos entender esta naturalización de las conductas de control como esquemas cognitivos que los jóvenes han ido incorporando y manteniendo durante su desarrollo (Beck 2010).

Esto nos ayuda a entender cómo se sostiene esta violencia sutil y naturalizada hasta llegar a puntos más altos, debido a que las distorsiones cognitivas de los jóvenes van minimizando el hecho de estar siendo víctimas de violencia.

De este modo se pueden fijar objetivos de intervención para actuar ante el fenómeno, analizando los esquemas que permiten que la violencia siga existiendo sin ser vista como algo extremo por los jóvenes.

## VII. REFERENCIAS

- Albuquerque, D. (2011). *Violencia en el pololeo adolescente: aspectos individuales, familiares y culturales*. (Tesis para optar al Título de Asistente Social). Universidad Academia de Humanismo Cristiano: Escuela de Trabajo Social. Chile.
- Alzate, L. (2009). *Pasiones, Pulsiones Y Deseo: Amalgama fundamental de toda ética. Nómadas*. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21 (1)
- Alzuri, M., Hernández, N., y Calzada, Y. (2017). *Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento*. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S2221-24342017000300001yIng=esytIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S2221-24342017000300001yIng=esytIng=es).
- Amar, A. F. y Alexy, E. M. (2005). "Dissed" by dating violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 162-171
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American psychiatric publishing, inc.
- Araneda, R. M., Solar, F. C., González, P. R., y Peralta, M. V. (Julio de 2008). Scielo. Recuperado el 2017, de *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0718-48082008000100005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0718-48082008000100005)
- Argyle, M. (1987). *Psicología de la felicidad*. España: Alianza Editorial.
- Barrios, M. (2010). *Jóvenes mexicanos en 2005: Perfil sociodemográfico y contribución al hogar familiar* (Tesis para obtener el grado de Maestra en Población y Desarrollo). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México.
- Beck, A., Emery, G., Rush, J., y Shaw, B. (2010) *Terapia cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclée De Brower, S.A. España.
- Berrios, G. (1996). *Historia De Los Síntomas De Los Trastornos Mentales*.
- Bogaert, H. (2012). *La Depresión: Etiología y Tratamiento*. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII (2), 183-197.

- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0034-98872014001000010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0034-98872014001000010)
- Bulcroft, K, y O'Connor, M. (1986) The Importance of Dating Relationships on Quality of Life for Older Persons. *Family Relations*, 35 (3), 397-401
- Bunge, M. (1983). *La ciencia. Su método y su filosofía*.
- Cabrera, L., González, N. y Melchor, D. (2015). *Violencia de pareja y salud mental en la adolescencia y juventud: un análisis diferencial en función del género (Trabajo Fin de Grado de Psicología)*. Universidad de La Laguna. España.
- Carrea, G. y Mandil, J. (2011) Aportes de la Psicología Positiva a la Terapia Cognitiva Infante Juvenil. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Volumen 3. N°1.
- Cea, M. (2012). *Fundamentos y aplicaciones en metodología cuantitativa*. Madrid.
- Clark- Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. Mexico: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- Comité de Adolescentes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2007). Sobre la salud mental de las y los adolescentes. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 160-161. De [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S1688-12492007000200013yIng=esytIng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1688-12492007000200013yIng=esytIng=es)
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. y Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 151-159. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0370-41062007000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0370-41062007000200005)
- Cuadra, A; Veloso, C; Ibergaray, M y Rocha, M. (2010) Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Scielo*. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0718-48082010000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0718-48082010000100012).

- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, (21), 83-104.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Espinoza, A y Pérez, G (2008). Percepciones sociales acerca de los hombres víctimas de violencia por parte de sus parejas. (Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo social. Escuela de Trabajo social). Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Fernández, A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50 (2), 445-466.
- FONASA. (2017). FONASA. Recuperado el 2017, de La depresión en Chile: [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/04/26/la\\_depresion\\_en\\_chile.html](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/04/26/la_depresion_en_chile.html)
- França, O. (2008). *Ética para psicólogos*
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0370-41062015000600010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0370-41062015000600010).
- García, A. (s.f.). La salud mental de las personas jóvenes en España. INJUVE.
- García, F.; Wlodarczyk A.; Reyes A.; San Cristóbal, A. y Solar, C. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu: Órgano de difusión científica del Departamento de Psicología*.
- Gómez-Restrepo, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 338-339. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0034-74502005000300001yIngl=enytIngl=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0034-74502005000300001yIngl=enytIngl=es).
- González, R. y Santana, J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13, 127–131.
- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). *Ethical research involving children*, UNICEF Office of Research: Innocenti, Florence, Italy. ISBN: 9788865220238

- Grinhauz, A. (2015). El estudio de las fortalezas del carácter en niños: Relaciones con el bienestar psicológico, la deseabilidad social y la personalidad. *Revista Psicodebate*. Universidad de Palermo.
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. Iztapalapa, México. McGraw-Hill Interamericana.
- Ibáñez, K., Quilodrán, L., Santander, M., y Vásquez, A. (2013). *Violencia en el Pololeo: Un estudio exploratorio-descriptivo en estudiantes secundarios de la ciudad de Linares*. (Tesis para optar al Título de Trabajador(a) Social y Grado de Licenciado(a) en Trabajo Social). Universidad De Concepción, Concepción.
- Ibarra, E. y Dominguez, R. (2017). *La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>
- Iglesias, J. (2013). *Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>.
- INJUV. (2017). Reportaje Principal: Sondeo Violencia en el Pololeo. Reportaje Principal: Sondeo Violencia en el Pololeo, 10, 11, 12, 13.
- Instituto Nacional de la Juventud (2016). *Sondeo N°4: Violencia en el pololeo: Jóvenes entre 15 y 29 años*. Recuperado de [http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Sondeo\\_Violencia\\_en\\_el\\_pololeo.pdf](http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Sondeo_Violencia_en_el_pololeo.pdf)
- Ley N° 20066. *Ley de Violencia Intrafamiliar*. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 7 de octubre de 2005.
- Lillo, J. (2004). *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352004000200005&lng=es&tylng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000200005&lng=es&tylng=es).
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la Felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Santiago, Chile: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., y Lepper, H. S. (1999). *A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation*. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.

- Martínez, J., Vargas, R., y Novoa, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 101-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n1/v10n1a10.pdf>.
- Mena, L., Vera-Villaroel, P. y Pavez, P. (2011). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165792672012000200002yscript=sci\\_abstractytlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165792672012000200002yscript=sci_abstractytlng=es)
- Molina, A. (2015). Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada.
- Mora, M y Oliveira, O. (2009) “Responsabilidades familiares y autonomía personal: elementos centrales del proceso de transición a la vida adulta”, en *Revista e Estudios Sociológicos*, Vol. XXVII, Núm. 81, septiembre-diciembre, pp. 1-35.
- Natera, G., y Juárez, F., y Medina-Mora, M. y Tiburcio, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 165-173.
- Ocampo O., Luz E., Amar A. y José J., (2011) Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte*. Rescatado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722530013> ISSN 0120-5552
- OMS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estrategia del PNUD para la Juventud 2014-2017, Juventud empoderada, futuro sostenible. Nueva York: PNUD; 2014.
- Organización Mundial de la Salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=BF9B842B77BC0779C76ABC5478E53194?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=BF9B842B77BC0779C76ABC5478E53194?sequence=1)

- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 2017, de Informe mundial sobre la violencia y la salud: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102\\_spa.pdf?ua=1%20\(Tal%20ves%20podriamos%20borrar%20esto\)](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1%20(Tal%20ves%20podriamos%20borrar%20esto))
- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 2017, de Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ortuño, J. (2014). Adolescencia: Evaluación del ajuste emocional y comportamiento en el contexto escolar (Tesis Doctoral). Universidad de la Rioja. Logroño.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0718-48082013000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0718-48082013000100002).
- Peterson, C., y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. Washington, DC: American Psychological Association/New York: Oxford University Press.
- Pichiule, M., Gandarillas, A., Diez-Gañan, L., Sonegro, M. y Ordobas, M. (2014). Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*.
- Póo, A. M., y Vizcarra, M. B. (2008). Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0718-48082008000100007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0718-48082008000100007)
- Reiñanco, P. y Sepúlveda, P. (2013). Violencia en las relaciones de pololeo y otras problemáticas asociadas en los beneficiarios del programa residencia familiar estudiantil de la Región Bio Bio. (Tesis de pregrado para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social y al Título de Trabajador Social). Universidad de Concepción. Facultad de Ciencias Sociales.
- Rey-Anaconda, C. A. (2013). Scielo. Recuperado el 2017, de Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S0718-48082013000200001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0718-48082013000200001)

- Rojas, J. (2013). Violencia en el noviazgo de adolescentes mexicanos: Una revisión. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/27/027\\_Rojas.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/27/027_Rojas.pdf).
- Salgado, C. (2003). El desafío de construir una relación de pareja: Una decisión diaria, un cambio permanente. Editorial Norma, Colombia.
- Sandoval, M. (2002) Jóvenes del siglo XXI: sujetos y actores en una sociedad en cambio.
- Seura, C. (2008). Las medidas de protección al niño, niña o adolescente en el ámbito de la violencia intrafamiliar, desde la perspectiva del derecho de familia. (Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales). Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Taguena, J. (2009). El concepto de juventud. Revista mexicana de sociología, 71(1), 159-190. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0188-25032009000100005&lng=es&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0188-25032009000100005&lng=es&lng=es).
- Tobón, F., López, L. y Ramírez, J. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. Revista Cubana de Salud Pública, 39(3), 462-473. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S086434662013000300005&lng=es&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S086434662013000300005&lng=es&lng=es).
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., y Córdova-Rubio, N. (Julio de 2011). Scielo. Recuperado el 2017, de Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100013&script=sci_arttext)
- Vizcarra, B., Poo, M. y Donoso, T. (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. Revista de Psicología, 22(1), 48-61. doi: 10.5354/0719-0581.2013.27719.
- Vizcarra, Beatriz. y Poo, Ana María (2011). Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. Universitas Psychologica, 10,1, pp. 89-98. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Yugueros, A. (2016). la protección de los menores víctimas de violencia de género en España. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (70), 38-52.
- Zulic, C. (2016). Violencia en las relaciones de pareja adolescentes: Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en adolescentes chilenos. (Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica: Estudios sistémicos avanzados de la familia y la pareja). Universidad Alberto Hurtado. Facultad de Psicología.

## VIII. ANEXOS

### VIII.1. Solicitud

Los Licenciados en Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Ismael Donoso González, R.U.T.: 19.402.981-0 y Camilo Cortez Barbagelata, R.U.T.: 17.433.159-6, desarrollan una investigación titulada “Conducta de control, sintomatología depresiva e índice de felicidad presentada en relaciones de pololeo en adolescentes de la Universidad del Bio-Bio de la facultad de educación y humanidades de la ciudad de Chillán”.

El objetivo del estudio es “Determinar si la presencia de conductas de control en relaciones de pololeo, se asocia a un bajo índice de felicidad y un alto nivel de sintomatología depresiva en adolescentes entre 18 y 19 años de la Universidad del Bio-Bio de la facultad de educación y humanidades de la ciudad de Chillán.

Para dicha investigación se utilizarán tres instrumentos, los cuales son el Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI II; Escala de felicidad subjetiva y el cuestionario de violencia en la pareja de Vizcarra y Poo. Esto toma un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida a través de esta investigación será mantenida bajo estricta confidencialidad. El nombre de los estudiantes no será asociado a ninguna opinión particular y la información será solo almacenada por los investigadores, no existiendo copias de ésta.

La participación es absolutamente voluntaria, es decir, en cualquier momento se puede desistir de participar y retirarse de la investigación.

Los resultados se darán a conocer finalizado el estudio, mediante un reporte a las respectivas escuelas de la facultad de educación y humanidades de la Universidad del Bio Bio.

---

### ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, jefe de la carrera \_\_\_\_\_ autorizo a los Licenciados en Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Ismael Donoso González, R.U.T.: 19.402.981-0 y Camilo Cortez Barbagelata, R.U.T.: 17.433.159-6 a encuestar a estudiantes de primer año, para efectos de la investigación titulada “Conducta de control, sintomatología depresiva e índice de felicidad presentada en relaciones de pololeo en adolescentes de la Universidad del Bio-Bio de la facultad de educación y humanidades de la ciudad de Chillán”. La académica que suscribe, Claudia Vásquez Rivas, RUT 10.967.942-9 es la Supervisora de Tesis a cargo.

\_\_\_\_\_  
Firma director(a) de carrera

\_\_\_\_\_  
Camilo Cortez – Ismael Donoso

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## VIII.2. Consentimiento informado

Estimado(a) participante:

Los Licenciados en Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Ismael Donoso González, R.U.T.: 19.402.981-0 y Camilo Cortez Barbagelata, R.U.T.: 17.433.159-6, desarrollan una investigación titulada “Conducta de control, sintomatología depresiva e índice de felicidad presentada en relaciones de pololeo en adolescentes de la Universidad del Bio-Bio de la facultad de educación y humanidades de la ciudad de Chillán”. La académica que suscribe, Claudia Vásquez Rivas, RUT 10.967.942-9 es la Supervisora de Tesis a cargo.

El objetivo del estudio es “Determinar si la presencia de conductas de control en relaciones de pololeo, se asocia a un bajo índice de felicidad y un alto nivel de sintomatología depresiva en adolescentes entre 18 y 19 años de la Universidad del Bio-Bio de la facultad de educación y humanidades de la ciudad de Chillán.

Has sido seleccionado(a) para participar en esta investigación, la cual consiste en responder preguntas de tres instrumentos. Los instrumentos incluyen: Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI II; Escala de felicidad subjetiva y el cuestionario de violencia en la pareja de Vizcarra y Poo. Esto toma un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida a través de esta investigación será mantenida bajo estricta confidencialidad. Tú nombre no será asociado a ninguna opinión particular y la información será solo almacenada por las investigadoras principales, no existiendo copias de ésta.

Tú participación es absolutamente voluntaria, es decir, en cualquier momento puedes desistir de participar y retirarte de la investigación.

El estudio no conlleva ningún riesgo para tu salud ni recibe ningún beneficio. No recibirás compensación por participar. Los resultados se darán a conocer finalizado el estudio en tu establecimiento educacional. Si tienes alguna pregunta sobre la investigación, puedes comunicarte **INGRESEN SUS MAIL**

Este asentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo tu participación, te saluda atentamente,

Claudia Vásquez Rivas  
Académica Escuela de Psicología  
Universidad del Bio Bio

---

### ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el estudio “Conducta de control, sintomatología depresiva e índice de felicidad presentada en relaciones de pololeo en adolescentes de la ciudad de Chillán”. Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_  
Firma participante

\_\_\_\_\_  
Camilo Cortez – Ismael Donoso

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### VIII.3. Instrumentos

#### CUESTIONARIO AUTOAPLICABLE

Completa la información en los espacios que corresponda, recuerda que toda la información recolectada es anónima y confidencial.

Encierra con un círculo la alternativa que corresponda o completa la información que se te solicite:

#### DATOS PERSONALES:

1. Sexo:

a) Hombre

b) Mujer

2. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué carrera estudias? \_\_\_\_\_

#### RELACIONES DE PAREJA:

Para esta investigación las relaciones de pareja se considerarán como pololear, independiente de tu preferencia sexual o de cuánto tiempo duraron juntos/as.

Encierra con un círculo la alternativa que corresponda o completa la información que se te solicite:

4. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido?

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5 o más

5. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación de pareja?

\_\_\_\_\_

6. ¿Tienes una relación de pareja actualmente?

a) Si

b) No

### CUESTIONARIO DE VIOLENCIA EN RELACIONES DE PAREJA

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una X la opción que más lo/a represente, considerando su relación actual o la última que hayas tenido. La encuesta es totalmente anónima, por lo que se espera que conteste con la mayor honestidad posible.

En mi relación de pareja...	Nunca	1 o 2 veces	3 a 5 veces	5 o más veces
1. He perdido contacto con amistades, familiares, compañeros de curso para evitar que mi pareja se moleste.				
2. Mi pareja a menudo critica mi aspecto físico, mi forma de ser.				
3. Mi pareja desconfía y me acusa de infidelidad sin fundamento.				
4. Mi pareja descalifica mis éxitos.				
5. Mi pareja me ha insultado.				
6. Mi pareja me hace estar en permanente tensión y haga lo que haga se irrita o me culpabiliza				

En mi relación de pareja...	Nunca	1 o 2 veces	3 a 5 veces	5 o más veces
1. Me ha tirado cosas o ha roto objetos durante una pelea o discusión.				
2. Mi pareja me pellizca y/o da empujones.				
3. Mi pareja me ha dado cachetadas.				
4. Mi pareja me ha dado patadas.				
5. Mi pareja me ha dado puñetazos				

## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### 1. Tristeza

- 0) No me siento triste.
- 1) Me siento triste gran parte del tiempo
- 2) Me siento triste todo el tiempo.
- 3) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- 0) No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2) No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

- 0) No me siento como un fracasado.
- 1) He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3) Siento que como persona soy un fracaso total.

### 4. Pérdida de Placer

- 0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### 5. Sentimientos de Culpa

- 0) No me siento particularmente culpable.
- 1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

- 3) Me siento culpable todo el tiempo.

### 6. Sentimientos de Castigo

- 0) No siento que este siendo castigado
- 1) Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2) Espero ser castigado.
- 3) Siento que estoy siendo castigado.

### 7. Disconformidad con uno mismo.

- 0) Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1) He perdido la confianza en mí mismo.
- 2) Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3) No me gusto a mí mismo.

### 8. Autocrítica

- 0) No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2) Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0) No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2) Querría matarme
- 3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### 10. Llanto

- 0) No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1) Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2) Lloro por cualquier pequeñez.
- 3) Siento ganas de llorar, pero no puedo.

### 11 Agitación

- 0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3) Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0) No siento que yo no sea valioso

1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3) Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0) Tengo tanta energía como siempre.

1) Tengo menos energía que la que solía tener.

2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3) No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a) Duermo un poco más que lo habitual.

1b) Duermo un poco menos que lo habitual.

2a) Duermo mucho más que lo habitual.

2b). Duermo mucho menos que lo habitual

3a). Duermo la mayor parte del día

3b). Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0) No estoy tan irritable que lo habitual.

1) Estoy más irritable que lo habitual.

2) Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3) Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a). Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b). Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a) Mi apetito es mucho menor que antes.

2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a). No tengo apetito en absoluto.

3b) Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2) Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3) He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

## CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA FELICIDAD SUBJETIVA

Percepción de mi Felicidad.

Para cada una de las siguientes afirmaciones y / o preguntas, por favor marque el punto de la escala que le parezca más apropiado para describirse a usted mismo. La escala va de uno siendo uno a siete y debes marcar el nivel que más te represente siendo 7 el punto de mayor evaluación y 1 el punto de menor evaluación del ítem.

En general considero que:

	1	2	3	4	5	6	7	
No soy una persona muy feliz								Soy una persona muy feliz

En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero:

	1	2	3	4	5	6	7	
Menos feliz								Más feliz

Algunas personas son generalmente muy felices. Disfrutan de la vida, independientemente de lo que suceda, obteniendo el máximo rendimiento de todo. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada								Mucho

Algunas personas no suelen ser muy feliz. A pesar de que no están deprimidos, nunca parecen tan felices como podrían ser. ¿hasta qué punto ésta caracterización lo describe a usted?

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada								Mucho