



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA, VOLICIÓN Y SALUD MENTAL EN
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS**

**Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachiller:**

PAULA MARIANA SALAS FERNÁNDEZ

ASESORA: DORIS ARGUMEDO BUSTINZA

LIMA, 2017



A Laura, quien vivió y amó intensamente.

Te abrazo en mi corazón, Abuelita.



Agradecimientos

A mis amados padres por quienes soy lo que soy, a Friedda, por su amor incondicional y entrega total. A Felipe, quien con sus acciones diarias demuestra su gran amor y dedicación.

A mis hermanos, a Paloma por ser mi compañera, por creer en mí más que yo misma en todo momento. A Andrés, por tener las palabras exactas en los momentos correctos, para reír o dar aliento.

A mi abuelita Laurita, quien nos entregó tantos años de dulce amor y orgullo por sus nietos, me diste el mejor regalo.

A mi madrina y mis primas, por compartir conmigo desde pequeña los mejores recuerdos de mi vida.

A mis pequeños de cuatro patas, los angelitos que tengo en el cielo y en la tierra, por su tierna compañía que alegra mi día.

A Doris, por acompañarme y orientarme en el desarrollo y la finalización de este trabajo.

A mis amigas y amigos del colegio, la universidad y el trabajo, por los buenos y malos momentos que nos han permitido crecer y aprender juntos.

Y en especial a los participantes de este estudio, así como todas y todos los pequeños del CAR quienes compartieron su día a día conmigo, me enseñaron a valorar lo verdaderamente importante, y que el camino puede ser muy difícil desde el inicio, pero siempre habrá una razón para volver a sonreír. Que la vida los compense y los proteja.

Resumen

Exposición a la violencia, volición y salud mental en adolescentes institucionalizados

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la relación entre la exposición a la violencia, la volición y la salud mental en 60 adolescentes institucionalizados (33 varones y 27 mujeres) entre 11 y 18 años ($M=13$; $DE=1.89$). Para ello, se aplicó la adaptación a una muestra peruana (Argumedo y Romero, 2011) del Inventario de Autogobierno versión corta (SSI-k3) de Kazén (2004), el Inventario de Problemas Conductuales (YSR) y el Cuestionario de Experiencias de Violencia en la Infancia (CEVQ). Los resultados obtenidos señalan que, a nivel descriptivo, la volición cumpliría un rol mediador entre los efectos de la violencia sobre la salud mental de dichos adolescentes. Particularmente, el impacto de la violencia sobre el componente volitivo "inhibición volitiva" intensificaría los problemas tanto en la salud mental global, como en las patologías internalizantes y externalizantes, siendo de mayor magnitud en ésta última. Del mismo modo, el efecto de la violencia sobre el componente volitivo "autoinhibición", agudizaría los problemas internalizantes. Finalmente, se encontraron diferencias significativas en cuanto violencia general y violencia de pares reportado entre hombres y mujeres del grupo de estudio, mas no se hallaron diferencias significativas en los niveles de patología internalizante, externalizante y global.

Palabras claves: volición, violencia, salud mental, adolescencia

Abstract

Exposure to violence, volition and mental health in institutionalized adolescents

This study presents the analysis of the relationship between exposure to violence, volition and mental health in 60 institutionalized adolescents (33 males and 27 females) between 11 and 18 years old ($M= 13$, $SD= 1.89$). The participants were evaluated using an adaptation to a Peruvian sample (Argumedo & Romero, 2011) of the short version of the Volitional Components Inventory (SSI-k3) (Kazen, 2004), the Youth Self-Report (YSR) and the Children's Experiences of Violence Questionnaire (CEVQ). The results obtained indicate that, at a descriptive level, volition would play a mediating role among the effects of violence on the mental health of these adolescents. In particular, the violence on the volitional component "volitional inhibition" would intensify the problems both in their global mental health and in the internalizing and externalizing pathologies, being of greater impact in the latter. Similarly, the effect of violence on the volitional component "self-inhibition" would exacerbate internalizing problems. Finally, significant differences were found in terms of general violence and peer violence within the male and female participants, however, no significant differences were found in the levels of internalizing, externalizing and global pathologies.

Key words: volition, violence, mental health, adolescence

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Mediciones	14
Análisis de datos	20
Resultados	23
Discusión	27
Referencias	37
Apéndices	47
Apéndice A: Asentimiento Informado para Participantes de Investigación	47
Apéndice B: Análisis de Normalidad	48
Apéndice C1: Análisis de Confiabilidad para la variable Volición	50
Apéndice C2: Análisis de Confiabilidad para la variable Salud mental	54
Apéndice C3: Análisis de Confiabilidad para la variable Exposición a la violencia	58

El Perú ha experimentado en los últimos años un crecimiento económico (INEI, 2015), sin embargo, la pobreza sigue siendo una cruda realidad para muchos de sus habitantes. Peor aún, se observa que la incidencia de la pobreza afecta en su mayoría a los niños y adolescentes del país. Esto se debe a que los hogares pobres y extremadamente pobres son los que tienen mayor cantidad de menores. Hacia el 2014, la proporción de adolescentes en situación de pobreza era de 32,8%, entre 10 y 14 años, y 23,4% entre 15 y 19 años (INEI, 2015).

Esta situación no solo acarrearía carencias materiales, sino que pondría en alto riesgo a este grupo poblacional, debido a que el elevado número de miembros en las familias y las situaciones adversas pueden repercutir en el ambiente familiar, en el cuidado y la atención que los niños y adolescentes necesitan, ya no sólo experimentando una realidad de sobrevivencia, si no también pudiendo abrir la brecha a grandes carencias afectivas (Organización Mundial de la Salud, 2001). De esta manera, la familia sufre estrés y vulnerabilidad social, lo que es propio de esta condición (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Factores asociados a esta situación, como la inequidad en el mercado laboral y el sistema productivo, sumados a la inestabilidad de las parejas, el aumento de familias monoparentales y la falta de apoyo social en el cuidado y protección de los menores, los vuelve el sector más perjudicado (OPS, 2002). Pese a todo, cabe resaltar que, en este contexto de pobreza, existen factores protectores que permitirían el desarrollo saludable de los menores, tales como las redes de apoyo y contención a nivel comunitario, la presencia de un adulto en quien confiar, la autoestima y el sentido de identidad (OPS, 2002).

De la misma forma, la pobreza se ha relacionado con la violencia (Foster, Brooks-Gunn y Martin, 2007), pues vivir en una situación de carencia sería considerado violencia estructural, ya que las personas en dicha condición se verían excluidas al no poder acceder a bienes sociales, culturales y económicos de la sociedad (Rodríguez, 2004). Considerando la naturaleza polifacética de la violencia, la OMS (2002) propone la explicación de ésta a partir de un modelo ecológico, que contempla varios niveles y en donde diversos factores pueden contribuir al aumento de probabilidades de ser perpetrador o víctima de la violencia. El primer nivel es el individual, el cual implica ciertas características y conductas de la persona, como por ejemplo el abuso de sustancias psicoactivas. Luego se encuentra el nivel relacional, que contempla la familia, la pareja y los amigos, seguido por el nivel comunitario, el cual comprende el contexto

de la comunidad donde se inscriben las relaciones. Es aquí donde la evidencia muestra que zonas de pobreza, donde existe poco apoyo institucional, favorecen el desarrollo de la violencia. Específicamente, la violencia interpersonal -y dentro de ella el maltrato y la negligencia de menores, así como la violencia juvenil-, la violencia colectiva y el suicidio, son distintos tipos de violencia que se han asociado con la pobreza (OMS, 2002). Finalmente, el nivel social comprende ciertas normas sociales y culturales, así como algunas políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos.

Así como la violencia se manifiesta en varios niveles, también afecta a distintos grupos etarios, siendo los adolescentes una de las poblaciones más propensas en el mundo a sufrir las secuelas de la exposición a la violencia (OMS, 2002). En el Perú, en el año 2015, aproximadamente 10,697 menores se encontraban en circunstancias especialmente difíciles, lo cual implica un estado de abandono, peligro moral y/o problemas de conducta antisocial. Durante el mismo año, hubo 2,312 menores intervenidos por comisión de faltas y 4,399 detenidos por comisión de delitos, siendo adolescentes en su mayoría (PNP, 2016). En el año 2015, 14,722 casos de violencia familiar y 4,924 casos de violencia sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer, registraron como agraviados a menores de 18 años (MIMP, 2015).

Estos eventos violentos ejercen un impacto pernicioso en diferentes ámbitos de la vida del adolescente, entre ellos la salud mental (UNICEF, 2011). Factores sociales como violencia en la escuela y la comunidad, pobreza, exclusión social, conflictos armados, etc., fomentarían el desarrollo de patología en los adolescentes. De la misma manera, factores ecológicos, como los desastres naturales, y factores familiares, como el maltrato infantil, hogares disociados, violencia marital y enfermedades psiquiátricas o toxicomanía de los padres, aumentarían el riesgo de desarrollar algún trastorno mental en los adolescentes (UNICEF, 2011).

A nivel empírico, la relación entre la exposición a la violencia y la salud mental en los adolescentes está ampliamente documentada. Un estudio metanalítico, sobre la base de 114 estudios acerca de las consecuencias de la exposición a la violencia en la comunidad, en niños y adolescentes (víctimas o testigos de una agresión), halló que existe una fuerte relación de ésta con el desarrollo de síntomas de trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). Se encontró también que, en el caso de los adolescentes, existe

una fuerte relación entre la exposición a la violencia y problemas de externalización (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura y Baltes, 2009).

Así también, algunos estudios muestran que el impacto de la violencia en los adolescentes, se vería tanto en la predisposición de estos a la realización de conductas de riesgo (Albus, Weist y Perez-Smith, 2004; Flannery, Wester y Singer, 2004; Haynie, Petts, Maimon y Piquero, 2009), como en la aparición de síntomas y problemas en la salud mental (Haj-Yahia y Abdo-Kaloti, 2008; Lambert, Ialongo, Boyd, y Cooley, 2005; Ozer y McDonald, 2006).

En relación a las conductas de riesgo, una serie de investigaciones describieron el impacto de la exposición a la violencia en adolescentes entre los 12 y 18 años. Estos podían haber sido víctimas o testigos, registrándose datos de violencia en la comunidad y/o en el hogar. Los autores señalan que entre los efectos de dicha exposición se encontraría la ejecución de conductas de riesgo, como por ejemplo huir de casa, abandonar el colegio, involucrarse en actos delictivos (Haynie et al., 2009), abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo (Albus et al., 2004). Otro de los efectos señalados sería la presencia de problemas en la salud mental, desde dificultades en atención y concentración, aislamiento, somatización y conducta agresiva (Haj-Yahia y Abdo-Kaloti, 2008), hasta la aparición de síntomas de TEPT, depresión, ansiedad, e intento de suicidio (Flannery et al., 2004; Ozer y McDonald, 2006).

Siguiendo con los estudios acerca de la presencia de problemas en salud mental, Lambert et al. (2005) examinaron la concurrencia de síntomas depresivos y ansiosos como moderadores de la relación existente entre el comportamiento agresivo y la exposición a la violencia en la comunidad, a partir de una muestra de 582 menores entre los 10 y 14 años. La relación parental y el grupo de pares fueron variables que se consideraron dentro de la investigación. Los resultados señalan que niveles moderados (que no generen un trastorno) de síntomas ansiosos en varones con problemas de conducta agresiva, con bajo monitoreo parental y/o amigos infractores, podrían alejarlos de presenciar violencia en la comunidad. Esto se daría, según los autores, porque dicha sintomatología haría que los menores presten mayor atención al ambiente que los rodea y sean conscientes de las consecuencias de los actos propios y ajenos. Por otro lado, varones con las mismas características, pero con síntomas depresivos, tendrían mayor riesgo de presenciar violencia en la comunidad. Esto podría ocurrir ante la ausencia de

un referente significativo, que enseñe formas saludables de lidiar con las emociones. Por lo que, actuar de forma violenta y exponerse a situaciones de riesgo sería una manera de lidiar con sentimientos de tristeza o frustración en la adolescencia.

De esta forma, se observa cómo es que los sucesos violentos o privaciones en la vida de los adolescentes constituirían factores de riesgo para la salud mental de los mismos. Sin embargo, cabe resaltar que aún es escasa la información empírica acerca de los recursos personales internos y externos, que pueden servir como mediadores que atenúen o disminuyan los efectos nocivos de la violencia en la salud mental de los adolescentes.

Uno de los constructos que está siendo estudiado con relación al funcionamiento del individuo, en particular como mediador de su ajuste ante distintas situaciones, es la volición, dado que propicia el desarrollo de estrategias adaptativas bajo presión (Kuhl, 2000). La presente investigación explora las dimensiones de autorregulación y autocontrol -elementos de la volición- desde la propuesta teórica de Kuhl.

Según Kuhl y Fuhrmann (1998) la volición es entendida como el centro de control de los procesos cognitivos, motivacionales, emocionales y temperamentales de la persona, los cuales modulan aspectos de la conducta. La volición posee dos componentes, el autocontrol y la autorregulación. Ambos se asocian a diferentes procesos cognitivos, de alto y bajo nivel, siendo el afecto el que media la interacción e injerencia de dichos procesos en la conducta del individuo.

El autocontrol actúa como supresor de una serie de procesos cognitivos y emocionales, de manera que establece una jerarquía de necesidades y metas, para que así la persona se mantenga en el camino hacia el logro de una meta primordial (Kuhl y Fuhrmann, 1998). Se asocia al sistema llamado Memoria Intencional (MI), y al de Control del Comportamiento Intuitivo (CCI). En este sentido, la MI se caracteriza por mantener las metas trazadas, empleando el pensamiento analítico, y procesando de manera secuencial o lineal, la información pertinente en la elaboración de los pasos a seguir para sostener hábitos y rutinas (Kuhl, 2000). Por otro lado, el CCI suministra modos intuitivos, que controlan diversos impulsos. Este se encuentra predeterminado y no requiere de mayor procesamiento, siendo incitado bajo la presencia del afecto positivo. La MI y el CCI se relacionan con el afecto positivo, ya que la MI inhibe dicho afecto generado por metas alternas, para así poder posponer la realización de las mismas

y finalmente llevar a cabo la meta primordial. La persona puede realizar su intención principal mediante la activación del sistema CCI (Kaschel y Kuhl, 2002; Kuhl, 2000). Cuando la persona es capaz de modular el afecto positivo en el momento adecuado, se sitúa en una Orientación a la Acción Prospectiva, pudiendo llevar a cabo las acciones orientadas al logro de su meta. Por el contrario, si no se logra la modulación del afecto positivo, la persona se encontrará en un Orientación al Estado Prospectiva, presentando dificultades para emprender las acciones propuestas, ya que la representación cognitiva de las acciones inconclusas sigue presente en la MI (Goshke y Kuhl, 1993).

Por otra parte, la autorregulación es un modulador entre la conducta y el sí mismo, ya que la persona autogenera metas y objetivos que sean congruentes con los contenidos del self, el cual ofrece apoyo al mantenimiento y logro de la meta, activando emociones y cogniciones afines a ésta. En este sentido, mientras haya mayor compatibilidad del self con la meta, será más fácil lograr el objetivo (Kuhl y Fuhrmann, 1998). La autorregulación se asocia al sistema llamado Memoria de Extensión (ME) y al sistema de identificación de Objetos (IO). La ME compone una organización semántica que, a través de un procesamiento holístico de la información perteneciente a la autobiografía de la persona, otorga distintos significados a palabras, actos o emociones. Es así como se desarrolla una gama de posibles respuestas emocionales, motivacionales y actitudinales. No obstante, en algunas oportunidades las respuestas son contradictorias debido a que la persona no es capaz de modular el afecto de manera exitosa, por tanto presenta dificultades en el momento de codificar e integrar la información que recibe. Es así como la persona no puede llevar a cabo soluciones idóneas para sus problemas, ya que le resulta complicado diferenciar sus necesidades y principios, de las demandas externas (Kuhl, 2000).

El sistema IO, se encarga por su parte de registrar las sensaciones y retroalimentación que no se asemejan a las expectativas de la persona, además de nuevas experiencias (Kuhl, 2000). La interacción entre estos dos sistemas es modulada por el afecto negativo. La ME inhibe el afecto negativo para que las nuevas experiencias o percepciones contrarias al self, provenientes del IO, puedan incorporarse al sí mismo, sin desintegrarlo (Kaschel y Kuhl, 2002; Kuhl, 2000; Kuhl y Fuhrmann, 1998; Kuhl y Kazén, 1994). Cuando la inhibición del afecto negativo se realiza de manera exitosa, la persona se sitúa en una Orientación a la Acción frente al Fracaso que posibilita la ejecución de actos que modifiquen la situación actual, regresando al camino de la

obtención de la meta. Por el contrario, si no se logra la inhibición del afecto negativo, la persona se posiciona en una Orientación al Estado frente al Fracaso, donde se producirán rumiaciones constantes acerca del evento aversivo, las que no permitirán tener una imagen integrada del sí mismo, confundiendo las preferencias propias con las ajenas y siendo incapaz de realizar actos que modifiquen la situación actual (Kazén et al., 2003; Kuhl y Kazén, 1994).

Se considera que el desarrollo temprano de la volición estaría basado en la internalización de comportamientos de control provenientes de los primeros cuidadores (Leontjev, 1977; Luria, 1973; Vygotski, 1978, citado en Kuhl y Fuhrmann, 1998). Desde la perspectiva del curso de vida, el desarrollo de la volición es un proceso que comienza a partir de etapas primarias, donde el autocontrol predominaba. Luego, en etapas adultas, la autoconciencia y la autoconservación se fortalecen y se integran, permitiendo a la persona acceder a un conocimiento analítico de la meta (Jung, 1936, 1990; Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe et al., 1989, citado en Kuhl y Fuhrmann, 1998).

Las investigaciones de los últimos años han obtenido diversos hallazgos que relacionan los componentes de la volición con la salud mental, sobre todo en la población adolescente. Algunas de ellas relacionan dicho constructo con distintos problemas de externalización e internalización, con el desempeño académico y deportivo, y con la ejecución de conductas saludables y equilibrio de la vida (Beckmann y Kellmann, 2004; Biggs, 2006; Elbe, Szymanski y Beckmann, 2005; Forstmeier y Rueddel, 2007; Gröpel y Kuhl, 2006; Košir y Pečjak, 2007; Kuhl y Fuhrmann, 1998; Orbell, 2003; Palfai, McNally y Roy, 2002; You, 2011).

En cuanto a los hallazgos sobre problemas de externalización e internalización, Beckmann y Kellmann (2004) llevaron a cabo una investigación que analizó tres estudios ($N= 58$, $N= 221$, $N= 105$), la cual buscaba encontrar una mayor comprensión acerca del proceso de recuperación del estrés a través de la teoría de la volición de Kuhl y Fuhrmann (1998). Los resultados encontrados muestran que la disposición a la acción en vez de la orientación al estado, sería el mayor determinante para la recuperación después del estrés. Ésta promueve dicha recuperación vía las competencias de la volición (autodeterminación, automotivación, control de la emoción, etc.), mientras que la orientación al estado promueva la perseverancia en el estrés a través de la rumiación

y la autodisciplina.

Así también, Forstmeier y Rueddel (2007) investigaron el efecto de una terapia de grupo para mejorar las competencias volitivas en pacientes hospitalizados ($N= 242$), que forman parte de un programa de rehabilitación. Mediante un proceso clínicamente controlado, un grupo de pacientes participaron del grupo de terapia cognitivo conductual volitivo, y otro participó del grupo de terapia cognitivo conductual estándar. Se evaluaron en ellos las competencias volitivas, sintomatología depresiva, síntomas psiquiátricos en general y dolores físicos, previo al inicio de la terapia, al finalizar ésta, y 6 meses luego del fin de la misma. Los resultados señalan que, al concluir la terapia grupal, se observó un mayor desarrollo de las competencias volitivas en el grupo de terapia volitivo que en el de terapia estándar. Los pacientes que presentaron dichas mejoras volitivas, tuvieron mejores resultados al finalizar la rehabilitación. Igualmente, en el grupo de terapia volitivo, la sintomatología depresiva y psiquiátrica en general disminuyó significativamente en comparación al grupo de terapia estándar, pero esto no sucedió con las molestias físicas. Se concluyó que el efecto terapéutico aumenta en pacientes con bajas competencias volitivas iniciales y alta motivación para comenzar el proceso de mejora de las mismas.

Igualmente, You (2011) evaluó la función protectora de la capacidad de adaptación frente a las consecuencias negativas experimentadas durante la detención de adolescentes y jóvenes varones en penales en Alemania y Corea del Sur ($N= 277$). El efecto de la capacidad autorregulatoria en estos jóvenes reos fue examinado a través del afrontamiento orientado a las metas para lidiar con los cambios en la autoimagen en un periodo de 6 meses de encarcelamiento. En el caso de los jóvenes alemanes, la disposición a la búsqueda de metas persistentemente, influye de manera importante en el desarrollo positivo de la autoevaluación durante la detención. Por otro lado, los jóvenes coreanos mostraban actitudes positivas al momento de autoevaluarse, debido en gran parte a que presentaban la capacidad de ajustar flexiblemente sus metas. En ambos casos, se observa la importancia de la elaboración de metas y la autorregulación enfocada a éstas, ya que fomentan la orientación a la acción para llevarlas a cabo, y esto promueve una autoevaluación general positiva dentro de la crítica realidad que los rodea.

En relación al desempeño en el ámbito académico, Košir y Pečjak (2007)

llevaron a cabo un estudio con el propósito de examinar las diferencias entre características de la personalidad, factores motivacionales y dificultades en la toma de decisiones con respecto a la carrera profesional, entre estudiantes que habían escogido la carrera a estudiar y los que no. Fueron evaluados 641 alumnos de secundaria, con una edad promedio de 17 años 11 meses. Los resultados señalan que los estudiantes que habían determinado en qué carrera formarse, realizan sus decisiones con mayor autoconfianza, tienen menor tendencia al pánico y evitan el no tomar decisiones, a diferencia de los alumnos que no han tenido una carrera escogida. Se establecieron diferencias significativas entre los estudiantes decididos por una carrera y los que no, en cuanto a sus competencias en autorregulación y autocontrol, siendo el primero un predictor importante para la toma de decisiones. Dentro de esta investigación se puede concluir que un estudiante que es seguro de sí mismo y está positivamente motivado para encontrar la trayectoria profesional que es adecuada para él o ella, es más rápido en el proceso de toma de decisiones en comparación a sus pares que no tienen estas características. Igualmente, un autocontrol cognitivo (relacionado a la planificación de la carrera) y un autocontrol emocional (tomar la decisión sin ansiedad) son más notorios en los alumnos decididos.

De la misma forma, Orbell (2003) evaluó la influencia de los componentes volitivos para predecir de manera más acertada los comportamientos de un grupo de jóvenes estudiantes con respecto a sus estudios. Los participantes completaron medidas específicas sobre componentes volitivos y conducta planificada. El comportamiento se registró dos semanas después. Los resultados mostraron que los componentes volitivos incrementaron la varianza en el comportamiento de los estudiantes en un 10-18%, luego de tener en cuenta la fuerza de la motivación para el estudio, medido a través de la actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención, los cuales son elementos de la conducta planificada. Además, se encontraron efectos moderadores. Los participantes que reportaron mayor autodeterminación, control de la atención consciente y control de la atención implícita, tenían más probabilidades de llevar a cabo sus acciones. Los componentes volitivos también se asociaron con un aumento del estudio entre los estudiantes que percibían una baja norma subjetiva para realizar el mismo.

Biggs (2006), por su parte, analizó las variables de la volición, incluyendo estilo y proceso, que diferenciaban a los estudiantes que completaban cursos por internet autodirigidos, de los que no. La muestra fue de 47 suscriptores autoseleccionados, y los

resultados señalan que los alumnos que completaban las asignaturas tendrían mayor probabilidad de terminar cursos difíciles, como también de monitorear y ajustar su esfuerzo, y de finalizar el curso así hubieran perdido interés en el mismo. Aquellos que no culminaban el estudio, tendían a evaluar la dificultad de la tarea antes de comenzarla, y atribuir a la "suerte" un eventual éxito al completar algún curso.

Dentro del ámbito deportivo, Elbe, Szymanski y Beckmann (2005) realizaron un proyecto de investigación mediante dos estudios, los cuales examinaron el desarrollo de la volición en un grupo de estudiantes asistentes a una escuela para adolescentes atletas selectos. Teniendo como base la teoría de Kuhl y Fuhrmann (1998), se midieron los componentes de la volición de manera transversal en 327 atletas entre 12 y 18 años (estudio 1) y de manera longitudinal en 63 atletas adolescentes y 122 adolescentes de una escuela regular (estudio 2). Los resultados señalan que la volición se desarrolla durante la adolescencia. Dos factores fueron encontrados: la auto-optimización, la cual se aplica para el logro de las metas trazadas y desarrollo de habilidades competitivas, y el auto-impedimento, el cual revela en qué medida una persona se ve afectada negativamente frente a una situación estresante. Igualmente, los resultados del estudio 1 se replicaron en el estudio 2, observándose que los adolescentes atletas selectos denotan mayores niveles de auto-optimización en comparación que adolescentes regulares, y hay un mayor desarrollo de dicho factor en los adolescentes atletas que viven en el campus de la escuela en comparación con aquellos que viven en casas familiares. En cuanto al auto-impedimento, éste incrementa hacia los 14 y 15 años, continuando su desarrollo en los adolescentes regulares pero mostrando una fuerte disminución posterior en los adolescentes atletas.

En cuanto a la ejecución de conductas saludables y equilibrio en la vida, Palfai, McNally y Roy (2002) estudiaron el rol de la orientación a la acción, como una competencia de la volición, para detener hábitos nocivos. La muestra fue 86 estudiantes de secundaria, que bebían frecuentemente alcohol. Los resultados señalaron que los estudiantes mostrarían una declinación significativa en problemas relacionados a la bebida con el paso del tiempo. Así también, los estudiantes que mostraron durante la evaluación control sobre las dificultades con el alcohol y motivación de cambio, reportarían menores consecuencias relacionadas a los efectos de la bebida. Se sugiere que los estudiantes que tenían menor orientación a la acción, tendrían mayor dificultad para llevar a cabo acciones que modifiquen comportamientos en detrimento de la salud.

Asimismo, Kuhl y Fuhrmann, en 1998, realizaron dos estudios para observar las diferencias individuales entre la autoactivación y la autorrealización en 45 participantes entre 19 y 44 años. Éstos automonitorearon su comportamiento en relación a su nutrición durante siete días consecutivos, y realizaron una sesión evaluativa después de completar dicho periodo. Los resultados indican que cuando los participantes se encuentran bajo instrucciones de alta dificultad, tendrían tendencia hacia un mayor compromiso por metas autoseleccionadas, que por metas recomendadas o no elegidas personalmente. En ambos estudios, los participantes que tenían disposición hacia la inhibición del control volitivo bajo estrés, mostrarían un mayor cumplimiento si las recomendaciones fueron dadas por una autoridad externa, especialmente cuando dichas tareas requerían una inhibición del impulso.

De igual modo, en Alemania se llevó a cabo una investigación que buscó examinar la relación entre la autorregulación y el balance de la vida, considerándose éste último como la capacidad de dedicar el tiempo adecuado a cada uno de los aspectos más importantes de la misma. La muestra estuvo constituida por estudiantes universitarios, entre hombres y mujeres. Tomando en cuenta la autodeterminación, la automotivación y la autorelajación como subcomponentes de la autorregulación, se obtuvo que el primero de éstos sería predictor del balance de la vida. De la misma forma, jóvenes con altas competencias en automotivación y autorelajación, puntuaron más alto en autodeterminación, el cual facilitaría el manejo de los distintos aspectos de la vida (Gröpel y Kuhl, 2006).

De esta manera, se observa que dentro de los diferentes mediadores que se pueden relacionar con la salud mental, los componentes de la volición cumplen un rol relevante en el despliegue de una serie de conductas adaptativas y saludables que le permitirían al adolescente desarrollarse íntegramente y relacionarse de manera productiva con su medio. A su vez, moderaría el impacto negativo que puedan generar las condiciones adversas que experimente.

En nuestro medio, muchos de los menores que se encuentran en situaciones vulnerables, como la pobreza y/o exposición a la violencia, son albergados en centros residenciales que buscan ofrecer un ambiente cálido y hogareño. Sin embargo, el impacto de la institucionalización, el escaso personal que pueda suplir las necesidades afectivas de los residentes y los eventos violentos que hubieran podido sufrir los menores, generan

en ellos síntomas depresivos y temor a un nuevo abandono en el momento que establecen nuevas relaciones afectivas (Schoenfelder, Sandler, Wolchik y MacKinnon, 2011; Wathier y Dell'Aglio, 2007). De la misma manera, las repercusiones negativas los acompañan en la vida post institucionalización, ya que se ha estudiado que dichos menores podrían presentar mayores índices de prevalencia en Trastorno de Déficit de Atención y Hiperactividad, así como problemas de internalización y externalización (Wiik et al., 2011).

Es por ello que, en el marco de los estudios y hallazgos descritos, resultaría pertinente evaluar la volición, como un proceso psíquico que pueda ejercer una acción mediadora sobre el impacto de la exposición a la violencia en la salud mental. El objetivo general de esta investigación es pues analizar la relación entre la exposición a la violencia, la volición y la salud mental en un grupo de adolescentes institucionalizados.

De modo específico, analizaremos las diferencias en las variables de estudio según sexo y edad, ya que la evidencia empírica señala que los efectos de la exposición a la violencia sobre la salud mental varían de acuerdo al sexo, siendo las mujeres propensas al desarrollo de problemas de internalización y los hombres proclives a problemas de externalización (Moylan et al., 2010;); mientras que la edad del menor podría determinar la exposición a diferentes formas de violencia (Turner, Finkelhor, Hamby, Shattuck y Ormrod, 2011).

Finalmente, analizaremos la relación entre la exposición a la violencia y salud mental, controlando el impacto de la volición, considerando que diferentes estudios señalan el valor de las competencias volitivas al momento de enfrentarse a situaciones estresantes, siendo trascendental durante el transcurso de la adolescencia (Beckmann y Kellmann, 2004; Elbe et al., 2005; Palfai, McNally y Roy, 2002; You, 2011)

Para ello, aplicaremos en un único momento y de forma individual, escalas que evalúen la exposición a la violencia, la volición y la salud mental en un grupo de 60 adolescentes institucionalizados entre 11 y 18 años.



Método

Participantes

Los participantes del estudio fueron 60 adolescentes internos en un Centro de Atención Residencial (CAR), siendo el 45% (27) del sexo femenino y 55% (33) del sexo masculino. La media de edad de los menores fue de 13 años ($DE= 1.89$), con un máximo de 18 años y un mínimo de 11 años. La mayoría de los participantes se encontraba cursando entre quinto de primaria y primero de secundaria, constituyendo un 68,3% (41) de los participantes entre hombres y mujeres. Los demás adolescentes se distribuyeron de manera casi equitativa entre los otros grados de secundaria.

Debido a que uno de los criterios de ingreso al CAR es tener como edad máxima 12 años, la mayoría de los participantes se encontraba un promedio de 5 años 8 meses albergados en dicho centro. En cuanto a las condiciones de visitas y salidas de los menores, el 56,7% (34) sale a su casa los fines de semana pero no recibe visitas, mientras que el 25% (15) recibe visitas –en su mayoría semanales- pero no sale a su casa. Los adolescentes que no tienen salidas a su casa los fines de semana ni reciben visita de algún familiar conforman el 13% (08) de los participantes. Finalmente, en relación a la composición familiar de los participantes del presente estudio, 46,7% (28) proviene de una familia monoparental, seguido del 31,7% (19) procedente de una familia compleja.

Para acceder a los participantes, se les contactó de manera individual, empezando con 5to de primaria y terminando con 5to de secundaria. Se procedió a explicarles cuál era el propósito del estudio y preguntarles si deseaban participar del mismo. Aquellos que aceptaron, firmaron un asentimiento informado (Apéndice A) y seguido a esto, se realizó la aplicación del SSI-k3, el YSR y el CEVQ, en ese orden. El tiempo promedio de aplicación fue una hora.

Mediciones

Volición

Para medir el constructo de volición se utilizó el Inventario de Autogobierno versión corta (SSI-k3), tomándose la versión adaptada por Argumedo y Romero (2011). Esta escala es la versión corta del Inventario de Autogobierno versión larga (SSI-L) (Frolich y Kuhl, 2002) y fue elaborada por Kazén en el 2004. Ambas pruebas fueron realizadas a partir del Inventario de Componentes Volitivos (ICV), elaborado por Kuhl y Fuhrmann en 1998.

La volición, también entendida como autogobierno, se define como el centro de control que modula distintos aspectos de la conducta de la persona (Kuhl y Fuhrmann, 1998). Está compuesta por dos modos, el autocontrol y la autorregulación. Éstos influyen de diferentes formas el comportamiento del ser humano bajo condiciones de estrés (Kuhl y Fuhrmann, 1998).

El SSI-k3 mide las competencias volitivas y la eficiencia volitiva. Las competencias volitivas se refieren a la capacidad que tiene la persona de modificar determinadas funciones mentales, cuando es pertinente, ya sea porque la persona lo prevé o porque ha recibido una retroalimentación. Dichas competencias se evalúan en cuatro escalas: Autorregulación (subescalas Autodeterminación, Automotivación y Autocalma), Autocontrol (subescalas Planeación y Actividad Volitiva sin Temor al Fracaso), Inhibición Volitiva (subescalas Iniciativa, Realización de Propósitos y Concentración) y finalmente Autoinhibición (subescalas Enfrentamiento al Fracaso y Autosensibilidad). Por otro lado, la eficiencia volitiva es la capacidad del individuo de emplear de manera asertiva las competencias volitivas; es decir, si son exitosas en momentos de estrés. Ésta se evalúa a través de la escala Estrés General (subescalas Carga y Amenaza) (Guevara, 1994, 1998; Kraska, 1933, citado en Acosta, 2005; Kazén, 2004).

La prueba posee 48 ítems, que se puntúan mediante una escala Likert, con cuatro opciones de respuesta, las cuales son "en nada", "en poco", "bastante" y "exactamente" (Kazén, 2004).

Para obtener el puntaje total del evaluado, se suma el puntaje obtenido en cada ítem, pero en las subescalas Planeación, Actividad Volitiva sin Temor al Fracaso,

Realización de Propósitos, Concentración, Enfrentamiento al Fracaso y Autosensibilidad, los puntajes se obtienen invirtiendo el sentido de la respuesta (Kazén, 2004).

Para evaluar las propiedades psicométricas del SSI-k3, Kazén (2004) administró el SSI-k3 a 329 estudiantes de la Universidad de Osnabrück (Alemania).

Con el fin de hallar la estructura factorial de la prueba, realizó un Análisis de Componentes Principales, el cual arrojó cinco grupos correspondientes a las cinco escalas que posee actualmente el SSI-k3. Estos cinco primeros autovalores fueron 11.47, 6.56, 3.72, 2.75 y 2.13. El primer autovalor explica el 23.90% de la varianza, el segundo el 13.67%, el tercero el 7.75%, el cuarto el 5.72%, y el quinto el 4.45%. Los factores en mención explican el 55.49% del total de la varianza. Las cargas factoriales oscilan entre -0.26 y 0.81 (Kazén, 2004).

Así también, obtuvo el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach y los Índices de Discriminación de cada escala y subescala. Entre las escalas, Autocontrol obtuvo el coeficiente de confiabilidad más bajo (.74) y Autoinhibición alcanzó el más alto (.93). Entre las subescalas, el coeficiente de confiabilidad más bajo fue el de Autodeterminación (.75) y el más alto fue el de Concentración (.93). El rango de Índices de Discriminación (ID) de las escalas va desde -.08 a .84, y el rango de ID de las subescalas oscilan entre .43 y .88 (Kazén, 2004).

El SSI-k3 ha sido validado en la población española y mexicana por Acosta (2005) y en la población peruana por Argumedo y Romero (2011).

Para la versión española, los participantes fueron 415 estudiantes universitarios de la Universidad de Granada, con una edad promedio de 21.96 ($DE= 4.97$). Se halló el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach para cada escala y subescala, así como los Índices de Discriminación. La escala Autocontrol obtuvo el alfa más bajo (.76) y la más alta fue la escala de Inhibición Volitiva, con .86. La consistencia interna de las subescalas fue de .69 a .90, siendo la más baja la subescala Automotivación, y la más alta Concentración. El rango de Índices de Discriminación (ID) de las escalas oscila entre .23 a .76, y el rango de ID de las subescalas se encontró entre .23 y .80 (Acosta, 2005).

Para la versión mexicana, se tomaron tres muestras: 543 estudiantes de México

D.F, 430 estudiantes de la Universidad de Guanajuato, y 113 estudiantes de la Universidad Autónoma de Monterrey, todos con una edad promedio de 20 años. Se obtuvo el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach para cada escala y subescala, así como los Índices de Discriminación. La escala Autocontrol obtuvo el alfa más bajo (.72) y la más alta fue la escala de Inhibición Volitiva, con .84. La consistencia interna de las subescalas fue de .59 a .82, siendo la más baja la subescala Actividad Volitiva Sin Temor al Fracaso, y la más alta Carga Emocional, respectivamente. El rango de Índices de Discriminación (ID) de las escalas oscila entre .20 a .73, y el rango de ID de las subescalas se encontró entre .20 y .73 (Acosta, 2005).

En la presente investigación se utilizó la versión adaptada por Argumedo y Romero (2011) para la población adolescente limeña. Se realizaron análisis de confiabilidad, de los cuales se obtuvo un índice de consistencia interna de 0.56 para la prueba en general, así como coeficientes entre 0.82 y 0.61 dentro de las escalas (Apéndice C1).

Salud Mental

Para evaluar las características de la salud mental en los participantes, se utilizó el Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales, elaborado por Achenbach (1991) para menores entre los 11 y 18 años, tomando la versión adaptada al español desarrollada por Majluf (1999). Esta escala evalúa diversos aspectos de adaptación y desadaptación del adolescente. Posee tres formas, una que recoge información de los padres acerca del comportamiento de sus hijos, otra de los maestros acerca de sus alumnos y un autoreporte del adolescente (Ivanova et al., 2007). En el presente estudio se tuvo como informantes a los propios adolescentes, por lo cual se usó la forma de autoreporte (Youth Self-Report, YSR)

El YSR consta de dos partes. La primera busca recabar datos acerca de las competencias sociales, académicas y deportivas de los jóvenes. La segunda parte recoge información acerca de problemas sociales, emocionales y comportamentales del joven en los últimos seis meses. Esta parte consta de 112 ítems, divididos en 8 escalas, que representan los ocho síndromes que conforman el modelo taxonómico de psicopatología en jóvenes. Las puntuaciones se obtienen bajo un formato de respuesta de tipo Likert, con 3 opciones de respuesta, 0 ("No es cierto"), 1 ("En cierta manera, algunas veces") y 2 ("Muy cierto o cierto a menudo") (Ivanova et al., 2007).

Achenbach y Rescorla (2001) aplicaron el YSR a 2,581 menores entre los 11 y 18 años. La muestra estuvo constituida por un grupo clínico de adolescentes provenientes de Estados Unidos, Australia e Inglaterra y un grupo normal conformado por adolescentes de Estados Unidos. Recogiendo data de padres y profesores y con los puntajes del YSR, se realizó un análisis factorial que arrojó la estructura de los ocho factores/síndromes relativos a la psicopatología en el adolescente. Estos ocho síndromes son: ansiedad/depresión, abandono/depresión, somatización, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, comportamiento en contra de las reglas y comportamiento agresivo.

Para comprobar que la estructura taxonómica del modelo de los ocho síndromes se replicara de la misma manera en población joven de distintas sociedades y que el procedimiento estadístico usado para obtener dicha estructura sea el mismo en las distintas aplicaciones, Ivanova et al. (2007) llevaron a cabo un estudio en 23 ciudades distintas. Los datos fueron recolectados por investigadores de cada país, en momentos distintos y las investigaciones se llevaron a cabo en un lapso de diez años aproximadamente. La muestra total fue de 30,243 menores entre 11 y 18 años, provenientes de ciudades de los cinco continentes. Se separó la información obtenida por ciudades, así como por grupos de hombres y mujeres y por grupos de edades entre 11-14 y 15-18.

Se aplicó el Análisis Factorial Confirmatorio, el cual demostró que el modelo de los ocho síndromes se replicaba en las 23 ciudades, en ambos sexos y en ambos grupos de edad. La media de las cargas de cada ítem con respecto a su factor fue de .60, una cantidad considerable para afirmar que el modelo propuesto de psicopatología en la adolescencia se mantiene como tal en distintas culturas.

Diversos estudios han tomado como instrumento de medición al YSR, reportando índices de consistencia interna de 0.94 para la escala total y para la escala de conductas problema (Zubeidat et al., 2009), de 0.89 para la escala de ansiedad/depresión (Marsh, Parada y Ayotte, 2004) y de 0.80 para la escala de problemas del pensamiento (Marsh, Parada y Ayotte, 2004), entre otros.

En el Perú, Majluf (1999) administró el YSR (Achenbach, 1991, citado en Majluf, 1999) a 908 jóvenes de entre los 11 y 18 años, de los cuales 287 asistían a centros de salud mental, conformando el grupo clínico del estudio. El índice de

confiabilidad de la escala a través del test-retest -el cual se dio en un periodo de siete días- fue de 0.92. La validez de la prueba se realizó mediante un *criterio clínico externo*, determinando una diferencia entre los puntajes obtenidos por el grupo normal y el grupo clínico, siendo significativamente más altos para este último grupo ($p < .01$) (Majluf, 1999).

En el presente estudio, se realizaron los análisis de confiabilidad pertinentes, obteniéndose un índice de Alfa de Cronbach igual 0.93 para la escala general, así como coeficientes iguales a 0.87 y 0.82 para las escalas de Externalización e Internalización, respectivamente (Apéndice C2).

Exposición a la violencia

Para medir el impacto de la exposición a la violencia en los participantes, se utilizó el Cuestionario de Experiencias de Violencia en la Infancia (*Childhood Experiences of Violence Questionnaire- CEVQ*), creado por Walsh, MacMillan, Trocmé, Jamieson y Boyle en el 2000. Este autoreporte evalúa la victimización en adolescentes entre los 12 y 18 años, entendiéndose ésta como violencia de pares, ser testigos de violencia doméstica, abuso emocional o sexual y castigo físico. También recoge información acerca del perpetrador, la severidad, el inicio, la duración y cuando fue revelado el incidente.

Está compuesta por 18 ítems de respuesta alternativa o dicotómica, en donde el evaluado encierra en un círculo la respuesta que mayor se acomode a su vivencia personal. Los ítems se puntúan mediante una escala Likert de 5 puntos, que va desde 0 (nunca), 1 (una a dos veces), 2 (tres a cinco veces), 3 (seis a diez veces), 4 (diez o más veces). La puntuación máxima en general puede ser 72, y si el participante reporta una frecuencia de tres a cinco veces (opción 2) en uno o más ítems dentro de cada uno de los tipos de violencia, se considera que el menor ha sido víctima de ese tipo de violencia. Además, dentro de cada ítem, se encuentran preguntas acerca de las características de la agresión, si es que se hubiera dado.

Los autores desarrollaron la prueba en tres fases. En la primera, después de la revisión teórica y de otros instrumentos afines, se tomó una muestra de 27 adolescentes, con una media de edad de 16 años ($DE=1.4$). Se evaluó la aceptación del cuestionario por parte de los menores, así como, la claridad de las preguntas, el significado de las

respuestas, el vínculo entre la descripción conductual de la victimización y las experiencias personales de los jóvenes, y la distribución y secuencia de las preguntas. Se determinó que la edad mínima para la comprensión del vocabulario de la prueba fuese de 11 años. La versión obtenida tuvo cinco áreas: violencia de pares (1 ítem), presenciar violencia doméstica (2 ítems), castigo físico (2 ítems), abuso físico (6 ítems) y abuso sexual (4 ítems).

En la segunda fase, se realizó un piloto con 61 estudiantes de secundaria, con una edad promedio de 16.1 años ($DE=.8$), para verificar la confiabilidad test-retest de la prueba. Los coeficientes de correlación intraclase (CCI) de todos los ítems se ubicaron entre buenos (.60-.74) y excelentes ($>.74$), excepto por los ítems de ataque físico y amenaza sexual. Para continuar investigando la claridad, comprensión y aceptación de la prueba, se realizó una serie de grupos focales con 43 estudiantes de secundaria, 14 miembros de un programa de tratamiento por abuso sexual y 11 madres. Como resultado, se incluyó el ítem de abuso emocional en el cuestionario, se adoptó la forma numérica de respuestas (nunca, 1-2 veces, 3-5 veces, 6-10 veces, más de 10 veces) sobre la categorial (nunca, rara vez, a veces, seguido) y se realizaron algunos cambios en cuanto a vocabulario.

En la tercera fase, se realizaron estudios para evaluar la confiabilidad test-retest y la validez (de contenido, constructo y criterio) del CEVQ. Para examinar la confiabilidad test-retest, se tomó una muestra de 83 adolescentes provenientes de instituciones clínicas, judiciales y de bienestar del menor. Igualmente, se evaluaron 96 estudiantes entre el noveno y onceavo grado de secundaria, pertenecientes a una escuela multiétnica (mitad de ellos eran inmigrantes) y a un estrato socioeconómico por debajo del promedio de la comunidad. A excepción de violencia entre pares (.61, verbal, y .59, física), la confiabilidad de todos los ítems, a través del CCI, excedía el .74. El coeficiente Kappa halló índices de acuerdo para abuso físico, abuso físico severo, abuso sexual y abuso sexual severo, siendo éstos .85, .77, .92, .87, respectivamente.

La validez de contenido se obtuvo mediante la evaluación de la prueba por 11 jueces, miembros del *Child Welfare Workers*, los cuales puntuaron los ítems como .4 (relevante) y .3 (relevante, pero requiere una mínima alteración) con respecto al constructo específico, llegando a obtenerse una significancia mayor que .50.

Para evaluar la validez de constructo, se aplicó el Cuestionario de Sentimientos y

Conductas (*Feelings and Behavior Questionnaire*) usado en la Encuesta Nacional Longitudinal a niños y adolescentes en Canadá (Estadísticas Canadá, 1996, citado en Walsh et al., 2008), con el propósito de comparar las medias de los puntajes entre las escalas de dicha prueba (índices de hiperactividad/ déficit de atención, ansiedad/ desórdenes emocionales, agresión indirecta, problemas de conducta/agresión física y delitos a la propiedad) y las del CEVQ. La muestra estuvo conformada por 177 adolescentes, con un promedio de edad de 15.7 años ($DE= 1.7$). Se hallaron altos niveles de psicopatología (los cinco tipos de desorden) entre los adolescentes que habían reportado victimización, a diferencia de los que no lo hicieron.

Finalmente, para obtener la validez de criterio, se elaboraron clasificaciones derivadas de las escalas de abuso físico y abuso sexual, de los CEVQ de 93 jóvenes que habían estado en una institución clínica o judicial. Éstas se compararon con las clasificaciones sobre exposición al maltrato, elaboradas independientemente por los profesionales (trabajadores sociales, un pediatra, y cuidadores) que fueron responsables de los menores. La concordancia entre los autoreportes de los adolescentes y los reportes de los profesionales (mediante el coeficiente Kappa) fueron de .67 en abuso físico, .64 en abuso físico severo, .70 en abuso sexual y .50 en abuso sexual severo, señalando una correspondencia de mediana a buena entre los constructos.

En relación a la confiabilidad de la prueba, diversos estudios han reportado índices de consistencia interna para la escala global, los cuales van de 0.90 (Salami, 2010) a 0.92 (Zahradnik et al., 2010), así como para las escalas de abuso sexual y abuso físico, siendo de 0.69 y 0.72, respectivamente (Bergevin y Bukowski, 2003).

En la presente investigación, los análisis de confiabilidad que se llevaron a cabo hallaron un coeficiente de consistencia interna de 0.92 para la escala global, y coeficientes de 0.85 y 0.83 para las escalas de abuso físico y abuso sexual, respectivamente (Apéndice C3).

Análisis de Datos

Luego de recabada la información a través de las distintas escalas, el análisis de los datos se desarrolló a través del programa *Statistical package for social sciences* (SPSS) versión 19. Para determinar la normalidad de las puntuaciones de las variables medidas en los test, se aplicó la prueba de Kolmogorov –Smirnov de bondad de ajuste

(Apéndice B). Se observó que dos de las escalas (SSI-k3 y YSR) presentaban distribución normal, mientras que la escala CEVQ mostraba una distribución no paramétrica. Con el fin de homogenizar la presentación de resultados y dado que la mayoría de variables son de distribución normal, se utilizaron estadísticos paramétricos en los análisis de datos, una vez que se comprobó que los resultados no variaban con respecto a los hallados con estadísticos no paramétricos.

De esta manera, a través de la aplicación de tablas de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado para el instrumento CEVQ, y la prueba T de Student para los instrumentos SSI-k3 y YSR, se evaluó si existían diferencias significativas en los resultados obtenidos entre hombres y mujeres. Luego se utilizó el coeficiente de correlación bivariada de Pearson, con la finalidad de analizar la asociación entre las variables del estudio. Finalmente se empleó el mismo coeficiente para correlaciones parciales sobre dichas variables, con el fin de calcular la magnitud y el sentido de la asociación de dos variables, controlando el impacto que una tercera tiene sobre aquella relación.



Resultados

Expondremos a continuación los resultados obtenidos según los objetivos planteados para la presente investigación. Respecto a la variable sociodemográfica sexo con relación a la violencia experimentada por los participantes del estudio, se observa en la Tabla 1 que existe una diferencia significativa en cuanto a la victimización entre hombres y mujeres, tanto en violencia general como en violencia de pares, siendo más alto el porcentaje de incidencia presentado por los adolescentes del sexo masculino en ambos aspectos.

Tabla 1

Diferencias en victimización según la variable sexo

Victimización	Mujer		Hombre		Total		chi	p
	n ¹	%	n ²	%	n ³	%		
CEVQ Total	11	40,7	22	66,7	33	55	4,03	,045
Violencia de pares	8	29,6	19	57,6	27	45	4,69	,030
Violencia doméstica	8	29,6	7	21,2	15	25	,56	,454
Castigo físico	5	18,5	5	15,2	10	16,7	,12	,728
Abuso físico	6	22,2	8	24,2	14	23,3	,03	,854
Abuso sexual	3	11,1	4	12,1	7	11,7	,02	,903

Nota. n¹ = 27; n² = 33; n³ = 60

Del mismo modo, en la Tabla 2 se puede observar que con respecto a los componentes volitivos evaluados, no existen diferencias significativas entre los puntajes alcanzados por los hombres y las mujeres.

Tabla 2

Diferencias en las competencias volitivas según la variable sexo

Volición	Mujer		Hombre		t	p
	M	SD	M	SD		
Autorregulación	31,67	6,270	33,36	6,153	-1,054	,296
Autocontrol	18,33	3,595	17,48	4,132	,838	,405
Inhibición volitiva	32,11	5,409	32,18	3,575	-,061	,952

Autoinhibición	20,89	4,830	19,76	4,1938	,977	,333
Estrés general	20,07	4,066	21,03	4,164	-,894	,375

Finalizando con la variable sexo, se halló que -de la misma forma que el constructo anterior- los problemas en salud mental de los hombres y mujeres no presentan diferencias significativas (Ver Tabla 3). Ello señalaría que los adolescentes institucionalizados participantes del estudio, presentan niveles similares de patología externalizante, internalizante y global.

Tabla 3

Diferencias en salud mental según la variable sexo

Salud mental	Mujer		Hombre		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
YSR Total	56,85	20,767	57,24	19,955	-,074	,941
Internalización	22,00	7,280	20,33	7,515	,867	,390
Externalización	14,59	7,164	16,94	8,015	-1,183	,242

Con respecto a la relación entre los constructos estudiados y la variable sociodemográfica edad, se encuentra que –entre los distintos tipos de violencia- el castigo físico correlaciona de manera inversa y en magnitud pequeña (Cohen, 1988) con la edad de los participantes ($r = -.271$, $p = .036$). Así también, en cuanto a las competencias volitivas, se observa que existe una correlación inversa y pequeña entre la edad del participante y el componente autoinhibición ($r = -.274$, $p = .034$). Finalmente, en relación a la salud mental, se obtuvo que la edad de los participantes correlaciona inversa y de magnitud pequeña con los problemas de salud mental global ($r = -.269$, $p = .038$) y con los problemas de externalización ($r = -.291$, $p = .024$).

Por otra parte, al evaluar la relación entre las variables de estudio (Ver Tabla 4) –exposición a la violencia, volición y salud mental- se halló que la victimización presenta una correlación directa y grande con los problemas de salud mental global, y moderada con los problemas de internalización y externalización.

En cuanto a los componentes volitivos, la autorregulación presenta una correlación inversa y moderada con la exposición a la violencia, mientras que la correlación con el autocontrol es inversa y pequeña. De la misma forma, se observan correlaciones directas y moderadas con las sub escalas autoinhibición e inhibición volitiva, guardando con ésta última la asociación de mayor magnitud.

Centrándonos en la relación entre componentes volitivos y salud mental, observamos que la autorregulación correlaciona inversa y moderadamente con los problemas de externalización y salud mental global. Asimismo, la inhibición volitiva presenta correlaciones directas y moderadas con los problemas de internalización, externalización y salud mental, en cuanto el componente volitivo autoinhibición correlaciona de forma directa y grande con los problemas de internalización, y moderada con problemas de salud mental global y externalización. Finalmente, el componente estrés general presenta correlaciones directas y moderadas con los problemas de internalización y los problemas de salud mental global.

Tabla 4

Correlaciones entre las variables exposición a la violencia, volición y salud mental

Medidas	1	2	3	4	5	6
1. CEVQ Total	--					
2. Autorregulación	-,384*	--				
3. Autocontrol	-,034	,634*	--			
4. Inhibición volitiva	,492*	-,453*	-,320*	--		
5. Autoinhibición	,444*	-,212	-,033	,355*	--	
6. Estrés general	,339*	,051	-,351*	,222	,564*	--
8. Internalización	,493*	-,276*	-,036	,379*	,507*	,373*
9. Externalización	,492*	-,327*	-,141	,458*	,310*	,192
10. YSR Total	,552*	-,341*	-,129	,484*	,438*	,319*

* $p < .05$

Por último, resulta importante evaluar la relación entre exposición a la violencia y salud mental, controlando el posible impacto de los componentes volitivos más relevantes en esta relación, siendo en este caso los componentes Inhibición Volitiva y Autoinhibición (Ver Tabla 5). Se halló que, cuando se controla el impacto de la

inhibición volitiva, las correlaciones entre exposición a la violencia y los problemas de internalización, externalización y salud mental global, se mantienen moderadas, aunque con una disminución clara en la magnitud de las asociaciones con los problemas de externalización y globales. Por otra parte, se encuentra que, al controlarse el impacto de la autoinhibición, la correlación entre exposición a la violencia y los problemas internalizantes si bien se mantiene moderada, disminuye considerablemente.

Tabla 5

Correlaciones parciales entre las variables exposición a la violencia y salud mental

	CEVQ/ Inhibición volitiva	CEVQ/ Autoinhibición
Internalización	,380*	,347*
Externalización	,345*	,416*
YSR Total	,412*	,444*

* $p < .05$

Discusión

A continuación se procederá a discutir los hallazgos obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, se presentarán los datos relacionados a la victimización en los participantes, vinculándolos con las variables sexo y edad. Posteriormente se llevará a cabo el mismo procedimiento con los datos referentes al estado de la salud mental del grupo de estudio. Finalmente se analizará la relación entre los tres constructos, exposición a la violencia, volición y salud mental.

A partir de los datos obtenidos con respecto a la victimización experimentada por los adolescentes del grupo de estudio, se observa que existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo los menores del sexo masculino quienes reportan un porcentaje más alto de victimización general. A nivel empírico, los estudios presentan hallazgos divididos en relación a cuál género sufre mayor victimización. En el caso de los varones, Zona y Milan (2011) llevaron a cabo un estudio para medir el efecto moderador del género en la asociación longitudinal entre la exposición a la violencia y problemas de salud mental en 615 adolescentes (50.6% mujeres). Los resultados señalan que los menores de sexo masculino reportan mayores niveles de exposición a la violencia a lo largo de su vida, sea como testigo o como víctima. De igual modo, una investigación evaluó las relaciones entre la exposición a la violencia en la comunidad, factores protectores y salud mental en 504 adolescentes, indicando que los varones reportaban haber presenciado o sufrido mayor violencia en la comunidad a diferencia de las mujeres (Copeland-Linder, Lambert y Ialongo, 2010). Por otro lado, en el caso de las mujeres, una investigación que tuvo como fin evaluar la violencia parental y la salud mental de un grupo de 9,705 adolescentes, encontró que las menores de sexo femenino presentaban mayor exposición a violencia doméstica, tanto física como verbal, en comparación a los hombres (Peltonen, Ellonen, Larsen y Helweg-Larsen, 2010). Igualmente, un estudio con una muestra similar (6,200 adolescentes) agregó que las mujeres no solo sufren mayor violencia en el hogar, si no también fuera de éste (Helweg-Larsen, Frederiksen y Larsen, 2011). De igual manera, una investigación exploró si distintas experiencias adversas en la niñez fomentaban la realización de actos violentos en la adolescencia, siendo las jóvenes del sexo femenino quienes señalaron haber sufrido todas las formas de violencia evaluadas (violencia física, verbal, sexual, etc.) (Duke, Pettingell, McMorris y Borowsky, 2010).

Si bien la incidencia de la victimización difiere dentro del grupo de estudio, es importante considerar que estos adolescentes se encuentran internados en el CAR ya que provienen de entornos perjudiciales, por ende, han sido expuestos a lo largo de su vida a las diferentes formas de violencia evaluadas.

Continuando con los hallazgos relacionados a la victimización experimentada por los participantes de la presente investigación, se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la violencia de pares, siendo mayor el porcentaje reportado por parte de los menores del sexo masculino. La violencia de pares implicaría abuso físico y verbal, agresión relacional (mediante la cual se busca dañar la amistad o la reputación de la otra persona), insultos relacionados a la orientación sexual y acoso sexual (Espelage, Low y De La Rue, 2012). Así pues Card, Stucky, Sawalani y Little (2008) encontraron hallazgos similares en la revisión meta-analítica de 148 estudios realizados en agresión manifiesta y relacional en niños y adolescentes, a través de la cual concluyeron que los adolescentes varones tienden a demostrar mayor agresión manifiesta, que las menores del sexo femenino; no obstante, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de agresión encubierta entre hombres y mujeres, por tanto dicha forma de agresión también sería parte de repertorio de los varones. De la misma forma, un estudio *ex post facto* analizó la relación directa entre la victimización y la conducta violenta manifiesta y relacional de 1,795 adolescentes (48% mujeres) así como la relación indirecta entre dichas variables a través del clima escolar, la soledad, la reputación ideal no conformista y la transgresión de normas. Los menores del sexo masculino reportaron mayores niveles de victimización física y verbal, reputación ideal no conformista y transgresión de normas, los tres elementos del comportamiento violento manifiesto (Povedano, Cava, Monreal, Varela y Musitu, 2015). Asimismo, con el objetivo de analizar las diferencias de género en conductas violentas hacia los pares, actitudes hacia la autoridad y las normas, la comunicación con los padres y calidad de relación con los profesores, Carrascosa, Cava y Buelga (2015) midieron dichas variables en 663 adolescentes (50.68% mujeres). Los resultados señalan que los adolescentes varones, a diferencia de las mujeres, presentan actitud positiva hacia la transgresión de normas, al igual que mayor agresión manifiesta y relacional.

Es importante señalar que la evidencia empírica indica que el colegio, siendo uno de los lugares más frecuentado por los adolescentes, es donde se reportan la mayoría de casos de agresión, ya sea por ser víctima o presenciar un acto de esa índole

(Carlson, 2006; Flannery, Singer, van Dulmen, Kretschmar y Belliston, 2007; Fredland, 2006; Slovack, 2000). Dado que los menores participantes del presente estudio comparten las 24 horas del día con sus pares en la institución, es posible que exista una mayor probabilidad que el despliegue de conductas agresivas sea hacia los mismos. De igual forma, como se ha mencionado previamente, los adolescentes participantes ingresaron a la institución para evitar continuar ser expuestos a ambientes nocivos donde eran testigos o víctimas de diferentes tipos de violencia. Por tanto, las actitudes de violencia hacia sus pares podrían ser un reflejo de los modelos de comportamiento observados en su infancia, los cuales repetirían al ser los únicos patrones relacionales aprendidos, ya sea como perpetrador o como víctima. En este último caso, reportes señalan que menores que han sido expuestos a diferentes tipos de violencia en la niñez, tendrían mayor tendencia a ser víctimas de violencia de pares durante su adolescencia (Benedini, Fagan, y Gibson, 2016).

Por otra parte, con respecto a la exposición a la violencia dentro del grupo de estudio y la variable sociodemográfica edad, se encontró que el castigo físico correlaciona de manera inversa y en magnitud pequeña con la edad de los participantes. Esto implicaría que a medida que los adolescentes van creciendo, disminuiría su vulnerabilidad y el riesgo de presenciar o ser víctima de algún acto de violencia. Hallazgos semejantes se obtuvieron en una investigación con adolescentes provenientes de un entorno rural, la cual señaló que aquellos que pertenecían a grados menores en el colegio, reportaban ser víctimas o presenciar escenas de violencia con mayor frecuencia que los adolescentes de grados superiores (Slovak, 2000). No obstante, un estudio mediante *The National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV)*, evaluó a 2,999 menores entre los 6 y 17 años en Estados Unidos, encontrando que los adolescentes tardíos estarían más expuestos a ser violentados físicamente, y que los adolescentes tempranos serían más vulnerables a sufrir agresiones verbales (Turner et al., 2011).

Finalizando con los alcances de la exposición a la violencia en el grupo de estudio, se encuentra que ésta presenta una correlación directa y grande con los problemas de salud mental global, y moderada con los problemas de internalización y externalización. Esto significaría que los adolescentes evaluados en esta investigación que hayan reportado haber sido victimizados, presentarían más síntomas de problemas en salud mental. Este hallazgo guardaría estrecha relación con los estudios revisados en

la introducción del presente trabajo, los cuales mencionan las mismas consecuencias de la exposición a la violencia sobre la salud mental (Albus et al., 2004; Flannery et al., 2004; Fowler et al., 2009; Haj-Yahia y Abdo-Kaloti, 2008; Haynie et al., 2009; Ozer y McDonald, 2006). Sumados a éstos, se puede señalar mayor evidencia empírica que avale dicha conclusión. Tal es el caso de la investigación realizada por McDonald y Richmond en el 2008, quienes a través de la revisión de 26 estudios empíricos entre 1997 y 2007, hallaron que la exposición a la violencia en la comunidad afectaría a la salud mental, propiciando el desarrollo de síntomas de estrés postraumático y la ejecución de conductas agresivas. Otros estudios señalan el impacto de la exposición a la violencia en el desarrollo de síntomas de problemas internalizantes, como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (Li et al., 2002; O'Donnell, Roberts y Schwab-Stone, 2011; Slovak, 2000, 2002). Igualmente, otras investigaciones señalan que problemas de externalización tales como conductas agresivas e infractoras, aparecerían o se agudizarían frente a la exposición a la violencia en este grupo etario (Fagan, 2003; Hollins, 2008; Li et al., 2002).

Continuando con los hallazgos sobre los problemas en salud mental dentro de la muestra, se observa que los participantes presentan niveles similares de patología internalizante, externalizante y global. De forma análoga, en una muestra de 2,084 adolescentes holandeses, se encontró que síntomas internalizantes y externalizantes se presentaban en una magnitud significativa en ambos sexos, cuando estas patologías se asociaban con la presencia de violencia de pares (Bakker, Ormel, Verhulst y Oldehinkel, 2010). Cabe resaltar que esta última forma de victimización fue la de mayor incidencia dentro de los participantes en la presente investigación. Igualmente, otros estudios que evaluaron las asociaciones entre problemas en la salud mental en adolescentes y la ejecución de conductas de riesgo, hallaron que planes e intentos suicidas (Medina, Jegannathan, Dahlblom y Kullgren, 2012) y altos niveles de consumo de alcohol (Strandheim, Holmen, Coombes y Bentzen, 2009) se relacionaban con problemas de internalización y externalización tanto en hombres como mujeres.

Si bien las investigaciones a lo largo de los años han señalado que la sintomatología internalizante y externalizante tienen mayor incidencia en mujeres y hombres, respectivamente (Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker y Schlack, 2008; Jegannathan y Kullgren, 2011; Mendelson, Turner y Tandon, 2010; Newman, Lohman y Newman, 2007; Sirin, Ryce, Gupta, y Rogers-Sirin, 2012) podría estar ocurriendo un

cambio en la tendencia. Así pues, algunos estudios reportan mayores índices de síntomas internalizantes en varones, asociados con pobreza en el vecindario (Leventhal y Brooks-Gunn, 2011), encarcelamiento de los padres (Murray y Farrington, 2008) y la permanencia en un albergue de menores (McCrae, 2009). Por otro lado, una serie de factores de riesgo tales como vivir en hogares disociados, conflictivos o neuróticos, maltrato infantil y abuso sexual, entre otros, propiciarían la presencia de patología externalizante en adolescentes mujeres (Hipwell y Loeber, 2006). Este tipo de sintomatología se encuentra en muchas menores internas en reformatorios (Van Doorn, Jansen, Vermeiren, Hamerlynck y Doreleijers, 2012). Habiendo reportado de forma casi homogénea ambos tipos de sintomatología, es importante señalar que las condiciones previamente mencionadas guardan estrecha semejanza con las experiencias vividas por los participantes del presente estudio.

Por último, en cuanto a la relación entre exposición a la violencia, salud mental y volición, se encontró que, controlando el posible impacto de los componentes volitivos sobre la relación entre los primeros dos constructos, la volición sería un mediador parcial (a nivel descriptivo) de dicha relación. Se produciría esta mediación ya que la victimización sufrida por los adolescentes participantes, afectaría sus competencias volitivas y a partir de ello repercutiría en su salud mental global y en las problemáticas internalizantes y externalizantes. Esta propiedad mediadora que se obtiene a través del óptimo desarrollo de las competencias volitivas, también fue comprobada empíricamente por medio de las investigaciones revisadas en la introducción. De esta forma, se pudo observar que dichas competencias fomentan la recuperación luego de eventos estresantes (Beckmann y Kellmann, 2004), influyen en la disminución de sintomatología depresiva y psiquiátrica (Forstmeier y Rueddel, 2007) y promueven la búsqueda de recursos adaptativos frente a circunstancias críticas (You, 2011). Igualmente, intervienen en la toma de decisiones profesionales (Košir y Pečjak, 2007), así como en el adecuado desempeño dentro del ámbito académico y deportivo (Elbe, Szymanski y Beckmann, 2005; Orbell, 2003), y en los esfuerzos de llevar una vida sana y equilibrada en general (Gröpel y Kuhl, 2006).

El segundo hallazgo con respecto a la relación de los tres constructos en estudio, evidencia que cuando la violencia incide directamente en el componente inhibición volitiva, entonces se intensificarían las dificultades a nivel de salud mental global, patología internalizante y externalizante. Fundamentalmente, la asociación sería mayor

en ésta última patología. La inhibición volitiva se relaciona con la Orientación al Estado Prospectiva. Esto quiere decir que los adolescentes de la muestra, al ser afectados por condiciones estresantes, fracasarían constantemente en iniciar, mantener y finalizar acciones que se propongan o que sean asignadas, no pudiendo concentrarse en las mismas (Goschke y Kuhl, 1993). En ese sentido, situarse en la Orientación al Estado Prospectiva se reflejaría al tener dificultades para mantenerse en tareas que no son placenteras o iniciar acciones frente a algún conflicto. Esto se relacionaría con el desarrollo de problemas de externalización, tales como conductas de alto riesgo y ruptura de normas, puesto que los adolescentes se verían imposibilitados de iniciar acciones que cambien dichas conductas –a pesar de que exista la motivación para realizarlo- como el disminuir el consumo de estupefacientes, o involucrarse en situaciones que pongan en riesgo la salud física o moral. Así pues, debido a que no se pueden establecer planes específicos de acción, iniciarlos y mantenerse en las acciones determinadas, se reforzaría la realización de los comportamientos externalizantes, al no poder modificar con éxito los mismos hacia conductas saludables. Como se ha mencionado previamente en este trabajo, varios estudios señalan la relación de esta competencia volitiva con los problemas de externalización. Algunos de estos problemas son la falta de motivación para iniciar tareas simples (Kazén, Kaschel y Kuhl, 2008), no concluir labores académicas asignadas (Biggs, 2006), complicaciones para mantenerse en un régimen alimenticio sano (Kuhl y Fuhrmann, 1998) así como dificultades para llevar a cabo acciones que modifiquen comportamientos en detrimento de la salud como la reducción del consumo del alcohol (Palfai, McNally y Roy, 2002).

El tercer y último hallazgo en cuanto la relación de los tres constructos, señala que los problemas internalizantes podrían verse intensificados si el impacto de la violencia afecta al componente autoinhibición, el cual está relacionado con la Orientación al Estado frente al Fracaso. En este caso, los adolescentes participantes, después de haber experimentado un evento aversivo, presentarían rumiaciones incesantes y se verían incapacitados de reducir el afecto negativo sin apoyo externo. Tendrían también tendencia a la autofiltración (Kazén, Baumann y Kuhl, 2003; Kuhl y Kazén, 1994). Esta forma problemática de enfrentar el fracaso, acentuaría los síntomas internalizantes que los menores podrían tener. Resultados similares obtuvieron Baumann, Kaschel y Kuhl (2005), los cuales encontraron que los participantes que vivían eventos estresantes y eran incapaces de disminuir el afecto negativo de los

mismos, presentaban incongruencias entre las metas autogeneradas y las metas que adoptaban del exterior, y esa incongruencia mediaba parcialmente el impacto de los eventos aversivos y la incapacidad de modular el afecto, sobre el bienestar subjetivo de la persona y el desarrollo de síntomas psicósomáticos. Otros estudios señalan también que las personas que se orientan al estado frente al fracaso – a diferencia de las que se orientan a la acción- al ser expuestas a situaciones altamente estresantes suelen perder con facilidad el equilibrio de su vida (Gröpel y Kuhl, 2009), llevan a cabo autoevaluaciones implícitas sin mucha autonomía (Koole, 2004) y presentan altos niveles de autoinfiltración (falsa autoatribución de actividades asignadas o ideas ajenas) (Baumann y Kuhl, 2005, 2003; Kazén, et. al., 2003).

En conclusión, a la luz de los hallazgos de la presente investigación, se puede observar que la volición -a nivel descriptivo- cumpliría un rol mediador entre las secuelas de la exposición sistemática a la violencia sobre la salud mental de adolescentes institucionalizados. De modo específico, cuando la violencia repercute sobre la inhibición volitiva, se exacerbaría el impacto de la misma en la salud mental global, así como en las patologías internalizantes y externalizantes, teniendo en ésta última mayor alcance e influencia. De igual forma, si la violencia ejerce un impacto nocivo sobre la autoinhibición, los problemas internalizantes se verían intensificados. Por otro lado, la victimización reportada por hombres y mujeres que forman parte de esta investigación difiere de forma significativa, en cuanto a la violencia general y la violencia de pares; no obstante, los niveles de incidencia de patología internalizante, externalizante y global son similares dentro del grupo de estudio.

En cuanto a las limitaciones presentadas en el estudio, se puede señalar a nivel metodológico que el tamaño de la muestra era reducido, a pesar de que se contó con la participación de casi la totalidad de los adolescentes dentro del CAR. Una muestra más amplia hubiera permitido obtener mayor detalle del comportamiento de los constructos a través de la variable edad, considerando por ejemplo un análisis comparativo por rango de edad de acuerdo a los diferentes estadios de la adolescencia. Igualmente, debe considerarse que en nuestra realidad existen distintos tipos de CAR, donde los menores son enviados de acuerdo a la causal de riesgo detectada, al tipo de violencia expuesto o la situación física y emocional en la que se encuentran, por tanto los resultados de la muestra evaluada no se podrían generalizar al estado actual de los adolescentes en otros CAR.

Por otra parte, es importante señalar que se pudo generar cierto grado de deseabilidad social en las respuestas de la escala sobre exposición a la violencia, debido a que según el procedimiento realizado (evaluación de forma personal) pudo suscitar reserva en los adolescentes. Se sugiere en siguientes investigaciones contar con una fuente alterna de información además del auto reporte del menor, tales como los antecedentes familiares y la causal de ingreso, entre otros.

Cabe resaltar que no existen vastos estudios sobre la volición y los componentes volitivos en nuestro contexto, por ello se sugiere futuras investigaciones longitudinales donde se profundicen los hallazgos presentados a nivel descriptivo, de manera que se puedan llegar a inferencias causales y comportamientos predictivos.

De la misma manera, se sugiere replicar la investigación acerca de la relación de las tres variables en mención en un grupo de estudio similar, adolescentes que hayan sido victimizados, pero aislando el factor institucionalización. De este modo se podría explorar si los resultados guardan similitud o el hecho de encontrarse institucionalizado también influye en cierto grado en la interacción de las tres variables de estudio.

Otro aspecto resaltante que podría ser objeto de estudios posteriores sería respecto al hallazgo de niveles similares en hombres y mujeres en cuanto a problemas de salud mental, ya que la evidencia empírica previa señala que los hombres tienden a desarrollar problemas de externalización mientras que las mujeres, problemas de internalización. Sería interesante evaluar este aspecto como un posible cambio generacional y si el factor de exposición a entornos violentos -familiares o comunitarios- influye en el mismo.

Elbe et al. (2005) señalan que no se conoce a detalle cómo se desarrolla la volición en la adolescencia. No obstante, indican que lo que sí se ha determinado es que existen dos tareas autorregulatorias trascendentales para los adolescentes: mantener las metas trazadas mientras desarrollan un yo independiente y libre de conflictos. Dicho desarrollo será favorable a través del despliegue efectivo de las competencias volitivas.

El fin último de la presente investigación fue contribuir al estudio de la volición y su acción mediadora entre el impacto de la exposición a la violencia sobre la salud mental, en especial en un grupo doblemente vulnerable, por la propia adolescencia y la institucionalización. Estudios ulteriores que continúen esta línea de investigación,

podrían corroborar el rol mediador de la volición, lo cual permitiría establecer estrategias de intervención con poblaciones vulnerables, de manera que los eventos aversivos que puedan haber experimentado a lo largo de su vida no impida que lleven una vida plena.





Referencias

- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Acosta, B. (2005). La adaptación al español del Inventario de Autogobierno para su uso en México y España. (Tesis de Doctorado - Universidad de Granada), [En línea]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/571/1/15343959.pdf> [Consulta: 07 junio 2011]
- Albus, K., Weist, M. & Perez-Smith, A. (2004). Associations Between Youth Risk Behavior and Exposure to Violence: Implications for the Provision of Mental Health Services in Urban Schools. *Behavior Modification*, 28(4), 548-564. doi: 10.1177/0145445503259512
- Bakker, M., Ormel, J., Verhulst, F. & Oldehinkel, A. (2010). Peer stressors and gender differences in adolescents' mental health: The TRAILS study. *Journal of Adolescent Health*, 46(5), 444-450. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.10.002
- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2005). Striving for Unwanted Goals: Stress-Dependent Discrepancies Between Explicit and Implicit Achievement Motives Reduce Subjective Well-Being and Increase Psychosomatic Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 781-799. doi: 10.1037/0022-3514.89.5.781
- Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-infiltration; Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(4), 487-497. doi: 10.1177/0146167202250916
- Baumann, N. & Kuhl, J. (2005). How to Resist Temptation: The Effects of External Control Versus Autonomy Support on Self-Regulatory Dynamics. *Journal of Personality*, 73(2), 443-470. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00315.x
- Beckmann, J. & Kellmann, M. (2004). Self-regulation and Recovery: Approaching an Understanding of the Process of Recovery from Stress. *Psychological Reports*, 95(3,2), 1135-1153. doi: 10.2466/PR.95.7.1135-1153
- Benedini, K., Fagan, A. & Gibson, C. (2016). The cycle of victimization: The relationship between childhood maltreatment and adolescent peer victimization. *Child Abuse & Neglect*, 59, 111-121. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.08.003
- Bergevin, T. & Bukowski, W. (2003). Childhood sexual abuse and pubertal timing:

- Implications for long-term psychosocial adjustment. En Hayward, C. (Ed.), *Gender Differences at puberty* (187-216). Nueva York: Cambridge University Press.
- Biggs, P.L. (2006). The role of volition in Web-based instruction: The relationship of persistence and course completion. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 66(7-A), 2490.
- Card, N., Stucky, B., Sawalani, G. & Little, T. (2008). Direct and Indirect Aggression During Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations, and Relations to Maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185-1229. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x.
- Carlson, K.T. (2006). Poverty and Youth Violence Exposure: Experiences in Rural Communities. *Children & Schools*, 28(2), 87-96.
- Carrascosa, L., Cava, M.J. & Buelga, S. (2015). Actitudes hacia la autoridad y violencia entre adolescentes: diferencias en función del sexo. *Suma Psicológica*, 22(2), 102-109. doi: 10.1016/j.sumpsi.2015.08.003
- Copeland-Linder, N., Lambert, S. & Ialongo, N. (2010). Community Violence, Protective Factors, and Adolescent Mental Health: A Profile Analysis. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 176-186. doi: 10.1080/15374410903532601
- Duke, N., Pettingell, S., McMorris, B. & Borowsky, I. (2010). Adolescent Violence Perpetration: Associations With Multiple Types of Adverse Childhood. *Pediatrics*, 125(4), 778-786. doi: 10.1542/peds.2009-0597
- Elbe, A., Szymanski, B. & Beckmann, J. (2005). The development of volition in young elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(5), 559-569. doi: 10.1016/j.psychsport.2004.07.004
- Espelage, D., Low, S. & De La Rue, L. (2012). Relations between peer victimization subtypes, family violence, and psychological outcomes during early adolescence. *Psychology of Violence*, 2(4), 313-324.
- Fagan, A. (2003). The Short- and Long-Term Effects of Adolescent Violent Victimization Experienced Within the Family and Community. *Violence and Victims*, 18(4), 445-459. doi: 10.1891/vivi.2003.18.4.445
- Flannery, D., Singer, M.I., van Dulmen, M., Kretschmar, J.M., & Belliston, L.M. (2007). Exposure to violence, mental health, and violent behavior. En D. Flannery, A. Vazonsyi, & I. Waldman (Eds.), *Cambridge handbook of violent*

- behavior (306-321). Cambridge: Cambridge University Press.
- Flannery, D., Wester, K. & Singer, M. (2004). Impact of Exposure to Violence in School on Child and Adolescent Mental Health and Behavior. *Journal of Community Psychology*, 32(5), 559-573. doi: 10.1002/jcop.20019
- Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (2011). La adolescencia, una época de oportunidades. New York: División de Comunicaciones UNICEF.
- Forstmeier, S. & Rueddel, H. (2007). Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: A controlled clinical. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(2), 89-96. doi: 10.1159/000097967
- Foster, H., Brooks-Gunn, J. & Martin, A. (2007). Poverty/socioeconomic status and exposure to violence in the lives of children and adolescents. En Flannery, D., Vazsonyi, A., Waldman, I. (Ed.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (664-687). New York: Cambridge University Press.
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, Angela. & Baltes, B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227-259. doi: 10.1017/S0954579409000145
- Fredland, N. (2006). Physical, behavioral and mental health outcomes of young adolescents exposed to community violence, home violence and peer violence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (4-B), 1912.
- Fuhrmann, A. & Kuhl, J. (1998). Maintaining a healthy diet: Effects of personality and self-reward versus self-punishment on commitment to and enactment of self-chosen and assigned goals. *Psychology & Health*, 13(4), 651-686. doi: 10.1080/08870449808407423
- Goschke, T. & Kuhl, J. (1993). Representation of Intentions: Persisting Activation in Memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 19(5), 1211 - 1226.
- Gröpel, P. & Kuhl, J. (2006). Having time for life activities: Life balance and self-regulation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(2), 54-63. doi: 10.1026/0943-8149.14.2.54.
- Gröpel, P. & Kuhl, J. (2009). Maintaining balance in life: Action orientation as a buffer against life stress. *Studia Psychologica*, 51(2-3), 137-141.
- Haj-Yahia, M. & Abdo-Kaloti, R. (2008). Mental health consequences of Palestinian

- adolescents' exposure to family violence. *Journal of Loss and Trauma*, 13(1), 1-41. doi: 10.1080/15325020701429130
- Haynie, D., Petts, R., Maimon, D. & Piquero, A. (2009). Exposure to violence in adolescence and precocious role exits. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 269-286. doi: 10.1007/s10964-008-9343-2
- Helweg-Larsen, K., Frederiksen, M.L. & Larsen, H.B. (2011). Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(8), 849-856. doi: 10.1177/1403494811421638
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F: McGraw-Hill.
- Hipwell, A.E. & Loeber, R. (2006). Do We Know Which Interventions are Effective for Disruptive and Delinquent Girls? *Clinical Child and Family Psychology*, 9(3), 221-255. doi: 10.1007/s10567-006-0012-2
- Hölling, H., Kurth, B., Rothenberger, A., Becker, A. & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 34-41. doi: 10.1007/s00787-008-1004-1
- Hollins, L.D. (2008). Influence of exposure to child maltreatment, domestic violence and community violence on youth. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69 (6-B), 3874.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Producto Bruto Interno Total y por Habitante 1994-2015. Lima. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Perú: Perfil de la Pobreza por Dominios Geográficos, 2004-2014. Lima: INEI.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., & ... Verhulst, F. C. (2007). The Generalizability of the Youth Self-Report Syndrome Structure in 23 Societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729-738. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.729
- Jegannathan, B. & Kullgren, G. (2011). Gender differences in suicidal expressions and their determinants among young people in Cambodia, a post-conflict country. *BMC Psychiatry*, 11(47). doi: 10.1186/1471-244X-11-47

- Kaschel, R. & Kuhl, J. (2002). Motivational Counseling in an Extended Functional Control. *Personality Systems Interaction Theory and Assessment*. En W. Cox & E. Klinger (Ed.) *Handbook of motivational counseling: Motivating People for Change*. Sussex: Wiley.
- Kazén, M. (2004). The Volitional Components Inventory (SSI-k3): Theoretical Basis and Validation. VII European Conference on Psychological Assessment: VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica. España: EAPA.
- Kazén, M., Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-infiltration vs. self-compatibility checking in dealing with unattractive tasks: The moderating influence of state vs. action orientation. *Motivation and Emotion*, 27(3), 157-197. doi: 10.1023/A:1025043530799
- Kazén, M., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2008). Individual differences in intention initiation under demanding conditions: Interactive effects of state vs. action orientation and enactment. *Journal of Research in Personality*, 42(3), 693-715. doi: 10.1016/j.jrp.2007.09.005
- Koole, S. (2004). Volitional shielding of the self: Effects of action orientation and external demands on implicit self-evaluation. *Social Cognition*, 22(1), 100-125. doi: 10.1521/soco.22.1.100.30985
- Košir, K. & Pečjak, S. (2007). Personality, Motivational Factors And Difficulties In Career Decision-Making In Secondary School Students. *Psychological Topics*, 16(1), pp. 141- 159.
- Kuhl, J. (2000). A functional-Design Approach to Motivation and Self Regulation. The Dynamics of Personality Systems Interactions. *Handbook of Self-Regulation*. (pp.111-169). Alemania: Academic Press.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing Self-Regulation and Self-Control: The Volitional Components Inventory. En Heckhausen, J., Dweck, C. (Ed.), *Motivation and Self Regulation across the life span (16-48)*. UK: Cambridge University Press.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Maintaining a healthy diet: Effects of personality and self-reward versus self-punishment on commitment to and enactment of self-chosen and assigned. *Psychology & Health*, 13(4), 651-686. doi: 10.1080/08870449808407423
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1994b). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social*

- Psychology*, 66, 103-115.
- Lambert, S., Ialongo, N., Boyd, R. & Cooley, M. (2005). Risk Factors for Community Violence Exposure in Adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 29-48. doi: 10.1007/s10464-005-6231-8
- Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2011). Changes in neighborhood poverty from 1990 to 2000 and youth's problem behaviors. *Developmental Psychology*, 47(6), 1680-1698. doi: 10.1037/a0025314
- Li, X., Stanton, B., Pack, R., Harris, C., Cottrell, L. & Burns, J. (2002). Risk and protective factors associated with gang involvement among urban African American adolescents. *Youth & Society*, 34(2), 172-194. doi: 10.1177/004411802237862
- Majluf, A. (1999) Psicopatología en adolescentes de Lima según el Inventario de Problemas Conductuales de Achenbach. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 17(1), 47-71.
- Marsh, H. W., Parada, R. H. & Ayotte, V. (2004). A Multidimensional Perspective of Relations Between Self-Concept (Self Description Questionnaire II) and Adolescent Mental Health (Youth Self-Report). *Psychological Assessment*, 16(1), 27-41. doi:10.1037/1040-3590.16.1.27
- McCrae, J.S. (2009). Emotional and behavioral problems reported in child welfare over 3 years. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(1), 17-28. doi: 10.1177/1063426608319141
- McDonald, C. & Richmond, T. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 833-849. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01321
- Medina, C., Jegannathan, B., Dahlblom, K. & Kullgren, G. (2012). Suicidal expressions among young people in Nicaragua and Cambodia: a cross-cultural study. *BMC Psychiatry*, 12(28). doi: 10.1186/1471-244X-12-28
- Mellins, C., Brackis-Cott, E., Dolezal, C., Leu, Ch., Valentin, C. & Meyer-Bahlburg, H. (2008). Mental health of early adolescents from high-risk neighborhoods: The role of maternal HIV, and other contextual, self regulation and family factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1065-1075. doi: 10.1093/jpepsy/jsn004
- Mendelson, T., Turner, A. & Tandon, S. D. (2010). Violence exposure and depressive

symptoms among adolescents and young adults disconnected from school and work. *Journal of Community Psychology*, 38(5), 607–621. doi:10.1002/jcop.20384

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual: Boletín Estadístico 2015. Lima. Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_diciembre_2015/BV_Diciembre_2015.pdf

Moylan, C., Herrenkohl, T., Sousa, C., Tajima, E., Herrenkohl, R. & Russo, M. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63. doi: 10.1007/s10896-009-9269-9

Murray, J. & Farrington, D. P. (2008). Parental imprisonment: Long-lasting effects on boys' internalizing problems through the life course. *Development and Psychopathology*, 20(1), 273-290. doi: 10.1017/S0954579408000138

Newman, B., Lohman, B. & Newman, P. (2007). Peer group membership and a sense of belonging: Their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 42(166), 241-263.

Orbell, S. (2003). Personality systems interactions theory and the theory of planned behavior: Evidence that self-regulatory volitional components enhance enactment of studying. *British Journal of Social Psychology*, 42(1), 95-112. doi: 10.1348/014466603763276144

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. (Publicación Científica y Técnica N° 588). Washington, D.C: Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). La salud en las Américas. Recuperado de http://books.google.es/books?id=TBeDH_JzAv0C&printsec=frontcover&dq=la+salud+en+las+americas&hl=es&ei=3c6bTeffIcLIgQei-MWeBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDAQ6AEwA#v=onepage&q=la%20salud%20en%20las%20americas&f=false

Ozer, E. & McDonald, K. (2006). Exposure to violence and mental health among chinese american urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 73-79. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.09.015

Palfai, T., McNally, A. & Roy, M. (2002). Volition and alcohol-risk reduction: The role

- of action orientation in the reduction of alcohol-related harm among college student drinkers. *Addictive Behaviors*, 27(2), 309-317. doi:10.1016/S0306-4603(01)00186-1
- Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H.B. & Helweg-Larsen, K. (2010). Parental violence and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(11), 813-822. doi: 10.1007/s00787-010-0130-8
- Policía Nacional del Perú (2016). Anuario Estadístico Policial Año 2015. Lima. Recuperado de https://www.pnp.gob.pe/anuario_estadistico/documentos/ANUARIO%20PNP%202015%20DIREST%20PUBLICACION.pdf
- Povedano, A., Cava, M.J., Monreal, M.C., Varela, R. & Musitu, G. (2015). Victimization, loneliness, overt and relational violence at the school from a gender perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 44-51. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.09.001
- Quinn, P. & Fromme, K. (2010). Self-regulation as a protective factor against risky drinking and sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 376-385. doi: 10.1037/a0018547
- Rodríguez, F. (2004). La pobreza como un proceso de violencia estructural. *Revista de Ciencias Sociales*, 10 (1), 42-50. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28010104>
- Salami, S. (2010). Moderating Effects of Resilience, Self-Esteem and Social Support on Adolescents' Reactions to Violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101-110.
- Schoenfelder, E., Sandler, I., Wolchik, S. & MacKinnon, D. (2011). Quality of social relationships and the development of depression in parentally-bereaved youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 85-96. doi: 10.1007/s10964-009-9503-z
- Sirin, S. R., Ryce, P., Gupta, T. & Rogers-Sirin, L. (2012). The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 49(4), 736-748. doi:10.1037/a0028398
- Slovak, K. (2000). The mental health consequences of violence exposure: An exploration of youth in a rural setting. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 60 (8-A), 3138.
- Slovak, K. (2002). Gun Violence and Children: Factors Related to Exposure and

- Trauma. *Health & Social Work*, 27(2), 104-112. doi:10.1093/hsw/27.2.104
- Strandheim, A., Holmen, T.L., Coombes, L. & Bentzen, N. (2009). Alcohol intoxication and mental health among adolescents – a population review of 8983 young people, 13–19 years in North-Trøndelag, Norway: The Young-HUNT Study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(18). doi: 10.1186/1753-2000-3-18
- Turner, H., Finkelhor, D., Hamby, S., Shattuck, A. & Ormrod, R. (2011). Specifying Type and Location of Peer Victimization in a National Sample of Children and Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(8), 1052-1067. doi: 10.1007/s10964-011-9639-5
- Van Doorn, S., Jansen, L., Vermeiren, R., Hamerlynck, S. & Doreleijers, T. (2012). Psychopathology of adolescent detained versus psychiatric inpatient females. *Psychiatry Research*, 195(3), 129–133. doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.010
- Walsh, C., MacMillan, H., Trocmé, N., Jamieson, E. & Boyle, M. (2008) Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 1037-1057. doi:10.1016/j.chiabu.2008.05.003
- Wathier, J. & Dell'Aglio, G. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 305-314. doi: 10.1590/S0101-81082007000300010
- Webster, CH. D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S. (1997). HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.
- Wiik, K., Loman, M., Van Ryzin, M., Armstrong, J., Essex, M., Pollack, S. & Gunnar, M. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56-63. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x.
- You, H. (2011). Coping with discrepancies of self-attitude through goal-related self-regulation by young. *Tübingen Writings and Materials for Criminology*, 21.
- Zahradnik, M. (2010). Resilience Moderates the Relationship Between Exposure to Violence and Posttraumatic Reexperiencing in Mi'kmaq Youth. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8, 408-420. doi: 10.1007/s11469-009-9228-y

- Zona, K. & Milan, S. (2011). Gender differences in the longitudinal impact of exposure to violence on mental health in urban youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(12), 1674-1690. doi: 10.1007/s10964-011-9649-3
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. & Sierra, J. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18. *Anales de Psicología*, 25(1), 60-69. Retrieved from EBSCOhost



Apéndices

Apéndice A

Asentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Paula Mariana Salas Fernández, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer acerca de diversas situaciones que te han podido ocurrir y que de alguna forma pueden afectar cómo te sientes actualmente.

Si accedes a participar en este estudio, se te pedirá completar tres cuestionarios relacionados al tema. Esto tomará aproximadamente 1 hora de tu tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tus respuestas a los cuestionarios tendrán un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él.

Desde ya agradezco tu colaboración.

Acepto participar ()

No acepto participar ()

_____ Lima, _____ de _____ del 20__
Firma del estudiante

Apéndice B**Análisis de Normalidad*****Volición****Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el SSI-k3*

	Kolmogorov – Smirnov	
	Estadístico	<i>p</i>
Autorregulación	,705	,703
Autocontrol	,821	,510
Inhibición volitiva	,759	,613
Autoinhibición	,731	,660
Estrés general	,747	,632

Salud mental*Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el YSR*

	Kolmogorov – Smirnov	
	Estadístico	<i>p</i>
Salud mental total	,452	,987
Internalización	,487	,972
Externalización	,747	,632

Exposición a la violencia***Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el CEVO***

	Kolmogorov – Smirnov	
	Estadístico	<i>p</i>
Exposición a la violencia total	1,688	,007
Violencia de pares	1,478	,025
Presenciar violencia doméstica	1,944	,001
Castigo físico	2,049	,000
Abuso físico	1,994	,001
Abuso sexual	2,776	,000



Apéndice C1
Análisis de Confiabilidad para la variable Volición

Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en el SSI-k3

	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Volición		
SSI-k3	,556	48

Índices de correlación ítem-test y de confiabilidad en el SSI-k3

Ítem	Correlación elemento -total	Ítem	Correlación elemento -total
SSIK3_1	,430	SSIK3_25	,433
SSIK3_2	,120	SSIK3_26	,171
SSIK3_3	,560	SSIK3_27	,500
RSSIK3_4	-,386	RSSIK3_28	-,310
RSSIK3_5	-,260	RSSIK3_29	-,391
SSIK3_6	,248	SSIK3_30	,319
RSSIK3_7	,185	RSSIK3_31	,323
RSSIK3_8	,173	RSSIK3_32	,081
RSSIK3_9	,057	RSSIK3_33	,382
RSSIK3_10	,348	RSSIK3_34	,340
SSIK3_11	-,142	SSIK3_35	-,213
SSIK3_12	,042	SSIK3_36	-,244
SSIK3_13	,375	SSIK3_37	,299
SSIK3_14	,199	SSIK3_38	,301
SSIK3_15	,401	SSIK3_39	,483
RSSIK3_16	-,489	RSSIK3_40	-,332
RSSIK3_17	,082	RSSIK3_41	,015
SSIK3_18	,361	SSIK3_42	,364
RSSIK3_19	,422	RSSIK3_43	,228
RSSIK3_20	,040	RSSIK3_44	,038
RSSIK3_21	,245	RSSIK3_45	,193
RSSIK3_22	,249	RSSIK3_46	,129
SSIK3_23	-,125	SSIK3_47	-,229
SSIK3_24	,180	SSIK3_48	-,274

*Análisis de confiabilidad de las escalas del SSI-k3*Autorregulación ($\alpha = ,820$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_1	,489
SSIK3_2	,287
SSIK3_3	,541
SSIK3_13	,465
SSIK3_14	,284
SSIK3_15	,606
SSIK3_25	,544
SSIK3_26	,379
SSIK3_27	,681
SSIK3_37	,316
SSIK3_38	,454
SSIK3_39	,595

Inhibición Volitiva ($\alpha = ,606$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_6	,232
RSSIK3_7	,235
RSSIK3_8	,346
SSIK3_18	,381
RSSIK3_19	,256
RSSIK3_20	,110
SSIK3_30	,353
RSSIK3_31	,231
SSIK3_42	,489
RSSIK3_43	,244
RSSIK3_44	,073

Autocontrol ($\alpha = ,693$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_4	,404
RSSIK3_5	,262
RSSIK3_16	,614
RSSIK3_17	,213
RSSIK3_28	,483
RSSIK3_29	,308
RSSIK3_40	,516
RSSIK3_41	,308

Autoinhibición ($\alpha = ,726$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_9	,396
RSSIK3_10	,367
RSSIK3_21	,368
RSSIK3_22	,426
RSSIK3_33	,339
RSSIK3_34	,534
RSSIK3_45	,422
RSSIK3_46	,525

Estrés General ($\alpha = ,738$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_11	,331
SSIK3_12	,322
SSIK3_23	,470
SSIK3_24	,282
SSIK3_35	,493
SSIK3_36	,581
SSIK3_47	,520
SSIK3_48	,445

*Análisis de confiabilidad de las subescalas del SSI-k3*Autodeterminación ($\alpha = ,601$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_1	,371
SSIK3_13	,351
SSIK3_25	,465
SSIK3_37	,341

Iniciativa ($\alpha = ,796$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_6	,521
SSIK3_18	,632
SSIK3_30	,670
SSIK3_42	,612

Automotivación ($\alpha = ,593$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_2	,356
SSIK3_14	,432
SSIK3_26	,344
SSIK3_38	,369

Realización de Propósitos ($\alpha = ,480$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_7	,357
RSSIK3_19	,307
RSSIK3_31	,371
RSSIK3_43	,104

Autocalma ($\alpha = ,841$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_3	,687
SSIK3_15	,615
SSIK3_27	,739
SSIK3_39	,659

Concentración ($\alpha = ,638$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_8	,326
RSSIK3_20	,427
RSSIK3_32	,425
RSSIK3_44	,508

Planeación ($\alpha = ,746$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_4	,462
RSSIK3_16	,544
RSSIK3_28	,544
RSSIK3_40	,619

Enfrentamiento al Fracaso ($\alpha = ,541$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_9	,291
RSSIK3_21	,351
RSSIK3_33	,288
RSSIK3_45	,389

Actividad Volitiva sin temor al fracaso
($\alpha = ,387$)

Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_5	,217
RSSIK3_17	,263
RSSIK3_29	,101
RSSIK3_41	,269

Autosensibilidad ($\alpha = ,659$)

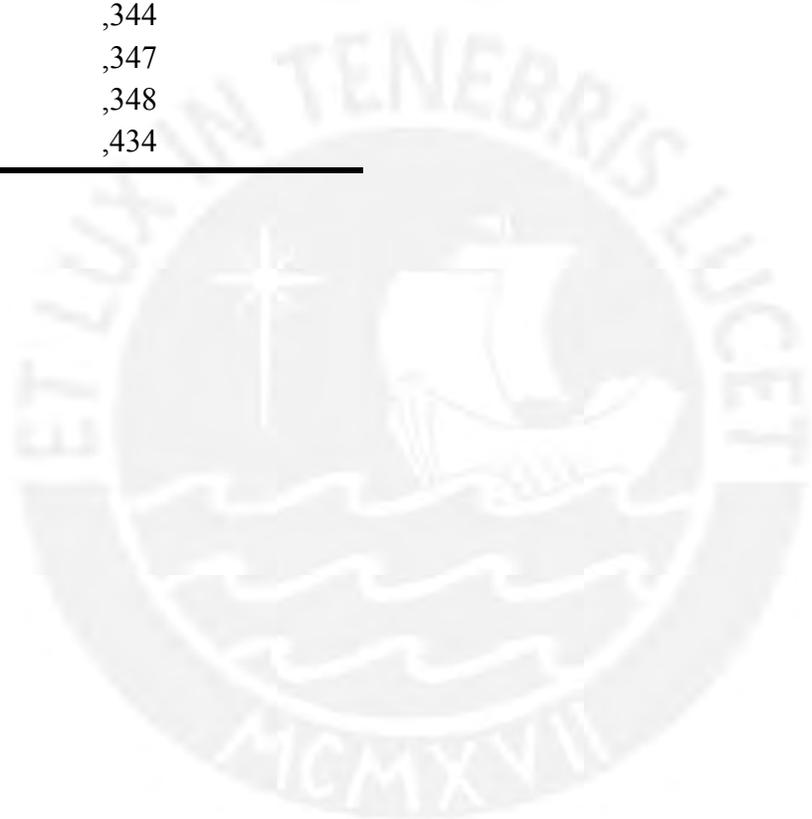
Ítem	Correlación elemento-escala
RSSIK3_10	,387
RSSIK3_22	,426
RSSIK3_34	,564
RSSIK3_46	,403

Carga Emocional ($\alpha = ,646$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_11	,395
SSIK3_23	,392
SSIK3_35	,422
SSIK3_47	,494

Amenaza ($\alpha = ,583$)

Ítem	Correlación elemento-escala
SSIK3_12	,344
SSIK3_24	,347
SSIK3_36	,348
SSIK3_48	,434



Apéndice C2
Análisis de Confiabilidad para la variable Salud mental

Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en el YSR

	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Salud mental		
YSR	,929	95

Índices de correlación ítem-test y de confiabilidad en el YSR

Ítem	Correlación elemento-total	Ítem	Correlación elemento-total	Ítem	Correlación elemento-total	Ítem	Correlación elemento-total
YSR1	,210	YSR31	,366	YSR56f	,079	YSR87	,389
YSR2	,273	YSR32	,308	YSR56g	,240	YSR89	,433
YSR3	,652	YSR33	,410	YSR57	,565	YSR90	,420
YSR4	,170	YSR34	,467	YSR58	,233	YSR91	,353
YSR5	,241	YSR35	,640	YSR61	,480	YSR94	,172
YSR8	,379	YSR36	,490	YSR62	,455	YSR95	,553
YSR9	,381	YSR37	,574	YSR63	,349	YSR96	,347
YSR10	,310	YSR38	,544	YSR64	,083	YSR97	,380
YSR11	,095	YSR39	,543	YSR65	,419	YSR99	,200
YSR12	,497	YSR40	,516	YSR66	,379	YSR100	,207
YSR13	,462	YSR41	,425	YSR67	,413	YSR101	,487
YSR14	,548	YSR42	,338	YSR68	,457	YSR102	,399
YSR16	,254	YSR43	,480	YSR69	,286	YSR103	,696
YSR17	,271	YSR45	,513	YSR70	,369	YSR104	,142
YSR18	,270	YSR46	,187	YSR71	,339	YSR105	,181
YSR19	,438	YSR47	,296	YSR72	,372	YSR111	,312
YSR20	,306	YSR48	,410	YSR75	,305	YSR112	,256
YSR21	,411	YSR50	,347	YSR76	,097		
YSR22	,274	YSR51	,344	YSR78	,298		
YSR23	,075	YSR52	,487	YSR79	,518		
YSR25	,499	YSR54	,319	YSR81	,192		
YSR26	,086	YSR56a	,373	YSR82	,143		
YSR27	,366	YSR56b	,234	YSR83	,240		
YSR28	,351	YSR56c	-,056	YSR84	,106		
YSR29	,176	YSR56d	,004	YSR85	,048		
YSR30	,283	YSR56e	,280	YSR86	,446		

Análisis de confiabilidad de las escalas del YSR

Externalización ($\alpha = ,868$)		Internalización ($\alpha = ,821$)	
Ítem	Correlación elemento-escala	Ítem	Correlación elemento-escala
YSR3	,615	YSR5	,219
YSR16	,208	YSR14	,509
YSR19	,409	YSR29	,185
YSR20	,288	YSR30	,192
YSR21	,388	YSR31	,354
YSR22	,290	YSR32	,317
YSR23	,211	YSR33	,474
YSR37	,633	YSR35	,565
YSR57	,594	YSR41	,377
YSR68	,486	YSR42	,340
YSR86	,472	YSR45	,444
YSR87	,367	YSR50	,365
YSR89	,446	YSR51	,406
YSR94	,289	YSR52	,514
YSR95	,471	YSR54	,298
YSR97	,529	YSR56a	,326
YSR104	,061	YSR56b	,271
YSR2	,336	YSR56c	-,033
YSR26	,163	YSR56d	-,009
YSR28	,408	YSR56e	,262
YSR39	,547	YSR56f	,186
YSR43	,502	YSR56g	,283
YSR63	,357	YSR65	,376
YSR67	,542	YSR69	,202
YSR72	,380	YSR71	,327
YSR81	,238	YSR75	,364
YSR82	,208	YSR91	,242
YSR90	,414	YSR102	,393
YSR96	,399	YSR103	,641
YSR99	,337	YSR105	,164
YSR101	,454	YSR111	,354
YSR105	,228	YSR112	,354

*Análisis de confiabilidad de las subescalas del YSR*Ansiedad / Depresión ($\alpha = ,715$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR14	,565
YSR29	,085
YSR30	,247
YSR31	,402
YSR32	,231
YSR35	,559
YSR45	,408
YSR50	,419
YSR52	,487
YSR71	,299
YSR91	,229
YSR112	,308

Desapego / Depresión ($\alpha = ,641$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR5	,151
YSR42	,484
YSR65	,292
YSR69	,286
YSR75	,419
YSR102	,320
YSR103	,446
YSR111	,290

Somatización ($\alpha = ,529$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR47	,234
YSR51	,272
YSR54	,196
YSR56a	,215
YSR56b	,424
YSR56c	,260
YSR56d	-,154
YSR56e	,201
YSR56f	,414
YSR56g	,329

Problemas sociales ($\alpha = ,657$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR11	,023
YSR12	,469
YSR25	,446
YSR27	,138
YSR34	,482
YSR36	,432
YSR38	,486
YSR48	,336
YSR62	,306
YSR64	,008
YSR79	,410

Problemas de pensamiento ($\alpha = ,629$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR9	,276
YSR18	,310
YSR40	,433
YSR46	,196
YSR58	,319
YSR66	,513
YSR70	,593
YSR76	-,078
YSR83	,306
YSR84	,173
YSR85	,092
YSR100	,289

Problemas de atención ($\alpha = ,633$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR1	-,034
YSR4	,257
YSR8	,367
YSR10	,505
YSR13	,433
YSR17	,202
YSR41	,289
YSR61	,540

YSR78 ,392

Rompe reglas ($\alpha = ,750$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR2	,561
YSR26	,203
YSR28	,383
YSR39	,408
YSR43	,319
YSR63	,379
YSR67	,644
YSR72	,370
YSR81	,240
YSR82	,257
YSR90	,301
YSR96	,338
YSR99	,460
YSR101	,372
YSR105	,289

Comportamiento agresivo ($\alpha = ,802$)

Ítem	Correlación elemento-escala
YSR3	,639
YSR16	,257
YSR19	,362
YSR20	,274
YSR21	,383
YSR22	,223
YSR23	,178
YSR37	,648
YSR57	,572
YSR68	,518
YSR86	,414
YSR87	,378
YSR89	,321
YSR94	,296
YSR95	,501
YSR97	,480
YSR104	,194

Apéndice C3
Análisis de Confiabilidad para la variable Exposición a la violencia

Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en el CEVQ

	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Exposición a la violencia CEVQ	,916	18

Índices de correlación ítem-test y de confiabilidad en el CEVQ

Ítem	Correlación elemento -total
CEVQ1	,398
CEVQ2	,519
CEVQ3	,788
CEVQ4	,670
CEVQ5	,698
CEVQ6	,577
CEVQ7	,532
CEVQ8	,790
CEVQ9	,501
CEVQ10	,799
CEVQ11	,708
CEVQ12	,646
CEVQ13	,545
CEVQ14	,557
CEVQ15	,529
CEVQ16	,572
CEVQ17	,518
CEVQ18	,519

*Análisis de confiabilidad de las escalas del CEVQ*Violencia de pares ($\alpha = ,452$)

Ítem	Correlación elemento-escala
CEVQ1	,304
CEVQ2	,304

Presenciar violencia doméstica ($\alpha = ,833$)

Ítem	Correlación elemento-escala
CEVQ3	,715
CEVQ4	,715

Castigo físico ($\alpha = ,643$)

Ítem	Correlación elemento-escala
CEVQ5	,475
CEVQ6	,475

Abuso físico ($\alpha = ,848$)

Ítem	Correlación elemento-escala
CEVQ7	,533
CEVQ8	,765
CEVQ9	,478
CEVQ10	,790
CEVQ11	,732
CEVQ12	,545

Abuso sexual ($\alpha = ,831$)

Ítem	Correlación elemento-escala
CEVQ13	,739
CEVQ14	,837
CEVQ15	,842
CEVQ16	,772
CEVQ17	,765
CEVQ18	,090