

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Algunos de los aspectos ya mencionados son incorporados, a la familia, por medio del "modelo" que la sociedad nos presenta, y éste es asimilado por todos los grupos sociales. Pero, la personalidad de cada uno, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente.

En la familia, la autoestima, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o se reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

En la violencia familiar las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima, ya que por un lado, la víctima es alguien al que maltratan sin que ésta pueda poner límites y no se da cuenta de que está siendo abusada. Por otro lado, los victimarios compensan lo inferior que se sienten, maltratando y abusando, en este caso, de un familiar.

Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en su niñez pueden causarnos trastornos psicológicos emocionales y físicos (cáncer, úlceras, hipertensión, trastornos cardíacos y alimentarios, problemas en la piel,

depresiones, etc.), produciendo dificultades en la vida de las mismas (conflictos serios en el trabajo, disminución de la energía y de la capacidad creativa, relaciones matrimoniales desastrosas, no poder hacer o conservar amigos, poco entendimiento con las hijas e hijos).

Existen padres, madres, docentes o cuidadores que humillan, desprecian, no prestan atención, se burlan o se ríen del niño/a cuando pide ayuda, siente dolor, tiene un pequeño accidente, necesita que lo defiendan, expresan miedo, piden compañía, se aferra buscando protección, tiene vergüenza, etc..

Estas actitudes se completan con otras totalmente opuesta, describiendo al niño que es "querido y bonito" creándole una gran confusión. Pero estas muestras de cariño son aparentes, adjudicándole un rotulo a su identidad, que trae como consecuencia un peso negativo en formación y en el desarrollo de sus capacidades.

En el momento en que la persona afectada es adulta, transmitirá la humillación o el maltrato a personas más pequeñas o vulnerables. Es una cadena hereditaria de abuso y poder, ya que el desprecio y la vergüenza vivida en la infancia son la fuente de los problemas que afectan en la vida adulta y los causantes de la baja autoestima.

Con todo esto, es necesario fortalecer la autoestima como proceso indispensable del bienestar emocional.

2.6.3 Depresión

Valle Fernández, (2002) señala que alrededor del 20%- 25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos como la ansiedad y depresión generalmente es leve... También mencionan que aunque estos trastornos afectivos son consideradas entidades independientes, suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más frecuente, es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente en la práctica clínica.

Los resultados de los estudios de Matad et al. (2006) arrojaron que las patologías mas frecuentes encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino.

Por su parte Hetherington (1973) enfatizó sobre el desarrollo de la vulnerabilidad psicológica de niños con padres ausentes sugiriendo que estos niños son más propensos al desorden emocional y depresión que niños con presencia del padre.

Es indiscutible que una familia constituida por ambos progenitores, con apoyo mutuo, estable y funcional en sus relaciones intrafamiliares, ayuda al progreso económico y psicosocial de las personas que la componen, y favorece el desarrollo emocional (Jadue, 2003).

La importancia de comer en familia ayuda a evitar trastornos emocionales en los adolescentes, nos indica Valle (2002) que existen evidencias de que la reunión de la familia en momentos como la comida o la cena ayuda a evitar trastornos emocionales en los adolescentes. En este estudio participaron 259 jóvenes de entre 14 y 23 años que vivían con sus padres. Según pudieron observar los autores, existía una clara relación entre la ansiedad y la depresión de los adolescentes y el hecho de no compartir algunos momentos del día con el resto de su familia.

Todo lo contrario se presenta en una familia destruida con padres divorciados o separados que favorecen para que se presenten niveles de ansiedad y depresión no solo en los padres sino también en los hijos.

En EEUU se han obtenido datos acerca del perfil de trastornos mentales en Latinos únicamente en los últimos 15 años, por ejemplo el estudio de Buendía (1997) nos dice que los Latinos tienen bastante riesgo para ciertos trastornos mentales como depresión, somatización, trastornos de ansiedad, y en ciertos casos, el trastorno de estrés post-traumático (TEPT).

Según los trabajos de Sartorius y Kielholz (OMS, 2002), el 3-5% de la población mundial presenta depresión, lo que equivale a 120-200 millones de personas. A su vez, los depresivos representan el 10-20% de los enfermos de la consulta general y el 40-60% de los pacientes vistos por el psiquiatra.

La depresión suele ser confundida por otras enfermedades y en algunos momentos es difícil de reconocer tanto por el sujeto como por el médico, siendo

éste uno de los factores de la falta de atención oportuna, al respecto, se estima que por lo menos en América Latina el 80% de la población con depresión no recibe tratamiento.

Este padecimiento siempre ha estado presente en la humanidad y es motivo de un creciente interés en pro de su estudio. Ya en el siglo V a.C. Hipócrates lo describía con el nombre de melancolía y muchos años después Arateo de Capadocia afirmaba que era causada por la bilis negra. Actualmente para referirse a la depresión se utilizan dos acepciones, las cuales en 1981 fueron adoptadas por la Asociación Psiquiátrica Americana: Trastorno Distímico y Trastorno Afectivo Mayor.

La depresión es un estado de ánimo depresivo que se manifiesta en forma de tristeza (infelicidad o desánimo) exagerada, anómala y patológica. Si está asociada a otras manifestaciones clínicas (síntomas de desvitalización, síntomas somáticos), durante tiempo suficiente y no es secundaria a otra patología mental o somática, ni a la ingesta de sustancias es un trastorno afectivo o un episodio depresivo.

Síntomas más importantes para el diagnóstico de la depresión: síntomas anímicos (disforia, tristeza, desánimo, abatimiento, ansiedad y anestesia afectiva) y síntomas de desvitalización (apatía, anhedonia, astenia, inhibición psicomotriz).

En el proceso de separación familiar, el subsistema que se ve más afectado es el de los hijos. Como podemos ver la etapa de la adolescencia es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo y estas alteraciones se manifiestan

principalmente en el aspecto emocional y psíquico, que se acentúan mas especialmente cuando los afectados se encuentran en esta etapa de su vida.

Las depresiones, en sus diferentes formas, son las patologías psiquiátricas más frecuentes en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas. En los adolescentes que sufren de depresión es común encontrarse significativamente en su historia personal, una relación poco satisfactoria desde el punto de vista emocional con los padres, hermanos y otros familiares (Morla et al., 2006). Otros factores de riesgo son el comienzo precoz del trastorno afectivo en los padres, el divorcio o la separación y la muerte de uno de ellos.

Actualmente a la depresión se la reconoce como uno de los principales trastornos psicológicos y un problema de salud mental en los jóvenes adolescentes mexicanos. Se le ha atribuido su presencia a los cambios físicos, afectivo-emocionales, sociales e intelectuales que la etapa de la adolescencia representa en el ser humano (Balcázar et al., 2005).

También a la adolescencia se le define por ser una etapa de cambios con características propias, como su inestabilidad identificatoria y sus fluctuaciones emocionales, es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor como en la familia, escuela, amigos, cambios económicos y socioculturales. Estos, aplicados a la propia crisis del adolescente, pueden actuar como disparadores de una conflictiva relación anterior que puede estar oculto y plantear un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier valoración benéfica para la salud (Czemik et al., 2006).

Por su parte Calderón (1998), indica que el concepto de depresión es un conjunto de expresiones de conducta y afectivas, caracterizadas por la disminución de la autoestima, la aparición de variados síntomas físicos y en general, de un sufrimiento mental. En este cuadro depresivo, inciden los trastornos de tipo afectivo, intelectual, conductual y somático (Calderón, 1997).

También este autor (Calderón, 1998) menciona que la depresión se ha convertido en uno de los perturbaciones más frecuentes entre la población mundial, por lo que es reconocida como un problema de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más incapacitantes y aproximadamente de 100 a 200 millones de personas la padecen.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, 2005) la depresión es una enfermedad que afecta el organismo, el estado de ánimo y la manera de pensar, se presentan trastornos alimenticios y trastornos de sueño. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en como uno se piensa (auto concepto).

Los síntomas de la depresión incluyen (NIMH, 2005):

- Persistente tristeza, ansiedad o sentirse "vacío".
- Sentimientos de desesperación, pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos favoritos y

actividades que antes disfrutaba, incluyendo las relaciones sexuales.

- Falta de energía, fatiga, sensación de letargo, dejadez o flojera.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones, mala memoria.
- Problemas de sueño, despertarse muy temprano en la mañana, o dormir demasiado.
- Cambios en el apetito y/o peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.

El ser humano posee ciertos mecanismos que lo protegen o no de la posibilidad de desarrollar alteraciones en su funcionamiento biopsicosocial y mantener o romper su equilibrio salud-enfermedad. Estos mecanismos se denominan factores protectores o factores de riesgo según su desempeño.

Se designa factor de riesgo a los sucesos o acontecimientos de naturaleza biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad de que se produzca un problema. Este enfoque de riesgo plantea que las personas, la familia y los grupos tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar, los factores de riesgo que los determinan son pobre autoestima en lo individual y en lo familiar son en hogares incompletos o monoparentales, roles asumidos por nuevas parejas y padres ausentes, en el funcionamiento familiar estilo de vida no satisfactoria.

La depresión, junto con otros indicadores como ansiedad, pobre autoestima, falta de control de impulsos, rebeldía, sobre-independencia son factores de riesgo que se deben de tomar en cuenta como rasgos de personalidad en los jóvenes vulnerables y esta vulnerabilidad se presenta sobretodo cuando no hay un apoyo social pero sobretodo familiar.

En la depresión hay un deterioro en la calidad de la vida, crece el pesimismo, la hipocondría, la desesperanza y disminuye el flujo de pensamientos y acciones, sin embargo en algunos jóvenes, la autoestima puede que lo lleve a lo contrario, a el cuidado e higiene personal, el impulso al reto, a la búsqueda a través de la aventura de de mejores condiciones de vida, a la búsqueda de soluciones, a las relaciones adecuadas y satisfactorias.

Al mismo tiempo el sufrimiento, aislamiento e incapacitación que provoca un importante riesgo vital que trae como consecuencia enfermedades, accidentes, deterioros familiares, fracasos escolares y despidos laborales pueden atribuirse directa o indirectamente a la depresión.

Moreno C., Del Barrio y Mestre (1998) nos indican que no todos los adolescentes desarrollan alteraciones; sin embargo, los casos en los que sí las desarrollan suelen estar asociados a situaciones externas como el divorcio, muerte de personas próximas, problemas con compañeros, cambios drásticos en la norma de vida y a procesos internos del joven como son los duelos realizados por la pérdida del cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil que se pierden y finalmente, el duelo por los padres de la infancia (Aberasturi y Knobel, 1993).

De la misma manera Calderón (1997) alude que la pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar, ya que el abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles origina depresión, lo que se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío, entonces podemos ver que esto afectaría al joven que esta conviviendo con padres que siente que está a punto de perder.

En ciertos casos se puede presentar además de depresión leve o moderada se puede mostrar la depresión mayor que es un prototipo desorden multifactorial.

En adolescentes es factible que un episodio mayor sea por el sufrimiento, como otros indicadores en los que se incluyen la predisposición de influencia genética, exposición de un ambiente familiar perturbado, abuso sexual en el infante, perdida prematura de los padres, temprana ansiedad y desorden de conducta, disfunción del self, exposición a eventos traumáticos, bajo soporte social, sustancias indebidas, dificultades maritales, antecedentes de depresión mayor y acontecimientos recientes eventos estresantes y dificultades (Kendler et al., 2002).

También el estudio presentado Morla et al, (2006) hace hincapié en la relación entre la desestructuración familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes, refieren que el 61,5% de los adolescentes estudiados que presentaba patologías psiquiátricas provenía de familias donde por lo menos uno de los progenitores se encontraba fuera del sistema familiar.

Las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes

trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino, además, variables como sexo y escolaridad son prácticamente dependientes a todo nivel de significación estadística

La familia monoparental es la modalidad más frecuente, lo que reafirma que el proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, todo esto provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos. El estudio realizado demostró la influencia de la desestructuración familiar en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente diferentes formas de la depresión.

Se ha observado que en el proceso de adaptación y recuperación emocional de los hijos de familia monoparental depende en gran medida del restablecimiento o reestructuración del papel de parentaje. Es decir, los hijos suelen recuperarse mejor cuando el padre único, usualmente es la madre, logra restablecer su papel de madre así como la rutina del hogar y combinar el apoyo e involucramiento emocional con la supervisión y el control del padre.

De la misma manera, la recuperación es más rápida cuando se presenta menor conflicto entre los padres, o cuando pueden comunicarse a pesar de los conflictos y cooperar en las tareas del cuidado de los hijos, de esta manera alivian el dolor de la separación, y la aceptación y recuperación puede llevarlos a un

mejor desarrollo y bienestar emocional en los jóvenes que viven este proceso de ruptura de sus padres.

De la misma manera, la recuperación es más rápida cuando se presenta menor conflicto entre los padres, o cuando pueden comunicarse a pesar de los conflictos y cooperar en las tareas del cuidado de los hijos, de esta manera alivian el dolor de la separación, y la aceptación y recuperación puede llevarlos a un mejor desarrollo y bienestar emocional en los jóvenes que viven este proceso de ruptura de sus padres.

Es así como a disolución del subsistema conyugal es uno de los factores más estresantes de la vida y tiene consecuencias psíquicas profundas en los hijos, al producirse en ellos efectos a corto y largo plazo. Las reacciones entre los hijos pueden variar; sin embargo, algunas son características, como (Parmelee, 1998):

- a. Miedo y ansiedad.
- b. Autorrecriminaciones.
- c. Baja autoestima y sensación de ser rechazado.
- d. Rabia e irritabilidad.
- e. Depresión (en sus diferentes formas).
- f. Baja tolerancia a la crítica.
- g. Sensación de ser diferente a sus coetáneos.
- h. Vergüenza y aislamiento social.

2.6.4. Ansiedad

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

La ansiedad es un sentimiento que puede ser vivido intensamente por los niños, adolescentes o adultos, más cuando estos son sometidos a situación de tensión. La ansiedad es una alteración de preocupación o miedo indeterminado que no se tiene claro el origen y los adolescentes perciben ansiedad en sus vidas muy similar que los adultos. Los momentos de ansiedad tales como el inicio del colegio, mudanzas o la pérdida de algún familiar puede favorecer la aparición de reacciones de ansiedad o de un desorden de ansiedad (Atto, 1999, en Alejos Cerdan, 2003).

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y, en general de todas las personas. Como mecanismo de vigilancia del organismo sirven para alertar al niño de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad.

La ansiedad forma parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad que el individuo puede experimentar como una inquietud difusa, angustia sensación de amenaza, desconcierto, malestar, indecisión, una gran insatisfacción de disolución o fragmentación, y que puede, en un momento dado, presentarse desde una pequeña sensación de inquietud hasta agitación máxima (Calle, 1990; Méndez, 1994; en Hernández, 2004).

Según Robb y Warren, (1990) la ansiedad es una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. Generalmente los hijos de padres divorciados sufren más ansiedad psicológica y enfermedades psíquicas que los niños que viven con sus propios padres gozan de mejor salud física y de una mayor esperanza de vida que los que viven en otros entornos.

Podemos ver entonces que la ansiedad forma parte de una respuesta normal ante situaciones amenazantes; sin embargo se considera grave cuando interfiere con las actividades de la vida diaria, sociales y laborales, puede originar ataques agudos o tornarse crónica, además puede funcionar como mecanismos de defensa manifestándose como fobia, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesiones y compulsiones (Moreno, 2001).

El proceso de reacción a la ansiedad se origina por la percepción de un acontecimiento experimentado como un desafío o una amenaza, poniendo en funcionamiento un reflejo de miedo. La ansiedad es un sentimiento insidioso,

creciente y que todo impregna todo, de estará solo y desamparado en un mundo hostil, resulta de sentimientos de inseguridad en las relaciones.

El concepto de Horney (1968) sobre la ansiedad, el ambiente como todo es temido debido a que es observado como irreal, peligroso, desagradable e injusto.

Lazarus (1976) define la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. También Echeburúa (1993), define la ansiedad como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza, el peligro inesperado provoca un estado normal de ansiedad, pero si el peligro es real y no se actúa con eficacia se siente temor.

Según Benedet (2005) hay eventos de crianza de los padres que contribuyen de manera esencial y que determinan el desarrollo evolutivo de los hijos. Las claves para una buena crianza es que la madre debe de cumplir con una función nutricia y aseguradora de sí que promueva el desarrollo del niño y el padre cumpla una función más socializadora, una función normativa y protectora que promueve la adaptación del niño a la sociedad.

Este encuentro con el padre le ayuda al niño a reconocerlo y le adjudicarle desde el comienzo de su desarrollo un rol: el de la seguridad. Entre el primer y tercer año el niño se apoya en él para su descubrimiento del mundo y su adaptación y el padre será el mediador que lo protegerá de los miedos que le despierta el mundo exterior.

A lo largo de su desarrollo también encontrará las inseguridades familiares, tanto las afectivas como las económicas y sociales, que suelen ser motivo de

pesadillas, estados ansiosos y de ciertas perturbaciones del carácter y de la personalidad.

En algunos sujetos que no superaron la ausencia del padre, el divorcio o la separación de los padres puede que ese crecimiento se acompañe de ansiedad patológica e impida un adecuado desarrollo del joven que proviene de una familia monoparental.

2.7 Satisfacción con la vida, Autoestima, Depresión y Ansiedad como factores que determinan el estado emocional

Se ha mencionado en algunos estudios como el de Perales et al. (2003) que las relaciones de pareja constituyen un apoyo social y de igual manera se han analizado que el matrimonio se asocia con una mejor salud (Verbrugge, 1979) y menos depresión (Ross & Mirowsky, 1989).

Hilton (2006) menciona que en la custodia de madres y padres son similares, en este estudio encontró que la satisfacción y dominio personal desempeñan un rol importante para amortiguar la depresión por ambos padres.

En cuanto al status familiar de las mujeres, McLanahan, Wedemeyer y Adelberg (1981) señalan que diversos estudios epidemiológicos han indicado que las madres solteras (es decir, con estatus de familia monoparental) tienen puntuaciones más altas de ansiedad y depresión que ningún otro status familia (Báez, Echeburúa y Fernández, 1994).

También en algunos jóvenes se puedan presentar eventos que deprimen ante el divorcio de los padres, éstos se catalogarían como mecanismos adaptativos de tipo depresivo. Así pues, los problemas que acarrearán las rupturas parentales en el estado emocional del joven pueden producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, es decir, para que esto no complique el estado de salud en el joven sería importante que una red social y familiar adecuadas promuevan el bienestar emocional y el sentimiento de ser valorado y cuidado por otros, son aspectos importantes para una adecuada adaptación (Greca 1992; Greca et al. 1995; Resnick et al., 1997).

El estudio de Espada (1997) encontró diferentes estudios acerca de la relación de los trastornos de ansiedad y depresivos, y en algunos de los datos afirman la evolución de algunos de los diagnósticos "puros", bien de ansiedad, bien de depresión, hacia una categoría mixta. Refiere a Clark (1989) que compara ansiedad y depresión en sus estudios, llegando a la conclusión de que la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad cumple criterios de un trastorno depresivo y viceversa.

En cuanto al status familiar de las mujeres, McLanahan, Wedemeyer y Adelberg, (1981) señalan que diversos estudios epidemiológicos han indicado que las madres solteras (familia monoparental) tienen puntuaciones más altas de ansiedad y depresión que ningún otro status familia (citados por Báez, Echeburúa y Fernández, 1994).

Capítulo 3

Método

Esta investigación se llevó a cabo un estudio no experimental, de corte transversal, diseño descriptivo-comparativo, con el propósito de identificar si existen diferencias en las variables de satisfacción con la vida, autoestima, depresión y ansiedad entre los jóvenes de familias biparentales con respecto los jóvenes de familias monoparentales, la cual ha sido enmarcada dentro del áreas de la Psicología de la Salud y también del área de la Psicología Social.

3.1 Participantes

La recolección de los datos se llevó a cabo en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el proceso de examen de ingreso, con una muestra no probabilística (Kerlinger y Lee, 2001).

La muestra está conformada por 202 sujetos, cuyas edades fluctuaron de 16 a 27 años ($\bar{X} = 17.8$) de los cuales 101 jóvenes pertenecen a familias biparentales y 101 jóvenes a familias monoparentales.

3.2 Instrumentos

El instrumento estuvo constituido por cuatro escalas, las cuales se sometieron a análisis estadísticos. La estructura quedó conformada en dos partes, la primera constituida por variables sociodemográficas y la segunda con las

instrucciones y las diversas escalas que forman nuestro instrumento, cada escala estaba constituida por las instrucciones particulares.

Se utilizaron las siguientes escalas que a continuación describiré en forma breve en que consiste cada una de las escalas:

- a) Escala de satisfacción con la vida (SWLS, Dennier et al., 1985).
- b) Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965; en García Cadena y Ramírez, 2006).
- c) Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-A, Lucio, Ampudia y Duran, 1998).

Descripción de las escalas:

- a) Escala de satisfacción con la vida (SWLS, Dennier et al., 1985).

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et.al., 1985): el objetivo es conocer el grado de satisfacción de una persona con su vida, que la evalúa como el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Es una escala unidimensional de cinco ítems positivos que se responden con una escala Likert de 7 puntos (Totalmente de acuerdo =7, Muy de acuerdo=6, De acuerdo= 5, Indiferente (ni de acuerdo ni en desacuerdo)=4, En desacuerdo=3, Muy en desacuerdo= 2 y Totalmente en desacuerdo =1). Para obtener el puntaje directo se suma las respuestas dadas, el total del puntaje de la SWLS va de 7 puntos a 35, así también esta escala ha demostrado una alta consistencia interna habiéndose obtenido una Alpha de Cronbach que oscilan entre .89 y .79. Los estudios de validez con la escala SWLS han obtenido un único factor que explica

aproximadamente el 60 % de la varianza (Diener et.al., 1985). Podemos decir que la SWLS demuestra tener características psicométricas favorables, incluyendo alta confiabilidad temporal. Por lo que se ha observado que SWLS satisface para el uso con diversos grupos de misma edad (Diener et al., 1985) nos dio la confianza para ser utilizada como instrumento para recolectar datos acerca de la satisfacción con la vida en jóvenes.

Los datos normativos se presentan para la escala, demuestra buena validez convergente con otras escalas y con otros tipos de gravámenes del bienestar subjetivo, con todo el SWLS ha demostrado suficiente sensibilidad para ser potencialmente valioso detectar el cambio en la satisfacción de la vida durante el curso de la intervención clínica. Además, la escala demuestra validez discriminante de medidas emocionales del bienestar. Se recomienda El SWLS mientras que un complemento a las escalas que se centran en la psicopatología o bienestar emocional porque determina el juicio evaluativo consciente de un individuo de su vida usando propios criterios de la persona.

b) Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965; en García Cadena y Ramírez, 2006).

Esta escala tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. El punto de

corte en la población adulta es de 29 y el Coeficiente Alpha de Cronbach de consistencia interna es de 0,92.

c) Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota: MMPI-A (Lucio y Maqueo, 2003).

El MMPI-A es un cuestionario diseñado para evaluar, objetivamente, rasgos de personalidad patológica. Se aplica a adolescentes y adultos jóvenes. Además, por su experiencia, tiene muchos estudios que lo hacen válido y confiable. Es un inventario que cuyas aplicaciones son: la clínica y el ámbito forense. A su vez, por sus características, puede ser administrado tanto en forma grupal como individual. Como el MMPI original, las escalas y los ítems que las componen se basan en grupos contrastados de pacientes y "normales", así como en la nosografía de Kraepeling. Cuenta con 478 ítems, 10 escalas clínicas, 4 de validez, más escalas complementarias y de contenido.

La evaluación de la personalidad, los síntomas psicológicos y los problemas conductuales de los adolescentes es una tarea clínica difícil, ya que su problemática puede estar exagerada o ser ignorada.

La conducta del adolescente debe ser considerada dentro de un amplio contexto (familiar, escolar y social), pues el comportamiento de los otros adolescentes y adultos que le rodean tiene un impacto muy directo sobre el funcionamiento psicológico en esta etapa evolutiva.

Características:

- El contenido es relevante para los adolescentes.
- Con solamente 478 ítems, la prueba de MMPI-A toma menos tiempo para administrar.
- Las escalas clínicas y las tres escalas clínicas de validez se pueden anotar de los primeros 350 ítems.
- Las normas específicas son para adolescente.
- Las escalas ayudan a tratar problemas que los clínicos son más probables para ver con los adolescentes, incluyendo ediciones de la familia, desórdenes alimenticios, y dependencia tóxica.

Estructura del MMPI-A

Este inventario está compuesto por

- 1.- Escalas de validez.
- 2.- Escalas clínicas.
- 3.- Escalas de contenido.
- 4.- Escalas suplementarias.

Descripción de las Escalas de validez:

- a. Puntuación ? (Interrogantes)
- b. Escala L (Mentira)
- c. Escala F, F1 y F2 (Incoherencia)
- d. Escala K (Corrección)
- e. Escala TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero)
- f. Escala VRIN (Incoherencia de respuestas variables)

Descripción de Escalas clínicas.

1. Escala 1 (Hs:Hipocondria)
2. Escala 2 (D:Depresión)
3. Escala 3 (Hy: Histeria)
4. Escala 4 (Pd: Desviación Psicopática)
5. Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad)
6. Escala 6 (Pa:Paranoia)
7. Escala 7 (Pt:Psicastenia)
8. Escala 8 (Sc:Esquizofrenia)
9. Escala 9 (Ma:Hipomania)
10. Escala 0 (Si:Introversión social)

Administración: Individual o Colectiva.

Niveles de aplicación: Adolescentes (15 a 40 años).

Duración: Variable, entre 50 y 70 minutos.

A continuación se hace una breve descripción de las escalas clínicas de Depresión (2) y Psicastenia (7):

Escala 2. Depresión (D). Los ítems reflejan sintomatología depresiva: desánimo, falta de felicidad, de interés, apatía, retardo psicomotor, irritabilidad y tendencia a la preocupación.

Puntaje T	Posibles hipótesis
> 70	Depresión clínicamente severa. Abatida, lenta en el pensar y actuar. Preocupada por la muerte, suicida. Culpabilizada, sentimientos de inutilidad e inadecuación. Afectada por los problemas, desesperada.
60 – 70	Depresión moderada. Humor disfórico. Insatisfecha con la vida. Preocupada, ausencia de energía, dificultad para concentrarse. Falta de confianza en sí misma, molesta.
40 – 59 (Puntuaciones medias)	Conforme consigo misma. Estable, ajustada, realista

Escala 7. Psicastenia (Pt). Escala de síntomas neuróticos de carácter ansioso. Evalúa ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de la propia capacidad o dificultad para tomar, compulsiones (acciones repetitivas) u obsesiones (incapacidad para evitar pensamientos parásitos, repetitivos o ideas obsesivas).

Puntaje T	Posibles hipótesis
> 75	Ansiedad generalizada, tensión y miedo exagerado (fobia). Rumiaciones y rituales rígidos (obsesiones). Fobias supersticiosas. Falta de concentración y fatiga. Trastornos del pensamiento
60 – 75	Ansiedad moderada, depresión. Falta de seguridad. Sueño intranquilo, pesadillas. Culpabilidad, perfeccionismo, indecisión.
40 – 59	Puntuaciones medias. Sincera, adaptada, bien organizada.

3.3 Procedimiento

Se administraron las Escalas de de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) y la Escala de Autoestima de Rosenberg - Modificada (Rosenberg, 1965) de manera anónima y voluntaria en la Universidad, además de las variables sociodemográficas. Se les solicitó su colaboración para contestar una escala autoaplicada a los jóvenes que estaban tramitando su examen de ingreso, encontrando mas población de jóvenes que provienen de familia biparental, procediendo a escoger aquéllos que viven en familia monoparental, para completar los 101 sujetos de esta característica.

Se les hizo una atenta invitación para que contestaran este cuestionario para la participación de esta investigación a estudiantes de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quedando en el anonimato a solicitud de los estudiantes la facultad a la que pertenecen.

Los datos sociodemográficos que se tomaron en cuenta en este estudio fue sexo, edad y nivel socioeconómico.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows, los cuales consistieron en estadísticos descriptivos e inferencial, se empleó el método para sacar el índice de confiabilidad como es la Alfa de Cronbach y la prueba U de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre los puntajes de las escalas de los dos grupos, las variables a comparar fueron: síntomas neuróticos de depresión y ansiedad del MMPI-A; y autoestima y satisfacción con la vida. Además, se realizó el análisis de regresión múltiple, teniendo como variable dependiente la satisfacción con la vida y las variables autoestima, síntomas neuróticos de depresión y ansiedad como variables independientes.

Para identificar las variables que contribuyen a discriminar a los jóvenes en los grupos establecidos a priori se llevó a cabo un análisis discriminante (Salvador, 2000).

Capítulo 4.

Resultados

Con el fin de analizar los datos facilitados por los sujetos de los dos grupos, descritos como grupo 1 o jóvenes de familia biparental y grupo 2 o jóvenes de familia monoparental, se utilizó el programa estadístico de SPSS versión 13, mediante el cual se efectuaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, de acuerdo a las características de la muestra se efectuaron pruebas no paramétricas para la comparación de grupos independientes para cumplir con los objetivos de este estudio, además se realizó el análisis discriminante y el análisis de regresión, en el caso de la regresión múltiple, teniendo a las variables autoestima, síntomas neuróticos de depresión y ansiedad como independientes, se encontró que únicamente la variable autoestima fue predictor de satisfacción con la vida.

4.1 Análisis de los resultados

4.1.1 Descripción de la muestra de las Variables sociodemográficas

Sexo:

Se muestra en la tabla 1 el total de la muestra que esta conformada por un total de 202 sujetos. Las mujeres fueron la mayoría en este estudio lo que representa una frecuencia de 158 con su respectivo porcentaje de 78.2 %. En el hombre representó una minoría, la frecuencia fue de 44 con un porcentaje de 21.8% de la población (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la variable Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
masculino	44	21.8
femenino	158	78.2
Total	202	100.0

Edad:

Con respecto a la edad, la media de los jóvenes que provienen de familia biparental es de 17.5, la mediana de 17 y la desviación estándar es .164 y la media de los jóvenes de familia monoparental de 18.2, mediana es de 17 y la desviación estándar es .208 (tabla 2).

Tabla 2. Descripción de la variable edad por tipo de familia (n = 202)

Tipo de familia	Mediana	Media	D. E.
Biparental (n = 101)			
Edad	17.0	17.5	.164
Monoparental (n = 101)			
Edad	17.0	18.2	.208

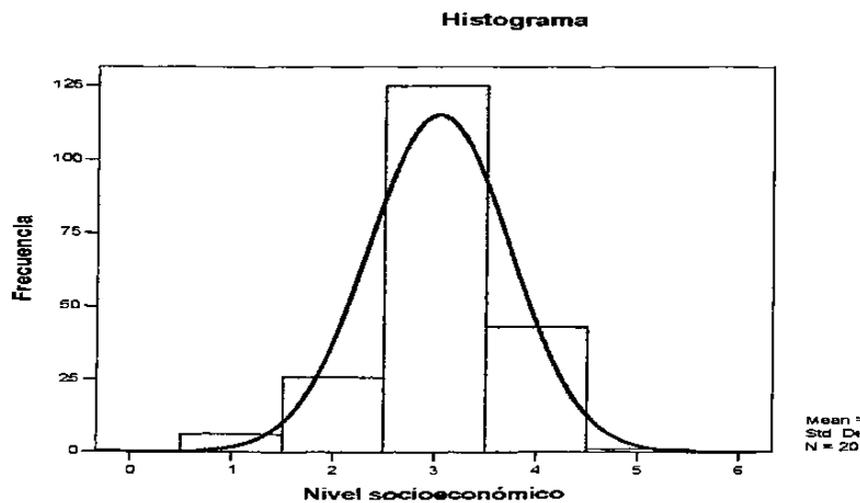
Nivel socioeconómico:

Según los datos sociodemográficos con respecto al nivel socioeconómico el total de la muestra se ubicó entre el bajo, medio bajo, medio, medio alto y alto.

Los porcentajes observados en la tabla 3 nos describe con respecto a esta variable que en el nivel bajo es el 3% de los sujetos estudiados; Medio bajo es el 12.9 %; la mayoría de la población se encuentra en el nivel Medio que es el 61.9 %; Medio alto es el 21.3%; y este nivel Alto es 1 sujeto que es el .5% de la población total. Por lo que en la grafica se observa una curtosis casi normal.

Tabla 3. Descripción de la variable Nivel socioeconómico por tipo de familia (n = 202)

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	3.0%
Medio bajo	26	12.9%
Medio	125	61.9%
Medio alto	43	21.3%
Alto	1	.5%



4.2 Descripción de las variables

En esta sección se expondrán las descripciones estadísticas de cada una de las escalas que se aplicaron a los participantes y que formaron parte de los instrumentos para recabar los datos.

Se inicia por describir la confiabilidad de cada una de las escalas, para poder comparar los resultados de ambos grupos para después realizar la discusión de los resultados comparándolos con otros autores que han trabajado estas variables.

4.2.1 Confiabilidad

Se ejecutaron los procedimientos estadísticos para conocer el comportamiento de las variables autoestima y satisfacción con la vida, los cuales consistieron en estadísticos descriptivos, la prueba t para grupos independientes, para comparar los puntajes de las escalas de los jóvenes de familia biparental con

respecto a los jóvenes de familia monoparental. También se realizó el análisis alpha de Cronbach con el propósito de obtener índice de confiabilidad de las escalas. En nuestro estudio los valores de confiabilidad de las escalas fueron para la satisfacción con la vida es de .776 y para autoestima es de .864 (ver tabla 4).

Tabla 4. Consistencia interna de las escalas

Escala	α
Satisfacción con la vida	.776
Autoestima	.864

En la tabla 5 se muestran los datos de satisfacción con la vida, en esta tabla podemos observar los sujetos de los dos grupos, siendo la desviación estándar de 3.67 (1) y de 4.3 (2), la media es de 29.8 (1) y 27.6 (2), la mediana es de 30(1) y 28(2); el rango medio es de 117.21 (1) y 85.7 (2). En nuestro caso el valor de probabilidad obtenido es la prueba U de Mann-Whitney fue significativa ($Z = -3.832$, $p = .001$) por lo que ahora sí rechazaríamos la hipótesis nula (con punto de corte $p < 0.05$).

Tabla 5. Descripción de satisfacción con la vida por tipo de familia

Tipo de familia	Mediana	Media	Rango medio	D. E.	U de Mann-Whitney
Biparental					
Satisfacción con la vida	30.0	29.8	117.21	3.67	$Z = -3.832$
Monoparental					$p = .001$
Satisfacción con la vida	28.0	27.6	85.79	4.23	

En cuanto a la escala de autoestima varía en un rango similar, la media de los jóvenes de familia biparental es de 36.3 (1) y la desviación estándar es 3.11 (1); en la media es de 34.3 (2) y la desviación estándar de 3.84 (2) (tabla 6). La prueba U de Mann-Whitney fue significativa ($Z = -3.952$, $p = .001$). En ese caso se *interpreta* que debe rechazarse la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa.

Tabla 6. Descripción de autoestima por tipo de familia

Tipo de familia	Mediana	Media	Rango medio	D. E.	U de Mann-Whitney
Biparental					
Autoestima	37.0	36.3	117.66	3.11	$Z = -3.952$
Monoparental					$p = .001$
Autoestima	35.0	34.3	85.34	3.84	

También se ejecutaron los procedimientos estadísticos para conocer el comportamiento de la variable síntoma neurótico de ansiedad, los cuales consistieron en estadísticos descriptivos, la prueba para grupos independientes, para comparar los puntajes de las escalas clínicas del MMPI-A de los jóvenes de ambas familias. La evidencia que se ha encontrado es que hay diferencias significativas en donde muestran menor síntoma neurótico de ansiedad jóvenes de familia biparental con respecto a los jóvenes de familia monoparental. En cuanto la variable síntoma neurótico de ansiedad se observa en la tabla 7, que la U de Mann-Whitney es significativa ($Z = -2.819$, $p = .005$). En ese caso se *interpreta* que debe rechazarse la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa.

El rango medio es de (tabla 7) 89.95 del grupo 1 y del grupo 2 es de 113.05 lo que se comprueba la hipótesis, nos muestra evidencia que el grupo 2 (monoparental) muestra más síntomas neuróticos de carácter ansioso que el grupo 1 (biparental), en ambos grupos, el análisis estadístico arrojó una diferencia en la media es de 51.6 (1) (tabla 7) y 54.2 (2) (tabla 7) y el valor de la mediana de esta variable síntoma neurótico de ansiedad es lo muestra en la tabla 7 es de 51(1) (de un valor de 35 a 71) y de 54 (2) (de un valor de de 41 a 94) y la desviación estándar para el grupo 1 de 5.69 y para el grupo 2 de 7.04.

Tabla 7. Descripción de la variable ansiedad por tipo de familia (n = 202)

Tipo de familia	Mediana	Media	Rango medio	D. E.	U de Mann-Whitney
Biparental					
Ansiedad	51.0	51.66	89.95	5.69	Z= -2.819
Monoparental					p= .005
Ansiedad	54.0	54.21	113.05	7.04	

Los resultados de la U de Mann-Whitney de la variable depresión, fueron que no hay diferencias estadísticamente significativas ($Z = -1.416$, $p = .157$), como se observa en la tabla 7. En ese caso se *interpreta* que debe aceptar la Hipótesis Nula y rechazarse la Hipótesis Alternativa.

Terminamos con la descripción de la comparación de síntoma neurótico de depresión de ambos grupos, podemos decir que el 50% de los sujetos esta por debajo de 52(1), 55(2) y el restante 50% está por encima de 53(1), 54(2), el promedio es decir la media se ubica en el 52.9 (1), 54.7 (2), así mismo se desvían

de la media 52(1), 55(2) en promedio de 6.9 (1) a 8.4 (2). Se observa bastante diferencia en el rango medio es de 95.6 (1) y de 107.3 (2), con una desviación estándar de 6.92 (1) y de 8.49 (2) observar tabla 8.

Tabla 8. Descripción de la variable síntoma neurótico de depresión por tipo de familia (n = 202)

Tipo de familia	Mediana	Media	Rango medio	D. E.	U de Mann-Whitney
Biparental					
Depresión	52.0	52.9	95.69	6.92	Z= -1.416
Monoparental					p= .157
Depresión	55.0	54.7	107.31	8.49	

Los resultados de la regresión múltiple utilizando el método Stepwise (tabla 9), nos indica que sólo la variable autoestima entra en el modelo, explicando el 26.7% de la varianza de la variable satisfacción con la vida ($R^2_{aj} = .267$), esta predicha por la variable autoestima.

El coeficiente R^2 conocido como coeficiente de determinación el cual varia de 0 a 1, cuando el resultado es igual a $R^2=1$ quiere decidir que el 100% de la variabilidad de la variable criterio es explicada por las variables criterio y también que la relación lineal entre las variables es perfecta (Camacho, 2001). En este caso el coeficiente de correlación R^2 ajustado (R^2_{aj}) nos explica la variabilidad de la variable predictora autoestima.

Tabla 9. Análisis de regresión para satisfacción con la vida

Satisfacción con la vida (VD)	r	B	Beta	T
Constante		7.971		3.291**
Autoestima	.520	.588	.520	8.619***

*p<.05; ** p<.01; ***p<.001; R= .520 R²= .271 R²aj= .267; F= 74.29, gl= 1, p<.001

En esta tabla 9 se observa que R= .520 es mayor que cero y en consecuencia, ambas variables están directamente relacionadas. Otra forma de dar cuenta de si la relación global es significativa o no, es con la prueba F de Snedecor el resultado es de F= 74.29, gl=1 (200), p<.001, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre la variable dependiente satisfacción con la vida y la variable independiente autoestima.

En este análisis se encontró que la variable autoestima (B= .588) es la única variable predictora, las variables de síntomas neuróticos de ansiedad y depresión fueron excluidas de este modelo, el valor Beta de autoestima es de .520 ≤ 2,5 al predecir satisfacción con la vida, finalmente en contraste con la t se ve que sólo el coeficiente Beta de autoestima es significativo t= (8.619) p=<.001.

La asociación global y su significación es entonces R²= .271, R²aj = .267 es significativo, ya que F= (74.29)= gl=1, p<.000 (ver tabla 9).

Las variables de síntomas neuróticos de depresión y ansiedad se eliminaron ya que no resultaron significativas en este modelo.

4.3 Análisis Discriminante

Se realizó un análisis Discriminante para cumplir con el objetivo cinco. Esta técnica multivariada resulta útil para las situaciones en las que se desea construir un modelo predictivo para pronosticar el grupo de pertenencia de un caso a partir de las características observadas de cada caso. El procedimiento genera una función discriminante (o, para más de dos grupos, un conjunto de funciones discriminantes) basada en combinaciones lineales de las variables predictoras que proporcionan la mejor discriminación posible entre los grupos.

Las funciones se generan a partir de una muestra de casos para los que se conoce el grupo de pertenencia; posteriormente, las funciones pueden ser aplicadas a nuevos casos que dispongan de medidas para las variables predictoras pero de los que se desconozca el grupo de pertenencia.

Los objetivos del Análisis Discriminante pueden sintetizarse en dos: (1) Descriptivo: Analizar si existen diferencias entre los grupos en cuanto a su comportamiento con respecto a las variables consideradas y averiguar en qué sentido se dan dichas diferencias. (2) Predictivo: Elaborar procedimientos de clasificación sistemática de individuos de origen desconocido, en uno de los grupos analizados (Salvador, 2000).

El análisis discriminante, aplicado a un grupo de 202 estudiantes de ingreso a la Universidad, establece qué características (satisfacción con la vida,

autoestima, síntomas neuróticos de ansiedad y depresión) diferencian a los jóvenes pertenecientes a familias mono (n=101) o biparental (n=101).

En la tabla 10 se presenta la prueba de contraste de igual de medias entre los dos grupos (jóvenes de familias mono o biparentales). Para la variable de depresión (escala 2 del MMPI), la razón $F= 2.791$ con 1 y 200 grados de libertad no es significativa ($p < .096$); es decir ambos grupos tienen medias equivalentes. En el caso de la variable de ansiedad (escala 7 del MMPI), la razón $F= 7.991$ con 1 y 200 grados de libertad es significativa ($p < .005$), indicando diferencia de medias o que la variable es discriminativa. En el caso de la variable autoestima su $F=16.382$ con 1 y 200 grados de libertad, también resultó significativa, aunque un nivel de significación mayor ($p < .000$); y por último, la satisfacción con la vida su valor $F=15.424$ con 1 y 200 grados de libertad es alto y significativo ($p < .000$).

Las variables de satisfacción con la vida y autoestima son las de mayor valor en el estadístico F, esto es, que tendrán mayor probabilidad de entrar en el modelo.

Tabla 10. Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Escala 2 del MMPI: D	.986	2.791	1	200	.096
Escala 7 del MMPI: Pt	.962	7.991	1	200	.005
Escala autoestima	.924	16.382	1	200	.000
Escala satisfacción	.928	15.424	1	200	.000

En la tabla 11 se muestra el test de M de BOX para contrastar la equivalencia de las matrices de covarianzas de las 4 variables discriminantes de la

dos muestras (jóvenes de familias mono o biparentales). Al ser uno de los requisitos de la prueba la homogeneidad. La $F=1.799$ no es significativa, al resultar la $p>.05$ ($p= .178$). Así se mantiene la hipótesis nula, es decir, sí hay diferencias significativas en ambos grupos, confirmándose el supuesto de igualdad de varianzas/covarianzas.

Tabla 11. Resultados de la prueba M de BOX

M de Box		5.455
F	Aprox.	1.799
	g.l. 1	3
	g.l. 2	7200000
	Sig.	.178

Contrasta la hipótesis nula de que las matrices de covarianza poblacionales son iguales.

La base del análisis discriminante consiste en llegar a establecer una combinación lineal de las variables independientes que nos permita clasificar a los sujetos en los diferentes grupos establecidos anteriormente, en este caso jóvenes de familia biparental (1) y grupo de jóvenes de familia monoparental (2), esta combinación lineal es la que se conoce como función discriminante.

Se utilizó el método Stepwise de selección de variables. Este algoritmo combina tanto la posibilidad de ir entrando variables al modelo como la de ir eliminando variables del mismo. Las variables van entrando y saliendo del modelo según su nivel de aproximación al criterio de selección que se establece.

Hay que señalar que en el momento en que una variable entra al modelo, los valores del criterio de selección fijado por los restantes son recalculados,

entrando como segunda variable del modelo, la que ha quedado con un valor más aceptable en el criterio.

En la tabla 12 se observan los resultados para la obtención de la selección de las variables. Se utilizó el método de la Lambda de Wilks para contrastar la significación de los coeficientes. Las variables irán entrando o saliendo del modelo en la medida que tengan un valor lambda significativamente distinto de cero. Las variables satisfacción con la vida se introdujo en el primer paso ($F= 10.679$; $p= .000$) y autoestima en el segundo ($F= 16.382$, $p= .000$).

Tabla 12. Lambda de Wilks

Paso	Número de variables	Lambda	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	1	.924	1	1	200	16.382	1	200	.000
2	2	.903	2	1	200	10.679	2	199	.000

Como se observa en la tabla 13, el valor propio es .107 (eigenvalue). El valor propio resulta del cociente entre de la suma de cuadrados entregrupos y la suma de cuadrados intragrupos. En la misma tabla tenemos la correlación canónica que nos indica la asociación entre las puntuaciones discriminantes y los grupos, y su valor al cuadrado equivale a la proporción de varianza atribuible a las diferencias entre grupos, en nuestro caso es de .098, es decir, 10% de varianza diferencial es explicada por las dos variables discriminantes resultantes.

Tabla 13. Valor propio

Función	Valor propio	% Varianza	% Acumulado	Correlación canónica
1	.107	100	100	.311

La Lambda de Wilks (.903) de la tabla 14 representa la proporción de la varianza total de las puntuaciones discriminantes no explicada por las diferencias entre grupos, es decir, el 90%. De acuerdo al valor de χ^2 (20.288) es significativo ($p < 0.001$). Esto indica que resta una proporción importante de varianza diferencial por explicar.

Tabla 14. Lambda de Wilks

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1	.903	20.288	2	.000

No obstante, con estas dos variables (satisfacción con la vida y autoestima) se obtiene un porcentaje general de buena clasificación aceptable, del 65.3% (tabla 15).

Tabla 15. Resultados de la clasificación(a)

Tipo de familia			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			Biparental	Monoparental	
Grupo Original	F	Biparental	79	22	101
	%	Biparental	78.2 %	21.8 %	100 %
	F	Monoparental	48	53	101
	%	Monoparental	47.5 %	52.5 %	100 %

a Clasificados correctamente el 65.3% de los casos agrupados originales.

En la tabla 16 se observa la Función discriminante:

Grupos (1 ó 2) = $b_0 + b_1$ satisfacción con la vida + b_2 Autoestima.

$$D = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2$$

$$D = -10.149 + .140 + .173$$

Tabla 16
Coeficientes de la Función discriminante canónica

	Función 1
Escala de satisfacción	.140
Escala de autoestima	.173
Constante	-10.149

Coeficientes no estandarizados

En la tabla 17 se informa del grado de importancia de las variables independientes como son la satisfacción con la vida y la autoestima sobre la función discriminante a través de los coeficientes estandarizados de la primera función discriminante. Se puede observar que la variable de autoestima toma más peso (con un valor de .606) que la variable de satisfacción con la vida (con valor de .556).

Tabla 17
Coeficientes Estandarizados Canónicos de las
Funciones Discriminantes

	Función 1
Escala de satisfacción	.556
Escala de autoestima	.606

En la tabla 18 la matriz estructural nos muestra los coeficientes de correlación de las variables independientes satisfacción con la vida .874 y autoestima .848, lo que quiere decir estos coeficientes se encuentran cercanos a 1, indican una alta asociación entre estas variables independientes y la función discriminante, y depresión (escala 2 del MMPI) (-.318) y psicastenia (escala 7 del MMPI) (-.226) son coeficientes negativos que están mas cercanos a cero, por lo tanto no entran en el análisis.

Esta matriz es de interpretación análoga a la matriz anterior (Coeficientes Estandarizados Canónicos de las Funciones Discriminantes), salvo que en la matriz estructural se muestran todas las variables, mientras que en la anterior sólo se muestran las variables independientes del modelo.

Se puede observar que las variables están ordenadas por el tamaño de la correlación con la función discriminante.

Tabla 18
Matriz Estructura

	Función 1
Escala de satisfacción	.874
Escala de autoestima	.848
Escala de Depresión del MMPI (2:D)	-.318
Escala de Psicastenia del MMPI (7: Pt)	-.226

Correlaciones discriminantes entre grupos y función discriminante
Orden de variables según su medida en el interior de la función.
a Esta variable no se usa en el análisis

En la tabla 19 se observan las medias de grupo en la Función discriminante Canónica no estandarizada, es decir, las coordenadas de la proyección del

centroide de cada grupo sobre la Función Discriminante. Para el grupo biparental su valor es de .326 y monoparental es de -.326. Así valores positivos que se obtengan desde la función discriminante indicarán pertenencia a una familia biparental; y los negativos, a una monoparental.

Tabla 19

Funciones en los Centroides de los Grupos

	Función 1
Biparental	.326
Monoparental	-.326

Capítulo 5.

Discusión y Conclusiones

5.1 Discusión

El objetivo general del trabajo fue estudiar las diferencias de la satisfacción con la vida en jóvenes de familia monoparental y biparental, para determinar qué variables de independientes (autoestima, ansiedad y depresión) podían tener relación con este fenómeno.

Con el fin de integrar los datos proporcionados por los participantes en este estudio al contexto teórico desde el paradigma de la presencia paterna al enfoque del modelo de bienestar psicológico, los resultados obtenidos nos permitieron reconocer que en este modelo de presencia del padre y el nivel alto de satisfacción con la vida (uno de los componentes de bienestar) y autoestima, y niveles bajos de depresión y ansiedad, difiere en ciertos estudios previos reportados, que lo han planteado como los estudios de Bauserman, 2002 Chouhy, 2000; Hetherington, 1973; Bronchal, 2007; McLanahan y Bumpass, 1988; Grant, 1988, Kamerman, 2003, por mencionar algunos, en donde señalan acerca de que la "custodia compartida" mejora el estado emocional del niño, y por lo tanto, habrá menos ansiedad y depresión en la convivencias con ambos padres.

Por su parte Greca, (1992); Greca et al., (1995); Resnick et al., (1997) también mencionaron que en el estado emocional del joven pueden producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima los problemas que acarrear

las rupturas parentales afectando el bienestar emocional y el sentimiento de ser valorado y cuidado por otros.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la presente investigación, lo señalado por este estudio nos permiten observar que el hecho de que el joven que vive con un solo padre (en este caso la madre) no quiere decir, que haya síntomas neuróticos de depresión y ansiedad en estos jóvenes de familia monoparental. Sin embargo, si existe diferencia significativa, en el caso de la autoestima, que predice y determina la satisfacción con la vida, esto es, que en esta tesis encontramos evidencias que respaldan estas hipótesis planteadas, sobre los jóvenes que conviven con ambos padres tienen mayor satisfacción con la vida y mayor autoestima, solamente puntualizar que son diferencias significativas estadísticamente pero no substanciales, por lo que hay que considerar la condición de la muestra (N= 202) utilizada, se debe de tener un cierto cuidado de generalizar los resultados. A pesar de ello, el coeficiente de consistencia interna de los instrumentos utilizados se considera apropiado.

Kolvin et al., (1988) planteó que los conflictos maritales y familias disfuncionales son predictores de desajustes emocionales en los hijos, de alguna manera nos acercamos a este estudios, puesto que en los hallazgos encontrados, sostienen tres de las hipótesis planteadas, los jóvenes que conviven con ambos padres, muestran mayor satisfacción con la vida, mayor autoestima y menor síntoma neurótico de ansiedad.

En esta investigación los resultados nos describen las diferencias en el síntoma neurótico de ansiedad en ambos grupos de jóvenes; sin embargo, no hay diferencias significativas en jóvenes que provienen de familia biparental con respecto a los jóvenes de familia monoparental, lo cual nos lleva a identificar que puede haber ansiedad mas no depresión en los jóvenes que viven con un solo padre principalmente con la madre como jefa de familia.

A pesar de que existen diferencias significativas en la ansiedad, no es una variable que predice la satisfacción con la vida en el joven, como lo fue la autoestima.

Parece ser, que el hecho de convivir en una familia biparental, permite una mejor autoestima y satisfacción con la vida, reportándose en estos jóvenes mejor calidad de vida. Las personas que evidencian una alta satisfacción con la vida poseen una adecuada salud mental, el autoconcepto es una de las variables más relevantes para el bienestar personal (García, Misitu y Vega, 2006), menor ansiedad resultados muy cercanos a lo que refieren Atienza et al., 2000; Cartwright, 1993; Frost y Pakiz, 1990; Barber & Thomas, 1986; Buri, Kirchner, y Walsh, 1987; Booth, Brinkerhoff, & White, 1984, entre otros.

El tener un padre podría tener una influencia importante en interacción familiar que en cierta forma puede responder a una adecuada situación emocional y un buen nivel de autoestima, que impactaría en el joven podría mostrar una confianza básica en sus propias potencialidades y que nos registraría los componentes esenciales como la valía personal y el sentimiento de capacidad

personal como el estudio que presenta Undurraga y Avendaño 1998, (en Tarazona, 2005); Barnett, et al., 1991; Wenck, et.al., 1994.

Este hallazgo puede ser útil para futuras investigaciones que profundicen en estas diferencias y en los factores que pueden explicarlas en diferentes muestras, ya que esto es importante para diseñar programas de intervención y prevención para los jóvenes que se encuentran frente a situaciones de conflicto familiar como el divorcio o la separación de sus padres.

De acuerdo a las estadísticas del INEGI (2003), se registraron en el país 616 mil 654 matrimonios y 60 mil 641 divorcios y estos van en aumento junto con las separaciones de hecho, por lo que es de vital importancia que se tomen estrategias para realizar intervenciones a matrimonios en conflicto y mejorar la calidad de vida de los jóvenes, en particular de los que viven en familias monoparentales, por lo que esta investigación cumple una parte del compromiso de a la sociedad científica y comunitaria de colaborar con un aporte científico, para que estos datos sean utilizados para implementar programas de intervención a familias que están en proceso de divorcio y/o separación para que se establezca intervención psicológica al proceso de adaptación al cambio de vida.

Se podría asumir en parte por los resultados obtenidos del análisis discriminante, nos permite demostrar que una parte del modelo teórico planteado como la baja autoestima y satisfacción con la vida de los jóvenes de familia monoparental puede afectar no solo su autoconcepto y su imagen corporal, sino otras áreas importantes para su desarrollo personal y sus relaciones

interpersonales, como amigos, escuela y trabajo, es decir, en su bienestar general (Palomar, 1998).

Las relaciones interpersonales con personas significativas, ayudan al joven a tener un adecuada autoestima, y para el aprecio de sí mismo y de los demás es indispensable tener un autoconcepto positivo (Thomas, 1998), para que tengan una autoestima adecuada, sin embargo esto no afecta al joven que proviene de familia monoparental en el estado emocional, según la evidencia encontrada en donde la satisfacción con la vida y el autoestima son independientes de la depresión y la ansiedad que estas últimas resultaron las hipótesis nulas aceptadas en este estudio.

Asimismo, Rollins y Thomas (1979) encontraron que el apoyo de los padres se relacionaba altamente con actitudes características del niño y que el apoyo emocional de los padres está asociado con una alta autoestima y con un buen desarrollo cognitivo, por lo que para un futuro estudio se podría ser retomado este tema que está relacionado.

Estas evidencias encontradas dentro de esta muestra prueban las diferencias satisfacción con la vida, en autoestima y síntomas neuróticos de ansiedad en los jóvenes que provienen de familia biparental con respecto a los jóvenes de familia monoparental, sin embargo esta última variable no predice ni determina la satisfacción con la vida en familia biparental.

A pesar de que los resultados de este estudio son indicativos de que población estudiada no representan a la población en general, en su contexto actual de convivencia con un solo padre, esto nos lleva a reflexionar sobre la

muestra estudiada de jóvenes universitarios que deseaban entrar a la carrera de psicología, es decir, que a pesar de haber diferencias entre los grupos, estas son mínimas y los puntajes nos indican que no hay síntomas neuróticos de depresión y ansiedad, por lo que se propone estudiar a otro tipo de población que no estén interesados en la salud mental, para determinar si hay las diferencias significativas tanto en lo estadístico como en lo substancial.

Por otra parte, esta evidencia encontrada sobre las diferencias significativas del síntoma neurótico de ansiedad, en donde jóvenes de familia biparental muestran de menor índice de ansiedad con respecto a los jóvenes de familia monoparental concuerdan con el estudio de Robb & Warren (1990), que refiere que la ansiedad es una actitud emotiva o sentimental que aparece en lo concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y desesperanza.

Generalmente los hijos de padres divorciados sufren más ansiedad y enfermedades psíquicas que otros niños que viven con ambos padres, pues éstos últimos gozan de mejor salud física y tienen una mayor esperanza de vida que los que viven en familia monoparental.

Estos resultados se asemejan a los de Jadue (2003), en donde refiere que los hijos que viven con un solo padre están más proclives a experimentar ansiedad. La ansiedad en el niño y el adolescente es uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional, sin embargo aquellos niños que conviven con su padre poseen una adecuada salud mental, menor estrés, menor depresión y

ansiedad son resultados muy cercanos a los que refieren Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).

Parece ser que el hecho de convivir en una familia biparental, permite sentirse bien, reportándose en estos jóvenes mejor calidad de vida, mayor autoestima y menores niveles de ansiedad que en los jóvenes de familia monoparental.

Esta evidencia nos recuerda el estudio de Diener (1984) en donde menciona que la satisfacción con la vida (componente cognitivo del bienestar subjetivo), hay que tomarlo en cuenta también, desde el punto de vista afectivo o emocional considerando que hay un equilibrio entre el afecto positivo (entusiasmo, interés, lleno de vida) y el afecto negativo (ansiedad, depresión, temeroso, etc.) (Bradburn, 1969), o pensarse desde el punto de vista cognitivo, deducida como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de su vida como en la familia, salud, estudios, trabajo, amigos o tiempo libre.

Entonces los resultados apuntan a que dentro del grupo de jóvenes de familia biparental son los del grupo de familia monoparental, los que tienen menor satisfacción con la vida y autoestima.

5.2. Conclusión

En el caso de los jóvenes de familia biparental, es decir, los que conviven con padre y madre, presentan mayor autoestima y menos ansiedad (aunque no sea predictiva ni determinante para sentirse satisfecho) que los jóvenes de familia monoparental. A partir de esto puede concluirse que los jóvenes necesitan de la presencia del padre para tener un buen autoconcepto y valía personal y hasta cierto punto una tranquilidad consigo mismos.

En base a los objetivos planteados en esta tesis, las hipótesis que se comprobaron siendo muy cuidadosos en generalizar los resultados, aquí se muestran las conclusiones fundamentales encontradas:

1. En las hipótesis de que si “los jóvenes que provienen de familia biparental muestran mayor satisfacción con la vida y autoestima con respecto a los jóvenes de familia monoparental”, en este caso se sustenta la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis Nula.

2. En la hipótesis de que si “los jóvenes de familia monoparental muestran una mayor ansiedad con respecto a los jóvenes de familias biparentales”, se sostiene la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis Nula.

3. En la hipótesis si “los jóvenes de familia biparental muestran un menor nivel de síntomas neuróticos de depresión en los jóvenes de familia con respecto a los jóvenes de familia monoparental”, los hallazgos *no fueron significativos* y se señala que debe aceptarse la Hipótesis Nula y rechazarse la Hipótesis Alternativa.

4. En la hipótesis sobre si "a autoestima, depresión y ansiedad predicen la satisfacción con la vida. Los resultados de los análisis discriminantes nos demuestran que de las tres variables que conformaban el modelo de Satisfacción con la vida (componente del bienestar psicológico) tomando como variables predictoras a la autoestima, síntomas neuróticos de depresión y ansiedad; la única que entra en este modelo es la autoestima según el análisis discriminante.

Las variables que fueron eliminadas son síntomas neuróticos de depresión y ansiedad como componentes afectivos, no afectan en ambos grupos a la satisfacción con la vida a los jóvenes.

De acuerdo al modelo planteado, se comprobó que en el joven de familia biparental está satisfecho con la vida tal parece que su autoestima esta alta y mostrará menos nivel de ansiedad y depresión, en cambio en jóvenes de familia monoparental no está satisfecho con la vida, hay menor nivel de autoestima, presencia de síntomas neuróticos de ansiedad adaptativos por obvias razones de la situación actual familiar que se ve amenazada desde la no convivencia del padre hasta la situación económica que se ve afectada por la separación conyugal; sin embargo, a pesar de ello, hay ausencia de depresión.

Es importante señalar que a pesar de que la familia actual se ha reestructurado, sigue siendo esencial la función paterna y materna en el desarrollo de los hijos, en este caso para que tengan mayor satisfacción con la vida, así como se desarrolle una buen concepto de si mismo, un adecuado nivel de autoestima, es mejor la convivencia en la familia, como lo menciona Miguel y

Vargas, (2001) que los propios padres deben ser, los modelos de eficacia personal y respeto a uno mismo.

Es por eso que debemos enfocarnos en la psicología positiva que se ha encauzado hacia el estudio y comprensión de las patologías como Seligman y Csikszentmihalyi (2000) lo postulan que se tiende a poner más énfasis en la enfermedad descuidando los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que estos presentan para las personas. Desde este contexto, urgen intervenciones sobre las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de los jóvenes y la familia actual.

Se recomienda algunas ideas que plantea Jadue (2003):

- 1) Es indispensable implementar programas de prevención de problemas emocionales.
- 2) Es necesario desarrollar en los niños el autoconocimiento y habilidades emocionales tales como la expresión, el manejo y la evaluación de la intensidad de los sentimientos y una actitud positiva frente a la vida.
- 3) Es necesario crear redes de apoyo a los niños y adolescentes en la escuela y con otros familiares.
- 4) Realizar un programa de intervención clínica para las familias en crisis, reconstruidas o en proceso de divorcio para que se puedan llegar

a una mejor comprensión y adaptación de familia a pesar de la ruptura conyugal.

5) El acontecimiento de nuevas estructuras familiares que difieren de la considerada como ideal, la biparental, establecen desafíos para transmutar las concepciones y para encausar los esfuerzos en torno al desarrollo de los hijos, la educación y las prácticas de crianza (Cuevas Jiménez, 2003).

6) Es imprescindible implementar programas de prevención de problemas emocionales, conductuales y de rendimiento asociados a transformaciones familiares (Jadue, 2003).

7) Es necesario que se les enseñe a expresar sus emociones y sentimientos de temor, tristeza o rabia en el proceso de divorcio y/o separación de los padres. Deben aprender también a aceptarse a sí mismos, reconocer sus puntos débiles y sus fortalezas, disminuir la depresión, la tristeza y el aislamiento ante el momento de ruptura conyugal de los padres (Jadue, 2003).

8) Implementar talleres de desarrollo personal para los jóvenes cuyas familias son disfuncionales, con el propósito propiciar el autoconocimiento, y el de los demás que lo ayude a solucionar ciertas problemáticas cotidianas (Jadue, 2003).

9) Se debe fortalecer las funciones parentales (biparentalidad) a las parejas en proceso de matrimonio (prevención) o de ruptura conyugal

(proceso de adaptación), para lograr un equilibrio, aunque se ejerza en hogares separados (Cordera, 2005).

10) Detección temprana y oportuna por parte de los profesionales que están en contacto con niños o adolescentes como médicos, asistentes sociales, psicólogos, maestros, policías, enfermeros, etc. (Cordera, 2005).

En conclusión, con esta evidencia de los resultados encontrados en esta tesis, llegamos a obtener el conocimiento teórico y científico de la diversidad familiar, por lo que es necesario pensar la familia desde otra perspectiva, que a pesar de las transformaciones de la familia, debemos ser responsables en la educación y desarrollo de los hijos, en donde exista comunicación y apego afectivo a pesar de los conflictos y la separación afectiva de la pareja conyugal.

Por lo que respecta a la comparación con la muestra de familias biparentales con respecto a las familias monoparentales, encontramos resultados que ratifican nuestro interés de partida, puesto que son afines con algunos resultados obtenidos en otros países. Así, de esta manera aparecen diferencias ligeras, pero estadísticamente significativas, a favor del grupo de de jóvenes de familia biparental, es decir, mayor nivel de satisfacción con la vida, mayor nivel de autoestima y menor nivel síntomas neuróticos de ansiedad y ausencia de síntomas neuróticos de depresión de estos jóvenes que conviven con ambos progenitores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberasturi, A. y Knobel, M. (1993). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Arancibia C. V. (1997). *Manual de psicología*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Alejos Cerdan, M.; Aráoz Chávez, L. M.; Castañeda Chang, A. M. (2003) Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. *Psicocentro.com*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b002
- Almeda, E. y Flaquer, L. (1995). Las familias monoparentales en España: Un enfoque crítico. *Revista Internacional de Sociología*. 11: 21-45.
- Anderson, R. E. (1968). Where's dad?. Paternal deprivation and delinquency. *Archives of General Psychiatry* 18, 641-649.
- Anguas, A. (2000). El Bienestar Subjetivo En La Cultura Mexicana. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de México.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of Happiness*. England: Methuen
- Arroyo M. (2002). *Las familias monoparentales en España: ¿una desviación u otra forma de organización social?*. Madrid: U. de Complutense.
- Atienza, F. L.; Pons, D.P.; Balaguer I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2): 314-319.
- Balcázar, P., Bonilla, M. P., Gurrola, G. M., Van Barneveld, H. O., Aguilar, M. R. (2005). La depresión como problema de salud mental en los adolescentes mexicanos, 9 (2). *PSICOLOGIA.COM*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/22781/>
- Bales, R. & Slater, P. (1955). Role differentiation in small decision-making groups (pp. 259-306) en Arroyo M. (2002). *Las familias monoparentales en España: ¿una desviación u otra forma de organización social?* Madrid: U. de Complutense.
- Barrio Valencia, J.L. y Domínguez Chillón, G. (1996). *Estudio de caso: la escritura y el ordenador en un aula de educación infantil*. Madrid: La Muralla.

- Bauserman, R. (2002). Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 16, 91-102.
- Badinter, E. (1987). *El uno es el otro*. Barcelona: Planeta.
- Barnett, R.C. Kibria, N.; Baruch, G.K.; Pleck, J.H. (1991). Adult daughter-parent relationships and their association with daughters' subjective well-being and psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 29-42.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305
- Benedet, M. (2005) Claves para la crianza y educación del niño. (parte IV). *Espacio Logopédico .com*. En: http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld_articulo=544
- Beane, J & Lipka, R. (1986). *Self-concept, self-esteem and currículo*. New York: Teacher collage Press.
- Bolaños, I. (1998). Conflicto familiar y ruptura matrimonial. Aspectos psicolegales. En Marrero, J.L. (Comp.). *Psicología Jurídica de la familia*. Madrid: Fundación Universidad Empresa, Retos jurídicos en las Ciencias Sociales.
- Booth, A.; Brinkerhoff, D. B.; White L. K. (1984). The Impact of Parental Divorce on Courtship. *Journal of Marriage and the Family*. 46 (1): 85-94.
- Bronchal, J. (2007). Consecuencias de la ausencia del padre varón en los hijos. *Revista digital Secuestro emocional* http://www.secuestro-emocional.org/main/Efectos-Ausencia-Padre.htm#_ftnref30.
- Bradbum, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aidine.
- Brunstein, J.C. (1993). *Los Objetivos Personales y el Bienestar Subjetivo: Un Estudio Longitudinal*. Fundación Humanismo y Ciencia. Extraído el 20 de diciembre de 2006. En: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos12.htm>.
- Buendía, J. (1997). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buitrago, F. y Vergeles, J.M. (1996). *Hijos de familias monoparentales*. En: www.padresehijos.org.

- Bumpass, L. & Raley, K. (1995). Single mothers in various living arrangements: differences in economic and time resources. En: *American Journal of Economics and Sociology*, The July, 1996. by Karen Fox Folk
- Calderón, G. (1998). *Noticias de depresión*. I (6). México: Pfizer.
- Calderón, G. (1997). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México: Edamex.
- Cartwright, G. F. (1993). Expanding the parameters of parental alienation syndrome. *American Journal of Family Therapy*, 21 (3), 205-215.
- Casullo, M., Castro Solano, A., Brenlla, M. (2002). El bienestar psicológico en adultos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 47 (4): 316-324.
- Casullo, M. M.; Castro Solano, A., (2002). Patrones Clínicos de Personalidad y bienestar psicológico en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.
- Cicerchia, R. y Bestard, J. (2006). ¡Todavía una historia de la familia! Encrucijadas e itinerarios en los estudios sobre las formas familiares. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1).
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DE VIDA (2004). *Aspectos teóricos para la consejería en población adolescente*. Mesa Técnica Diagnóstico, Orientación y Consejería en Salud Integral», Perú. compliance. En B. Honwell y D. Olson (eds.): *Power in families*. Beverly Hills. Laly, Sage Pub, 38-60.
- Cordera, M. E. (2005) Ponencia sobre: “*El rol de la familia*”. En: http://www.familis.org/conferences/VIFamilia2005Cuba/lostrabajos/FAMILIA_ETICA_Y_CULTURA.PDF
- Costa P. & McCrae, R. (1980). Adults; Age differences; Emotional. Adjustment; Happiness; individual differences; Neurosis; Personality Trsits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4): 668-678.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva Subjective Well-being: Towards a Positive Psychology. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1): 83-96.
- Cuevas Jiménez, A. (2003). La relación padres-hijos escolares. En familias monoparentales de un contexto mexicano. Universidad Nacional Autónoma de México Iztacala. *Revista Cubana de Psicología*, 20 (1): 91-94.

- Cumming, B. & Davies, B.G. (1994). *Children's and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford.
- Czernik, G. E.; Almeida, S. A.; Godoy, E. I.; Almirón, L. M. (2006). Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. *CIMEL*, 11(1): 16-19.
- Cumming, E.M. & Davies, P. (1994). *Children's and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford.
- Chouhy, R. (2000). *Función paterna y familia monoparental: ¿cuál es el costo de prescindir del padre?*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año I N° 2.
- Czernik G. E., Almeida, S. A., Godoy E. I., Almirón L. M. (2006). *Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de resistencia, Argentina*: CIMEL. 11(1).
- Csikszentmihalyi, M (1999). If we are so rich, why aren't we happy?. *American Psychologist*, 54, (10): 821-827.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Ed. Kairos, 7 ° ed. (Orig. 1990).
- Dew, T. y Huebner, E. S. (2005). *La Calidad de Vida Percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria*. Universidad de Carolina del Sur. En: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos16.htm>. Extraído el junio de 2006.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being. Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31: 103-157.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68::653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1):71-75.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal striving, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68: 926-935.

- Diener, E., y Larsen, R.J. (1993). *The subjective experience of emotional well-being*. En M. Lewis y M Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*, New York: Guilford Press.
- Diener, E, Suh, E.; Lucas, R. and Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2): 276-302.
- Diener, E, Oishi, S. & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review Psychology*, 54: 403-425.
- Diener, E. & Suh, E. M. (Eds.) (2000). *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: MIT Press. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (3): 288-290.
- Drodge, E. (1997). Parental Representations, Self-View and Interpersonal Functioning of Older Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 68.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Espada, F. J (1997). Relaciones entre Ansiedad y Depresión. *PSICOLOGIA.COM*. 1(1). Descargado el 20 de abril 2007. http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_3.htm
- Emmons, R. (1989). *The personal striving approach to personality. Goal Concepts and Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 87-126,
- Emmons, R. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, Physical Illness and psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (2): 292-300. En: <http://www.ops.org.gt/APS/APS.htm>Ginebra.
- Fernández, J.A. y Tobio, C. (1998). Las familias monoparentales en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España: *Revista Española de investigaciones Sociológicas*. En: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_083_01.PDF
- Ferran C., A; Buscarais, E., M.; Figuer R. C; González C. M.; Tey T., A.; Noguera P.E.; Rodríguez R. J. (2004). Los valores y su influencia en la satisfacción vital de los adolescentes entre los 12 y los 16 años: estudio de algunos correlatos. *Apuntes de Psicología*, 22 (1): 3-23.
- Flaquer, L. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.
- Flaquer L. (2000). *Las políticas familiares en una perspectiva comparada. Colección Estudios Sociales*. 1. Barcelona: Fundación la Caixa.

- Flaquer, L. (2003). *Las nuevas estructuras familiares*. Madrid: La factoría. 22-23.
- Fleischer, D. (2006). *Clínica de las transformaciones familiares*. Buenos Aires: Grama.
- Fleming, J.S. & Courtney, B.E. (1984). The Dimensionality of Self-Esteem: II: Hierarchical Facet Model for Revised Measurement Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (2): 404-421.
- Focus on Young Adults (1998). *Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva*. Lima: El Autor.
- Fredes, A. (1998). *Autoestima y sus efectos en el ámbito escolar*. Santiago: Ministerio de Educación. C. P. E. I. P.
- Frost, A.K. & Pakiz, B. (1990). The effects of marital disruption on adolescents: time as a dynamic. *Am J Orthopsychiatry*, 60(4):544-55.
- Gaja Jaumeandreu, R. (1996). *Bienestar, autoestima y felicidad: una guía para alcanzar la estabilidad psíquica y la madurez personal*. Barcelona: Plaza y Janés.
- García, C. V. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16 (6): 586-592.
- García Cadena, C. H. & Ramírez, E. (2006). The effect of the social identity, the political efficacy and the causal attribution on the social participation and the collective relative deprivation of poor Mexicans, en García Cadena, C. H. (compilador), *Psychosocial and Cultural Research on Poverty in Mexico*, pp.79-102. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Graeme, R. (1978). The Father Role and Its Relation to Masculinity, Femininity, and Androgyny. *Child Development*, 49 (4): 1174-1181.
- Greca (1982). The Self-Concept. *Anual Review of Sociology*, 8: 1-33.
- Greca, A.M.L. (1992) Peer influences in pediatric chronic illness: an update. *Journal of Pediatric Psychology*, 17:775-784.
- Greca, A.M.L., Auslander, W.F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E., Santiago, J. (1995). I get by with a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20: 449-476.

- González, O. G. (2001). *Organización y estructura de las nuevas realidades familiares*. Anuario de Derecho. N° 23. Extraído 26 enero 2006. En: <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/anuarioderecho/nun23/articulo3-23.pdf>
- Grant, M.T. (1988). *Impact of father absense on psychopathology of military dependent children*. Dissertation presented to the Graduate to the School of Human Behavior. United States International University. San Diego.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (1999). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and adolescence*, 29 (3), 319-335.
- Hernández, T. (2004). *Relación de ansiedad y evitación al éxito en hombres y mujeres que trabajan*. Tesis Licenciatura. Psicología. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas, Puebla. Mayo.
- Hetherington, E. M. (1973). Efectos de la ausencia del padre en el desarrollo de la personalidad adentro hijas Adolescentes. *Psicología del desarrollo*, 7(3): 313-326.
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Glendessa, M. I. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 53(2), 167-184.
- Hetherington, E. M. & Stanley-Hagan, M. (1999). The Adjustment of Children With Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective, *The Journal of Psychology and Psychiatry and Allied disciplines*, 40 (1). Londres, 129-140.
- Hilton, J. M. (2006). Loss and Depression in Cohabiting and Noncohabiting Custodial Single Parents. *The Family Journal*, University of Nevada: SAGE Publications. 14 (1): 28-40. DOI: 10.1177/1066480705282053. hilton@unr.edu.
- Horney, K. (1968). *Psicología femenina*. Buenos Aires: Psique.
- Hughes, H.M. (1984). Measures of Self-Concept and Self-Esteem for Children Ages 3-12 Years: A Review and Recommendations. *Clinical Psychology Review*, 4, 657-692.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2003). *Información sobre Matrimonios y Divorcios*. México, D.F., Cuaderno 10, 14 de febrero de 2005. En: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) (2005). *Depresión*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) (2005). *El hombre y la depresión*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>
- Isacs, M., Montalvo, B., y Abelson, D. (1986). *Divorcio difícil*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jadue J., G. (2003). *Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos*. *Estud. Pedagóg.* 29 (115-126). [29 Junio 2007]. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-
- Kalter, N. (1987). Los efectos a largo plazo del divorcio en los niños: Un modelo de desarrollo vulnerabilidad. *American Journal de Orthopsychiatry*, 57, 585-600.
- Kamerman, S. B. (2003). *Una seguridad social para todos. El bienestar de los niños, las asignaciones familiares y los servicios sociales*. Estados Unidos: Columbia University. <http://www.issa.int/pdf/sanjose03/3kamermanpdf>
- Klein, M. (1997). *The American Street Gang: Its Nature, Prevalence and Control*. New York: Oxford University Press.
- Kaslow, F. W. (1996). La Mediación en el divorcio y su impacto emocional en la pareja y sus hijos. *Revista Terapia Familiar*, 15.
- Kendler, K. S.; Gardner, Ch. O.; Prescott, Carol A. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *Am J Psychiatry*, 159:1133-1145.
- Kerlinger, F y Lee, H. (2001) *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kernaleguen, A. & Conrad, S.G. (1980). Analysis of Five Measures of Self-Concept. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 855-861.
- Koenig, H.G. (2001) Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med*, 31, 199-216.

- Kolvin, J., F. Miller, M. Fleeting, P. Kolvin (1988). Social and parenting factors affecting criminal-offense rates. Findings from the Newcastle Thousand Family Study. *British Journal of Psychiatry*, 152: 80-90.
- Lacan, J. (1975/1997). *La familia*. Buenos Aires: Argonauta.
- Laurent (1999). Nota sobre al niño. *El Analicón*. N° 3. Buenos Aires: Paradiso
- Lijtinstens, C. (2006). Conferencia sobre la familia. *Revista virtualia digital de Orientación Lacaniana*. 15. En: <http://www.eol.org.ar/virtualia/>.
- Landero, H. R. (2001). Las familias monoparentales: sus características y su tipología. *Revista de Ciencias Sociales*, 90-91: 9-23.
- Landero, H. R. (2002). Familias y familias monoparentales: su formación, diversidad y condición social. En: Raúl López, E. (ed.). *La pobreza en Monterrey: los recursos económicos de las unidades domésticas* (pp. 235-289). UANL.
- Landero, H. R. (2005). *Ruptura conyugal y monoparentalidad: Dificultades afrontadas y apoyo social*. México: Facultad de Psicología, UANL.
- Landero, H. R. y González, M. T. (2006). Apoyo Social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. México: Universidad Veracruzana. *Psicología y Salud*, 16(2): 149-157.
- Lazarus, R. S. (1976). Discussion. En G. Serban (Ed.), *Psychopathology of human adaptation*. Nueva York: Plenum.
- Lucio, E., Ampudia A. y Duran C. (1998). Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes. Edit. Manual Moderno. México.
- Lucio G. y Maqueo, E. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual moderno. 386 p.
- Lucas, R.E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminat validity of well-being measures. *Journal of Personality and social Psychology*, 71, 616-628.
- Matud, M. P.; Guerrero, K. y Matías, Roberto G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.

- McLanahan, S., Wedemeyer, N. V., & Adelberg (1981). Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and the Family*, 43(3), 601-612.
- McLanahan, S. & Bumpass, L. (1988). Intergenerational Consequences of Family Disruption. *The American Journal of Sociology*, 94 (1): 130-152.
- Miguel R. R. y Vargas R. E, (2001). *Padre ausente y las repercusiones a nivel psicológico en el niño según diversas perspectivas de análisis*. Universidad de Santiago, Chile.
- Milmaniene, J. (2004). *La función paterna*. Buenos Aires: Biblos.
- Moreno, C., Del Barrio, V. y Mestre, M. (1998). *Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes*. Universidad de Madrid. <http://www.iberpsicologia.com>. España.
- Moreno, E. (2001). *Esquizofrenia*. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida. 1 de abril de 2005. En: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>.
- Moreno, A. y Musitu, G. (2007). El ajuste en la adolescencia: la perspectiva del apoyo social. *Revista ROL de enfermería*, 30 (2): 7-12.
- Morla, R., Saad de Janon, E., Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 5(2) Myers, D.G y Diener, E. (1995). *Who is happy? Psychological Science*, 6:10-19.
- Miquel, S.; Molla, A. y Quintanilla, I. (1987). Marketing Interno y desarrollo personal. *ESIC MARKET*, 57, (julio-septiembre), 69-80.
- Murdock, G. P. (1968). The universality of the nuclear family, en Bell, N.; Vogel, E. F. (eds.). *A Modern Introduction to the Family*. New York: Free Press.
- Navarro, E., Tomás, J.M y Oliver, A. (2006). Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. *Boletín de Psicología*. 88: 7-25.
- Oishi, S. (2000) Goals as Cornerstones subjective well-being: Linking individuals and cultures. En Diener, E. y Duch, E.M.(Eds),(2000) *Culture and subjective Well-being*. Pp 87-112 , Cambridge, MA: MIT Press.
- Organización Mundial de la salud, OMS (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002. *Organización Mundial de la Salud*. Extraído en 20

de diciembre de 2006. En:
http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf.

- Palomar, J. (2000). *Percepción de la familia de origen y la familia actual en familias alcohólicas y no alcohólicas*. En *la Psicología Social en México*. 8: 60-6. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Palys, T. & Little, B. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6):121-123.
- Parmelee D. X. (1998). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Harcourt Brace.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). *Review of the Satisfaction with Life Scale*. *Psychological Assessment*, 5(2):16-172.
- Parsons, T. (1955). *Family, socialization and interaction process*. New York: The free press.
- Parsons, T. & Bales, R.F. (1955). *Family Socialization and Interaction Process*, Nueva York: Free Press.
- Parsons, T. (1972). *La estructura social de la familia*. En Fromm, E.; Horkheime, R, M.; Parsons, T. (ed.): *La Familia*. Barcelona. Península.
- Perales, A., Sogi, C y Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos Universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4): 239-246.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (2002). *Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos* *Psychopathology and classification of depressive disorders*. *Anales. Suplemento 3*. Descargado el 10 de Septiembre 2007. En:http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html.
- Perrone, R. y Nannini, M., (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*, Buenos Aires: Paídos.
- Phipps, S. (1999). *An International Comparison of Policies and Outcomes for Young Children*. Canadian Policy Research Network, Inc Ottawa, Canadá: *Renoulf Publishers*.

- Pitts, J. R. (1964). The Structural-Functional Approach. en Christensen, T. (ed.): *Handbook of Marriage and the Family*, Chicago. Rand McNally. 5-124.
- Ramírez, M. A. (2004). Conflictos entre padres y desarrollos de los hijos. *Convergencia*, 11(034): 171-182. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ramírez, M. I. y Herrera, C. F. (2004). *Autoconcepto*. Universidad de Granada: Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Ryff, C.D., & Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-727. En: Oishi S. 2000.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Show, M., Ireland, M., Bearinger, L.H., Udry, J.R. (1997). *Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*, *JAMA*, 278(10): 823-832.
- Robb, H. & Warren, R. (1990) Irrational Belief test: New insights, new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly*, 4(3), 303-311.
- Rodríguez, A. (2005). *Antropología histórica de la familia*. En: www.monografias.com/trabajos16/discurso/discurso.shtml
- Rodríguez, J. (2005). *La familia del adolescente. Una Familia Normalmente en Crisis*. En: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art2.html>
- Rolling, B.C. y Thomas, D.L. (1979). *A theory of parental power and child compliance*. En B. Honwell y D. Olson (eds.): *Power in families*. Beverly Hills. Laly, Sage Pub, 38-60.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: University Press [Traducido como: Rosenberg, M. (1979). *La autoimagen del adolescente en la sociedad*. Buenos Aires: Paidós].
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Nueva York: Basic Books.
- Ross, C. & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: control and problem solving-or support and talking? *Journal Health Social Behavior*, 30.

- Ryan, R.M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motive, social development and well-being. *American Psychologist*, 55: 68-78.
- Salvador Figueras, M. (2000): "Análisis Discriminante", En: *5campus.com, Estadística* <<http://www.5campus.com/leccion/discr>> 10 Noviembre 2007.
- Sandín, B., (1999). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed MA, Valiente RM. (1999). The PANAS scales of positive and negative affect: Factor analytic validation and cross-cultural convergence. *Psicothema*, 11: 37-51.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3): 407-441.
- Schucssler, K. F. & Fisher, G. A. (1985). Quality of life research and sociology *Annual Review of Sociology*, 11: 129-149.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1): 5-14.
- Sierra, J.C.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar, Subjetividad y fortaleza*. 1 (3) p. 10 – 59. Descargado el 16 de junio de 2006. En <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27140102.pdf>
- Simons, E.M.; Stein, M. B.; Defife, J. A.; Hilsenroth, M. J. (1996/2005). Reliability and Validity of the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) in the Assessment of Dream Narratives *Journal of Personality. Assessment Social Psychology*. 85(3): 325-333.
- Sheldon, K. M.; Ryan, R. M.; Rawsthorne, L. J. & Illardi, B. (1997). Trait self and «True» self: Cross-role variation in the Big Five personality traits and its relations with authenticity and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1380-1393.
- Base Manual del usuario (2004) SPSS 13.0. En: <http://www.spss.com/worldwide>. 10 de noviembre de 2007.
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI*, 8 (2):57– 65.

- Taylor, S. E. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez Roca.
- The Urban Institute (1997). *Fatherhood facts from a review of current research prepared for Nich Workshop "Improving. Data on Male Fertility and Family Formation"*. Washington, D.C. En: <http://www.urban.org/family/index.cfm>
- Thomas, N. (1998). *Infancia y autoestima*. Rompan filas, UNAM, año 6 (29), México. En: <http://www.unam.mx/rompan/29/t-f29c.htm/NETEL>
- Treviño, R. (2006). *Estructura y dinámica de la monoparentalidad en España*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Extraído el 5 de marzo de 2007. http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0223107-165729/rtm1de1.pdf
- Tucker B., J. (2006). *Relationship to building strong families*, University of Missouri-Kansas Cit, Extraído el 20 de Junio de 2007. En <http://www.cfw.tufts.edu/>.
- Undurraga, C. y Avendaño, C. (1998). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psyche*, 6(1): 57-63.
- Valdés, Y. (2004). *Impacto psicológico del divorcio en la mujer. Una nueva visión de un viejo problema*. Biblioteca virtual CLASCO. Extraído el Enero 23 de 2006. En: <http://168.96.200.17/ar/libros/cuba/valdes1.rtf>.
- Valle, J. (2002). Depresión con ansiedad. *Salud Mental. Revista de Salud Global*, Año II, (3). Extraído el 14 de Junio de 2007.
- Van Well, F., Linsen H. & Abma, R. (2000). The parental bond and the Well-being of adolescents and Young Adults. *Journal Youth and Adolescence*, 29(3), 307-317.
- Vera, J. y Tánori, B. (2000). Propiedades Psicométricas de un instrumento para medir Bienestar Subjetivo en población mexicana. *Apuntes de Psicología*. España: Universidad de Sevilla, 20 (1): 63-80.
- Vera, J. (2001). Bienestar Subjetivo en una Muestra de Jóvenes Universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3 (1): 11-21.
- Verbrugge, L. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and Family*, 41, 267-285.
- Victoria, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 16 (6):586-592.
- Vincent, D. (2000). *La Transferencia al Psicoanalista Como Apuntalamiento a la*

Función Paterna. Extraído el 5 de mayo 2006. En http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?rep=lee&url_article=dvincent111000En http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?rep=lee&url_article=dvincent111000

Wallerstein, J.S. (1987). Children of divorce: report of a ten-year follow-up of young children. *Am J Orthopsychiatry*, 57: 199-211

Watkins, D. & Dhawan, N. (1989). Do We Need to Distinguish the Constructs of Self-Concept and Self-Esteem?. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4 (5): 555-562.

Wells, L.E. & Marwell, G. (1976). *Self- Esteem: Its Conceptualization and Measurement*. Beverly Hills, C.A. : Sage Publicatons.

