

# INFLUENCIA DE LOS FACTORES SALUTOGÉNICOS Y PATOGÉNICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES COLOMBIANOS

Japcy Margarita Quiceno,  
Stefano Vinaccia Alpi,  
Laddy Zilena Agudelo  
y Diana Carolina González\*

## Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar las relaciones de los factores salutogénicos/patogénicos sobre la calidad de vida de 40 adolescentes escolarizados de la ciudad de Bogotá, Colombia. El diseño del estudio fue ex-post-facto correlacional transversal a través de una encuesta. Se utilizaron como instrumentos de medida la escala de resiliencia adolescente (ARS), la escala de autotranscendencia versión adolescentes (STS), la escala de satisfacción con el apoyo social (ESSS), la escala subjetiva de felicidad (SHS), la escala de optimismo/pesimismo (YLOT), el inventario de depresión infantil (CDI), el inventario infantil de estresores cotidianos (IIEC) y el cuestionario de salud y bienestar niños(as) y adolescentes (The KIDSCREEN-52). Los resultados indicaron niveles altos en los factores salutogénicos y bajos en los patogénicos y una adecuada calidad de vida. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el bienestar físico y psicológico, la relación con padres y el ambiente escolar influyen positivamente sobre las variables salutogénicas y negativamente sobre las patogénicas. En conclusión, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes puede verse vulnerada por el estrés y la depresión, mientras que la felicidad, el apoyo social y especialmente la resiliencia son variables que protegen la calidad a nivel psicosocial y emocional.

**Palabras clave:** Calidad de vida relacionada con la salud, factores salutogénicos, factores patogénicos, adolescentes.

**Key words:** Health-related quality of life, salutogenic factors, pathogenic factors, adolescent.

## Introducción

La calidad de vida -CV- hace alusión a los “aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, y abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona” (OMS, 1993). Este constructo se viene estudiando a nivel empírico de manera paulatina y sistemática desde los años 50 (S. XX). La primera etapa de

estudios se centró en analizar las relaciones entre bienes de consumo y la calidad de vida de los habitantes especialmente en los Estados Unidos. En la segunda etapa se empezaron a investigar tanto aspectos objetivos, como vivienda, trabajo, sistema educativo, salud, democracia de un país, etc., como subjetivos de la calidad de vida: como bienestar psicológico y del propio funcionamiento físico y social, la percepción subjetiva individual de la propia existencia, la satisfacción de las metas de cada persona, la autoevaluación del desarrollo del individuo en su propio sistema de valores y en las diferentes áreas de la vida y estima global de sí mismo (Goldwurm, Baruffi y Colombo, 2004).

Más adelante en los años 80 (S. XX) se empiezan a desarrollar estudios con personas adultas con diagnóstico de enfermedad o algún tipo de limita-

\*Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia Alpi, Laddy Zilena Agudelo y Diana Carolina González, Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

E-Mail:japcyps@hotmail.com

E-Mail:vinalpi47@hotmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 81-93

© 2014 Fundación AIGLÉ.

ción física. Esto origina el desarrollo y consolidación del constructo calidad de vida relacionada con la salud –CVRS (Padilla, 2005). CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional (Shumaker y Naughton, 1995).

Respecto a la infancia y la adolescencia los estudios de CVRS se empiezan a vislumbrar desde los años 60s (s XX) pero son muy pocos y aislados y realizados con muestras que tienen un diagnóstico de enfermedad, situación que sigue siendo vigente (Quiceno y Vinaccia, 2008). Quiceno (2007) define la calidad de vida infantil (CVI) como “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales”. Mientras la calidad de vida relacionada con la salud infantil (CVRSI) sería “la valoración que tiene el niño(a) y adolescente de acuerdo con su desarrollo evolutivo, sus diferencias individuales y su contexto cultural de su funcionamiento físico, psicológico y social cuando este ha sido limitado o alterado por la presencia de una enfermedad o accidente”.

Actualmente se encuentran dos líneas de investigación en el área. La primera hace referencia a estudios epidemiológicos y de validación de instrumentos de CVRSI el cual se ha desarrollado fundamentalmente en Europa (Herdman, Rajmil, Sieberer, Bullinger, y cols., 2002; Ottova, Erhart, Rajmil, Dettenborn-Betz, y Ravens-Sieberer, 2011; Tebe, Berra, Herdman, Aymerich, Alonso, y Rajmil, (2008), que han sido algunos replicados en América Latina (Urzúa y Cárdenas, 2011; Urzúa, Godoy y Oca, 2011). El segundo tipo de estudios se focaliza especialmente en los Estados Unidos donde se ha investigado la CVRSI de niños y adolescentes con diferentes tipos de enfermedades y sus relaciones con variables patogénicas como estrés, ansiedad y depresión, encontrándose que la calidad de vida se ve alterada por estos factores psico-emocionales (Arnhold-Kerri, Otto y Sperlich, 2011; Bilgiç, Bilgiç, Akiş, Eskioğlu y Kiliç, 2011; Stevanovic, Jancic y Lakic, 2011; Wakimizu, Hiraga, Furuya, Fukushima, Tsuchida, y Koike, (2011). Por otro lado, se evidencia una minoría de estudios con niños sanos a nivel educativo y con discapacidad (Gerharz, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).

Más recientemente con el auge y desarrollo de la psicología positiva se han publicado estudios sobre calidad de vida infantil y su relación con variables salutogénicas, pero siguiendo la misma línea de investigación en enfermedad crónica, véase en resiliencia (Phipps, Peasant, Barrera, Alderfer, Huang y cols., 2012), espiritualidad (Cotton, Kudel, Roberts, Pallerla, Tsevat, y cols., 2009), felicidad (Bitsko, Stern, Dillon, Russell y Laver, 2008), y optimismo (Williams, Davis, Hancock y Phipps, 2010) y apoyo social (Ross, Strachan, Russell, y Wilson, 2011), entre otras, donde se ha hallado que estas variables son protectoras de la salud física y mental en momentos de enfermedad.

En Colombia se cuenta con pocos estudios sobre calidad de vida infantil en poblaciones sanas escolarizadas, centrándose los estudios en enfermedades crónicas y validación de instrumentos (Vinaccia y Quiceno, 2012), de igual modo hay pocos estudios empíricos donde se relacionen la CVRSI con los factores salutogénicos y patogénicos véase Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) y Quiceno, Vinaccia y grupo Fundación Flor de Liz (en prensa), viéndose en estos estudios que especialmente la resiliencia como variable positiva es amortiguadora de la salud emocional y física en esta etapa de la vida.

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio ex post facto correlacional, mediante una metodología tipo encuesta, fue evaluar la influencia de los factores salutogénicos/patogénicos sobre la calidad de vida infantil de 40 adolescentes escolarizados de la ciudad de Bogotá, Colombia.

## Método

### *Participantes*

Participaron en este estudio 40 adolescentes, 20 hombres y 20 mujeres entre 12 y 16 años de edad de un colegio privado de la ciudad de Bogotá, Colombia de estrato socioeconómico medio (3 y 4) escogidos mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles (ver tabla 1.)

### *Instrumentos*

*Escala de resiliencia adolescente (Adolescent Resilience Scale, ARS):* desarrollado por Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya (2003) en Japón con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para la escala total y para las dimensiones búsqueda de la novedad de 0,79, regulación emocional de 0,77 y orientación positiva la futuro de 0,81. Esta escala fue traducida al idioma español por Restrepo (2009) y adaptada por Quiceno y Vinaccia (2010). La escala

ARS consta de 21 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (“definitivamente sí”) a 5 (“definitivamente no”) y comprende tres dimensiones: búsqueda de la novedad, regulación emocional y orientación positiva al futuro y una escala total. A mayor puntuación mayor resiliencia.

*Escala de Autotrascendencia versión adolescentes (Self-Transcendence Scale, STS)*: desarrollada originalmente por Reed (1987), con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,80 a 0,88. Se cuenta con la traducción y adaptación cultural colombiana (Quiceno y Vinaccia, 2010). La STS mide la autotrascendencia como un recurso psicosocial y espiritual importante en el desarrollo madurativo de las personas. Este cuestionario está conformado por 15 ítems y una sola dimensión con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4 puntos (1=nada a 4=mucho). Puntuaciones superiores en la escala STS indican altos niveles de autotrascendencia.

*Escala de Satisfacción con el Apoyo Social (Scale of Satisfaction with Social Support, ESSS)*: desarrollada en Portugal por Gaspar, Pais, Gaspar, Leal y Ferreira (2009) presentando niveles buenos de fiabilidad ( $\alpha$  0,70) en diferentes estudios. Se cuenta con la traducción y adaptación cultural colombiana (Quiceno & Vinaccia, 2010). Esta escala comprende 11 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 5 puntos. Tiene dos factores: 1. Aspectos positivos de satisfacción con el apoyo social, y 2. Aspectos negativos de la percepción de la necesidad de más actividades relacionadas con el apoyo social. En este estudio se trabajó solo con el factor 1. A mayor puntuación mejor percepción de apoyo social.

*Escala Subjetiva de Felicidad (Subjective Happiness Scale, SHS)*: desarrollada originalmente por Lyubomirsky y Lepper (1999) presentado muy buen nivel de fiabilidad ( $\alpha$  0,80). Se cuenta con la adaptación cultural colombiana (Quiceno y Vinaccia, 2010). Esta escala consta de 4 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7. A mayor puntuación mayor percepción subjetiva de felicidad.

*Escala de optimismo y pesimismo (The Youth Life Orientation Test, YLOT)*: desarrollada originalmente por Ey, Hadley, Allen, Palmer, Klosky y cols. (2005), con un coeficiente alfa de Cronbach de ( $\alpha = 0,78$ ). Se cuenta con la traducción y adaptación cultural colombiana (Quiceno y Vinaccia, 2010). Esta escala mide cómo ven el futuro los niños y adolescentes en cuánto qué tanto son optimistas o pesimistas. Comprende 19 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 (Falso para mí) a 3 puntos (Verdadero para mí). Contiene dos sub-escalas una para optimismo y otra para pesimismo. A mayor puntuación mejor o peor optimismo.

*Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory, CDI)*: diseñado originalmente por Kovacs (1992) en los Estados Unidos. Se cuenta con la versión en Español de Davanzo, Kerwin, Nikore, Esparza, Forness, y cols., (2004), el coeficiente alfa de Cronbach encontrado fue de 0,85. Consta de 27 ítems con un formato tipo Likert de 3 posibilidades de respuesta, 0 ausencia de síntomas, 1 síntomas moderados, 2 síntomas severos.

*Inventario infantil de estresores cotidianos (IIEC)*: desarrollado originalmente por Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, Maldonado y cols., (2009) presentando propiedades psicométricas adecuadas ( $\alpha=0,78$ ). Consta de 22 ítems en un formato tipo Likert que va de 1 (nada estresante) a 5 (muy estresante) puntos. Se cuenta con la adaptación cultural colombiana (Quiceno y Vinaccia, 2010). Comprende una escala total y tres factores que recogen estresores cotidianos relacionados con: salud, escuela y pares y familia.

*Cuestionario de salud y bienestar niños(as) y adolescentes (The KID SCREEN-52)*: la versión original fue desarrollada por Herdman y el grupo europeo KIDSCREEN (2002). Se cuenta con la versión colombiana (Colombia KIDSCREEN-52) desarrollada por Jaimes (2008). La consistencia interna de este cuestionario oscila entre 0,70 a 0,90 en sus diferentes versiones idiomáticas (Rajmil, Roizen, Urzúa, Hidalgo-Rasmussen, y cols., 2012). Este cuestionario comprende diez dimensiones que comprenden 52 ítems en una escala respuesta tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (“nunca” a “siempre”) para las dimensiones: bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, vida familiar, recursos económico, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social. Mientras que la dimensión bienestar físico tiene un sistema de respuesta tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que va de “excelente a “mala”.

### Procedimiento

Previo autorización y conocimiento de los propósitos del estudio a los representantes legales de la institución educativa y de los padres o acudientes de los estudiantes, se prosiguió con una presentación de la investigación a los adolescentes que tuvieron los permisos de sus padres a través de la firma de consentimiento informado. Luego en un aula de clase de la institución educativa destinada para el estudio se reunieron a los estudiantes para la firma del consentimiento informado de manera libre y voluntaria y quienes decidieron participar en la investigación completaron individualmente los protocolos psicométricos y la ficha de datos sociodemográficos. Los estudiantes contaron además

con la supervisión de los investigadores a cargo en caso de requerir su apoyo. La duración aproximada en la aplicación de pruebas fue de una hora y media. Se aclaró tanto a los padres de familia como a los adolescentes que cuando lo consideraran pertinente podrían retirarse de la investigación sin que esto afectara su proceso académico.

## Resultados

A continuación se presentan los análisis estadísticos del estudio. Para el análisis descriptivo de las variables edad, resiliencia, autotrascendencia, apoyo social, felicidad, optimismo/pesimismo, depresión, estrés y calidad de vida infantil se utilizó como medida de tendencia central la media. Así mismo, se calculó la desviación típica (D.T) y las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) de las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados. Y respecto a las variables nominales (sexo, escolaridad, con quién vive el adolescente y tipo de enfermedad), discretas (número de hermanos) se emplearon porcentajes. Se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad de los instrumentos psicométricos del estudio. Para el análisis correlacional de las diferentes dimensio-

nes de los cuestionarios utilizados (ARS, STS, ESSS, SHS, YLOT, CDI, IIEC y KIDSCREEN-52) se calculó el Coeficiente  $r$  de Pearson. Por último, se empleó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar el peso de las variables predictoras como resiliencia, autotrascendencia, apoyo social, felicidad, optimismo/pesimismo, depresión, estrés sobre la calidad de vida infantil (variable criterio).

### *Descripción de la muestra según las características sociodemográficas*

En la tabla 1 se puede apreciar que en el estudio participaron adolescentes entre los grados 6º a 11º donde hubo igual frecuencia de hombres y mujeres, con una edad media de 13 años y cinco meses. La mayoría de los adolescentes viven con sus padres y hermanos (60,0%) y en segundo orden con la madre cabeza de familia y hermanos (20,0%) donde el número de hermanos fluctúa entre 1 (42,5%) y 2 (20,0%). La mayoría de los adolescentes no reportan tener un diagnóstico de enfermedad (90,0%).

### *Análisis descriptivo según las variables psicológicas del estudio*

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n=40)**

	n. (%)		n. (%)
Sexo		Edad	
Hombre	20 (50,0%)	Media (D.T)	13,5 (1,6%)
Mujer	20 (50,0%)	Rango (Mín.-Máx.)	10-16
Con quien vive		Número de hermanos	
Padres y hermanos	24 (60,0%)	0	6 (15,0%)
Papá y hermanos	1 (2,5%)	1	17 (42,5%)
Mamá y hermanos	8 (20,0%)	2	8 (20,0%)
Padres y soy único hijo	6 (15,0%)	3	6 (15,0%)
Papá y soy único hijo	1 (2,5%)	4	3 (7,5%)
Grado de escolaridad		Tipo de enfermedad	
Sexto	10 (25,0%)	Otitis crónica	1 (2,5%)
Séptimo	8 (20,0%)	Cataratas	1 (2,5%)
Octavo	6 (15,0%)	Disminución auditiva y visual	1 (2,5%)
Noveno	9 (22,5%)	Hipertiroidismo	1 (2,5%)
Décimo	7 (17,5%)	Sin diagnóstico de enfermedad	36 (90,0%)

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo

Se presenta en la tabla 2 los datos descriptivos de las variables psicológicas y el alfa de Cronbach de los instrumentos empleados. Hallándose a nivel general de aceptable a muy buena fiabilidad en las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados en el estudio, a diferencia de la escala total de resiliencia, la escala de felicidad y la sub-escalas de estrés y de bienestar físico de la CVRSI.

A nivel general, respecto a la escala de resiliencia ARS se aprecia que la dimensión orientación positiva al futuro tuvo los niveles promedios más altos respecto a las demás dimensiones de ARS como Búsqueda de la novedad, Regulación emocional y la escala total.

En lo que respecta a las escalas de autotrascendencia, satisfacción con el apoyo social y felicidad se aprecia que los niveles medios e encuentran cercanos al rango máximo de la escala. Por otro lado, en cuanto a la escala de orientación de vida se evidencia que los niveles de optimismo son muy superiores respecto a los niveles medios de pesimismo. En relación al inventario infantil de estresores cotidianos se aprecian puntuaciones medias bajas a nivel de salud, escuela/pares y familia y la escala total. De acuerdo al inventario de depresión infantil se aprecia puntuaciones medias bajas respecto a los puntos de corte de la escala para diagnosticar síntomas de depresión.

En cuanto al cuestionario de calidad de vida infantil se aprecia que la dimensión amigos y apoyo social y bienestar psicológico tuvieron las puntuaciones medias más altas entre las demás dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-52 y las puntuaciones medias más bajas se encontraron en las dimensiones estado de ánimo y aceptación social. El resto de dimensiones tuvo puntuaciones medias.

#### *Análisis de correlación*

En la tabla 3 se presentan los resultados del análisis de correlación de Pearson donde hubo correlación estadísticamente significativa a nivel de 0,01 y 0,05 entre algunas de las variables del estudio. De acuerdo con la escala de resiliencia RS se aprecian correlaciones negativas y positivas moderadas entre resiliencia total con depresión (-0,477), felicidad (0,436) y con las dimensiones de calidad de vida relación padres/vida familiar (0,518) y ambiente escolar (0,669) hallándose en esta última una correlación positiva alta. De igual modo se observa correlaciones negativas y positivas moderadas entre la dimensión regulación emocional con el factor familiar del IIEC (-0,454), y con bienestar físico (0,426), bienestar psicológico (0,573), estado de ánimo (0,483) y ambiente escolar (0,530) de la escala de

calidad de vida; y entre orientación positiva al futuro con depresión (-0,445).

Respecto al inventario de depresión infantil CDI hubo correlaciones positivas y negativas moderadas con la escala total del IIEC (0,427), el factor familiar del IIEC (0,493), autotrascendencia STS (-0,568) y con las dimensiones del cuestionario de calidad de vida bienestar físico (-0,415), estado de ánimo (-0,500), relación padres/vida familiar (-0,467), ambiente escolar (-0,422) y bienestar psicológico (-0,698) donde hubo en esta última una correlación positiva alta.

En cuanto al inventario infantil de estresores cotidianos - IIEC se aprecian correlaciones negativas moderadas entre la escala total y el factor escuela/pares del IIEC con autotrascendencia STS y ambiente escolar de calidad de vida; entre el factor escuela/pares del IIEC con las dimensiones de calidad de vida bienestar psicológico, estado de ánimo y relación padres/vida familiar y entre el factor familiar del IIEC con autotrascendencia.

Respecto a la escala de autotrascendencia STS hubo correlaciones positivas moderadas con bienestar físico, bienestar psicológico y relación padres/vida familiar de calidad de vida. De otro lado la dimensión pesimismo de la escala orientación de vida YLOT tuvo una correlación negativa moderada con aceptación social del cuestionario de KIDSCREEN-52.

En cuanto a la satisfacción con el apoyo social-ESSS hubo correlaciones positivas moderadas con autonomía y relación padres/vida familiar de calidad de vida. Y por último la felicidad tuvo una correlación positiva moderada con relación padres/vida familiar del KIDSCREEN-52.

#### *Análisis de regresión lineal múltiple*

En relación a los modelos finales de regresión lineal múltiple se encontró que la dimensión bienestar psicológico de CVRSI presentó un coeficiente de determinación  $R^2c=0,57\%$ , explicado negativamente por la variable depresión del cuestionario CDI ( $\beta = -0,58$ ;  $t = -0,886$ ;  $p = 0,000$ ) y positivamente por la variable regulación emocional de resiliencia ( $\beta = 0,353$ ;  $t = 3,087$ ;  $p = 0,004$ ).

Por otro lado, se encontró que la dimensión relación con padres y vida familiar de CVRSI mostró un coeficiente de determinación  $R^2c=0,50\%$ , explicado positivamente por la variable satisfacción con el apoyo social de la escala ESSS ( $\beta = 0,499$ ;  $t = 4,359$ ;  $p = 0,000$ ) y resiliencia ( $\beta = 0,491$ ;  $t = 4,289$ ;  $p = 0,000$ ).

Además se halló que la dimensión ambiente escolar de CVRSI presentó un coeficiente de determi-

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas del estudio

	MEDIA	D.T	MÍNIMO	MÁXIMO	ALFA
<b>Resiliencia - ARS</b>					
Búsqueda de la novedad	3,78	0,66	2	5	0,68
Regulación emocional	3,60	0,67	2	5	0,64
Orientación positiva al futuro	4,68	0,47	4	5	0,63
Resiliencia Total	3,90	0,38	3	5	0,58
<b>Autotrascendencia -STS</b>					
Autotrascendencia -STS	51,75	4,91	41	60	0,70
<b>Satisfacción con el apoyo social- ESSS</b>					
Satisfacción con el apoyo social- ESSS	25,45	3,58	15	30	0,60
<b>Felicidad- SHS</b>					
Felicidad- SHS	5,88	0,85	4	7	0,54
<b>Orientación de vida - YLOT</b>					
Optimismo	15,28	2,34	9	19	0,60
Pesimismo	5,05	3,40	0	13	0,63
<b>Depresión - CDI</b>					
Depresión - CDI	8,05	4,66	0	22	0,74
<b>Estresores cotidianos -IIEC</b>					
Salud - IIEC	2,26	0,71	1	4	0,58
Escuela/Pares- IIEC	2,09	0,67	1	4	0,56
Familiar - IIEC	2,21	0,72	1	4	0,64
Estrés total - IIEC	2,8	0,60	1	3	0,82
<b>Calidad de vida infantil - KIDSCREEN-52</b>					
Bienestar físico	48,06	8,22	31	59	0,52
Bienestar psicológico	56,79	11,03	33	70	0,85
Estado de ánimo	43,47	10,54	24	63	0,82
Autopercepción	48,24	8,89	25	71	0,62
Autonomía	48,43	10,62	22	68	0,77
Relación con padres y vida familiar	50,53	11,55	32	69	0,83
Recursos económicos	51,13	9,61	32	65	0,89
Amigos y apoyo social	60,23	9,37	42	73	0,79
Ambiente escolar	50,90	9,09	29	73	0,80
Aceptación social	46,29	10,84	21	59	0,79

Nota: D.T= Desviación Típica

Tabla 3. Análisis de correlación de Pearson de las variables psicológicas del estudio

	CDI	IIEC	STS	SHS	KIDSCREEN-52 - Calidad de vida							
	Depresión	Estresores cotidianos - Total	Familiar - IIEC	Autotrascendencia	Felicidad	Bienestar Físico	Bienestar Psicológico	Estado de ánimo	Autonomía	Relación Padres y vida familiar	Ambiente escolar	Aceptación social
Resiliencia Total	-0,477**				0,436**					0,518**	0,669**	
Regulación emocional		-0,454**				0,426**	0,573**	0,483**			0,530**	
Orientación positiva al futuro	-0,445**									-0,467**	-0,422**	
Depresión		0,427**	0,493**	-0,568**		-0,415**	-0,698**	-0,00**			-0,405**	
Estresores cotidianos - Total			-0,519**							-0,388*	0,465**	
Escuela/Pares - IIEC			-0,477**				-0,361*	-0,354*				
Familiar - IIEC			-0,533**									
Autotrascendencia						0,442**	0,509**			0,434**		
Orientación de vida: Pesimismo									0,454**			-0,430**
Satisfacción apoyo social- ESSS										0,525**		
Felicidad										0,500**		

\*\*p < 0,01, dos colas \*p < 0,05, dos colas.

nación  $R^2c=0,53\%$ , explicado positivamente por la variable resiliencia ( $\beta = 0,553$ ;  $t = 4,713$ ;  $p = 0,000$ ) y regulación emocional de resiliencia ( $\beta = 0,341$ ;  $t = 2,906$ ;  $p = 0,006$ ).

## Discusión

Participaron en este estudio 40 adolescentes entre 12 y 16 años de edad de un colegio de clase media donde la mayoría viven con padres y tiene entre 1 y 2 hermanos.

Los instrumentos empleados en la investigación, aunque la muestra de estudio fue pequeña, mostraron un buen nivel de fiabilidad en casi todos sus dimensiones. Sería importante, en estudios futuros, seguir evaluándolos psicométricamente para analizar el comportamiento de estos en nuestro medio, especialmente la escala de felicidad. Es de anotar que todos los instrumentos utilizados en este estudio fueron aplicados por primera vez en muestras colombianas de adolescentes sanos, con excepción de la escala KIDSCREEN-52 de calidad de vida de la cual se cuenta con una adaptación cultural (Jaimes, 2008), la escala resiliencia donde se tiene algunas caracterizaciones más no validaciones con muestras de adolescentes escolarizados (Quiceno y cols., en prensa; Restrepo, Vinaccia, y Quiceno, 2011), igual que el inventario de depresión infantil CDI (Gómez, Alvis y Sepúlveda, 2003; Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006).

A nivel descriptivo los resultados indican que los adolescentes de este estudio tienen una adecuada resiliencia, donde hay cierto interés hacia una amplia variedad de eventos y cierta compostura y control de sus emociones internas, pero sobre todo con un fuerte interés por tener metas hacia el futuro. Estos datos son superiores respecto al estudio original de Oshio y cols. (2003) en regulación emocional (media=3,60 vs. 3,23), orientación positiva al futuro (media=4,68 vs. 3,52) y resiliencia total (media=3,90 vs. 3,48) a diferencia de búsqueda de la novedad (media=3,78 vs. 3,78) que tienen puntuaciones medias iguales. De igual modo son ligeramente superiores los resultados de este estudio en resiliencia respecto a la investigación de Restrepo y cols. (2011) en un colegio público de la ciudad de Medellín, Colombia en la dimensión búsqueda de la novedad (media=3,78 vs. 3,41), regulación emocional (media=3,60 vs. 3,32), orientación positiva al futuro (media=4,8 vs. 4,42) y resiliencia total (media=3,90 vs. 3,57).

En lo que respecta a la autotranscendencia que es un recurso psicosocial y espiritual en el desarrollo madurativo de las personas (Reed, 1987) los adolescentes de este estudio reportaron ser muy autotranscendentes. Es decir, buscan respuestas más allá

de sus límites humanos y empiezan a percatarse, a dar valor y significado a las cosas sencillas de la vida como utilizar la reflexión para identificar las potencialidades personales, encontrar un propósito en la vida y ver el lado positivo de la situación presente para afrontar las situaciones de su diario vivir, aceptan el proceso de convertirse en adultos y los cambios de su cuerpo, tienen actividades de disfrute y metas hacia un futuro, tienen interés por aprender, ayudar y compartir sus habilidades personales con los demás y dejar que otros les ayuden, le encuentran sentido a las creencias espirituales, aceptan que en la vida hay problemas inevitables y buscan y disfrutan de la paz interior. Al respecto son pocos los estudios sobre la espiritualidad en la adolescencia y hay poco consenso en la comunidad científica acerca de la naturaleza y el alcance de esta dimensión de la vida en esta etapa (Roehlkepartain, Benson, Ebstyn-King y Wagener, 2005). Gran parte de la investigación se ha focalizado en el estudio de la espiritualidad de adolescentes que tienen un diagnóstico de enfermedad, encontrándose que esta tiene un efecto positivo para el bienestar psicológico (Hendricks-Ferguson, 2006). De igual modo en población adolescentes no clínica se ha hallado que la espiritualidad tiene una cualidad positiva, ayuda a hacer frente a situaciones difíciles de la vida y promueve la transformación del comportamiento cívico, es decir, promueve conductas pro sociales (Roehlkepartain y cols., 2005) lo que es afín a lo hallado en estudios con población adulta (Quiceno y Vinaccia, 2009).

En lo que respecta al apoyo social se aprecia que los adolescentes se encuentran satisfechos con la cantidad de amigos y tiempo que pasan con ellos como de las actividades que se derivan de su relación, de igual modo se sienten contentos con la relación y cantidad de tiempo que comparten con su familia y perciben que en momentos de dificultad tienen varias personas con quienes pueden contar.

A diferencia de este estudio Gaspar y cols. (2009) encontraron que los sujetos de estrato social económico medio-alto no tenían mayor satisfacción con el apoyo social. Además los hombres tenían menos valoración de la satisfacción con el apoyo social respecto a las mujeres. Otros estudios plantean que los adolescentes tienen mayor necesidad de actividades de conexión de soporte social lo que los hace más selectivos para escoger sus pares por la necesidad de autonomía y crecimiento personal (Colarossi, 2001; Colarossi y Eccles, 2003; Gecková, Dijk, Steward, Groothoff y Post, 2003).

Por otro lado, los adolescentes de este estudio dicen sentirse felices, es decir, perciben la presencia de emociones positivas y satisfacción por la vida. Estos datos son afines a otros estudios colombianos



con muestras de adultos que reportan que esta población se percibe y siente feliz independientemente de los acontecimientos que les sucedan (Cruz y Torres, 2006; Sinisterra, 2007), de igual modo Hernangómez, Vázquez, y Hervás, (2009) argumentan que los niveles de felicidad en adolescentes no difieren de los estudios con muestras de adultos. De otro lado, los resultados de esta investigación son superiores a los reportados por Vera-Villaruel, Celis-Atenas y Córdova-Rubio (2011) en un estudio con adolescentes chilenos (media =5,88 vs. 4,90).

Siguiendo por esta línea se aprecia además que los adolescentes de esta investigación tuvieron niveles ligeramente mayores en la orientación de vida respecto al estudio original de Ey y cols. (2005) donde en ambos estudios las puntuaciones medias de optimismo (media=15,3 vs. 14,4) fueron superiores a las de pesimismo (media=5,1 vs. 5,9). Es decir, estos adolescentes tienen sentimientos de esperanza frente a una variedad de situaciones las cuales deben afrontar, tienen la expectativa que cada día sea mejor, sus pensamientos son optimistas en medio de situaciones difíciles y de incertidumbre considerando que tendrán más cosas buenas que malas y tienen planes para divertirse cada día. De igual modo, respecto a la depresión infantil no se hallaron niveles clínicamente significativos en este estudio de acuerdo a los puntos de corte de 17 puntos según Doménech, Subira, Comellas y Cuxart, (1995) y por Craighead, Curry, J. y Curryllardi (1995) y de 19 puntos de la autora del inventario de depresión infantil de Kovacs (1992). Encontrándose en este estudio puntuaciones medias más bajas (media=8,05) que los estudios de Vinaccia y cols. (2006) en estudiantes del oriente antioqueño (media=10,52), el de Gómez y cols. (2003) con estudiantes de la ciudad de Medellín (media=7,94) y el de Restrepo y cols. (2011) con estudiantes de un colegio público de la ciudad de Medellín (media=9,39).

En cuanto a los estresores cotidianos los adolescentes de este estudio perciben que tiene un poco de estrés en diferentes áreas. A nivel de salud perciben que se enferman poco y que tienen poca presencia de cansancio, fatiga, inapetencia, dolor de cabeza, náuseas, insomnio, inquietud motora y que la apariencia física no es una preocupación. A nivel escolar lo que es el rendimiento académico, la capacidad de concentración, la relación con los pares, las demandas escolares por parte de padres como las actividades extraescolares no son estresores significativos, igualmente tienen poca presencia de pesadillas y miedos. Y respecto al ambiente familiar perciben relaciones estables con sus padres, se sienten acompañados por ellos y visitan con frecuencia sus familiares y los problemas económicos no son muy relevantes. Al respecto en un estudio

realizado por Escobar, Fernández-Baena, Miranda, Trianes y Cowie (2011) se encontró niveles bajos de estrés diario. Por el contrario a los resultados de este estudio, se ha encontrado en otras investigaciones que altos niveles de estrés puede llevar a consecuencias negativas a nivel emocional e incluso a psicopatología infantil (Valencia, 2012). Otros estudios han reportado como factores de estrés infantil que amenazan la salud y el desarrollo del adolescente: la enfermedad, la preocupación por la imagen corporal, problemas académicos y bullying, problemas con los iguales y conflictos de relación en la familia y crisis económicas (Trianes y cols., 2009).

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud los adolescentes tienen una percepción adecuada dentro de los límites normales de acuerdo a la etapa de su desarrollo evolutivo de su bienestar físico y psicológico, de su autopercepción, autonomía, relación con sus padres y vida familiar, recursos económicos, ambiente escolar y aceptación social. Aunque es de resaltar que los adolescentes percibieron como muy relevante la relación con sus amigos y el apoyo social, de otro lado se aprecian fluctuaciones en el estado de ánimo por la presencia de emociones negativas. Los resultados de este estudio son similares a un estudio realizado por Quiceno y cols. (en prensa) con estudiantes de colegios públicos de la ciudad de Bogotá, Colombia, respecto a las dimensiones de calidad de bienestar psicológico (media=56,79 vs. 58,06), estado de ánimo (media=43,47 vs. 43,18), autopercepción (media=48,24 vs. 5,74), autonomía (media=48,43 vs. 49,04), relación con padres y vida familiar (media=50,53 vs. 50,44) y ambiente escolar (media=50,90 vs. 51,79), mientras que se perciben diferencias en cuanto a las dimensiones de bienestar físico (media=48,06 vs. 53,71), recursos económicos (media=51,13 vs. 43,87), amigos y apoyo social (media=60,23 vs. 55,41), y aceptación social o bullying (media=46,29 vs. 40,82).

En cuanto a los análisis de correlación se aprecia que la resiliencia y más específicamente la orientación positiva al futuro de resiliencia se asocia negativamente con la depresión. Además la resiliencia se relaciona positivamente con felicidad y la relación padres y vida familiar de CVRSI. Más concretamente la regulación emocional de resiliencia presenta una relación inversamente proporcional con la familia como factor de estrés, mientras que la regulación emocional de resiliencia se asocia positivamente con bienestar físico y psicológico, el estado de ánimo y el ambiente escolar de CVRSI.

Así mismo, la depresión infantil se asocia positivamente con los estresores cotidianos y más específicamente con la familia como factor de estrés, mientras que la autotrascendencia, y la CVRSI a nivel de

bienestar físico y psicológico, el estado de ánimo, la relación padres y vida familiar, el ambiente escolar se relaciona negativamente con el estrés cotidiano.

La autotrascendencia se asocia positivamente con bienestar físico y psicológico y la relación padres y vida familiar de CVRSI. Mientras que el pesimismo se relaciona negativamente con aceptación social o bullying de CVRSI. En lo que corresponde con el apoyo social se relaciona positivamente con el desarrollo de la autonomía y relación padres y vida familiar de CVRSI. Igual que la felicidad se asocia positivamente con relación padres y vida familiar de calidad de vida.

Respecto a los factores salutogénicos y patogénicos que mayor influencia positiva y negativa tienen sobre la CVRSI a nivel de *bienestar psicológico* son la depresión y la regulación emocional de resiliencia, a nivel de *relación con padres y vida familiar* son el apoyo social de la escala ESSS y la resiliencia y a nivel de *ambiente escolar*, son la resiliencia y la regulación emocional de resiliencia. Al respecto, en estudios se ha encontrado que la resiliencia promueve el vínculo con los profesores y la escuela, promueve el desarrollo psicossocial y social del adolescente, además la resiliencia facilita el desarrollo de competencias a nivel cognitivo, emocional, moral, social, comportamental, de autoeficacia, espiritualidad y una clara identidad positiva. A nivel familiar la resiliencia se asocia con bajos niveles de conflictos intrafamiliares y relaciones cálidas entre sus miembros (Lee, Cheung y Kwong, 2012). Se ha encontrado además que la satisfacción con el apoyo social está asociada con una mejor calidad de vida ya que posibilita la adaptación a los cambios y dificultades que se puedan presentar a nivel familiar en cuanto a conexión, separación y apoyo (Gaspar y cols., 2009). Igualmente se ha hallado que los síntomas de depresión aminoran el bienestar psicológico de la calidad de vida en los adolescentes (Restrepo y cols., 2011).

Para finalizar, los resultados de esta investigación de tipo exploratoria tienen, por un lado limitaciones estrechamente ligadas al tamaño y el estrato socioeconómico de la muestra, y por el otro, a los instrumentos psicométricos del estudio que, a pesar de haber tenido a nivel general buenos niveles de coeficiente alfa de Cronbach, no están validados psicométricamente en la población Colombiana. Por otro lado, sería pertinente replicar este estudio en otras regiones colombianas considerando el estrato socioeconómico y el género para analizar si los resultados encontrados en este estudio tienen algún nivel de generalización para la población de adolescentes Colombianos. Estas inquietudes proponen el desarrollo de nuevas líneas de investigación que estudien las fortalezas personales de los adolescentes

y su relación con la calidad de vida infantil y sería además la oportunidad para el desarrollo de futuros programas de intervención focalizados en la psicología positiva para adolescentes.

A modo de conclusión podríamos decir que la resiliencia es una de las variables más influyentes de la CVRSI a nivel de bienestar psicológico, relación padres y vida familiar y ambiente escolar que promueve, amortigua y protegen la salud psico-emocional y social del adolescente lo que es afín con otros estudios colombianos (Quiceno y cols., en prensa).

## BIBLIOGRAFÍA

- Arnhold-Kerri, S., Otto, F. y Sperlich, S. (2011). Relationship between family stressors, personal resources of mothers and health-related quality of life of their children. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(9-10), 405-411.
- Bilgiç, O., Bilgiç, A., Akiş, H.K., Eskioglu, F. y Kiliç, E.Z. (2011). Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Clinical and Experimental Dermatology*, 36(4), 360-365.
- Bitsko, M.J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E.C. y Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(3), 613-619.
- Colarossi, L. y Eccles, S. (2003). Differential effects of support on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27(1), 19-30.
- Colarossi, L. (2001). Adolescents gender differences in social support: structure, functions and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233-241.
- Cotton, S., Kudel, I., Roberts, Y. H., Pallerla, H., Tsevat, J., Succop, P., y cols. (2009). Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *The Journal of Adolescent Health*, 44(5), 485-492.
- Craighead, W., Curry, J. y Llardi, S. (1995). Relationship of children depression inventory. *Psychological Assessment*, 7, 171-176.
- Cruz, J. y Torres, J. (2006). ¿De qué depende la satisfacción subjetiva de los colombianos? *Cuadernos de Economía*, 45, 131-154.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. y Murelle, L. (2004). Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and humane development*, 35, 75-92.

- Doménech, E., Subira, S., Comellas, M.J. y Cuxart, E. (1995). *Children emotional disturbances in a sample of adolescents between 13 -14 years.*, 4<sup>th</sup>. European Congress of Psychology. Atenas
- Escobar, M., Fernández-Baena, F. J., Miranda, J., Trianes, M.V. y Cowie, H. (2011). Low peer acceptance and emotional/behavioural maladjustment in school children: Effects of daily stress, coping and sex. *Anales de Psicología*, 27(2), 412-417.
- Ey, S., Hadley, W., Allen, D. N., Palmer, S., Klosky, J., Deptula, D., y cols. (2005). Thomas J, A new measure of children's optimism and pessimism: the youth life orientation test. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(5), 548-558.
- Gaspar, T., Pais, J.L., Gaspar, M., Leal, I. y Ferreira, A. (2009). Psychometric Properties of a Brief Version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for Children and Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 360-372.
- Gecková, A., Dijk, J., Steward, R., Groothoff, J. y Post, D. (2003). Influence of social support on health among gender and socioeconomic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*, 13(1), 44-50.
- Gerharz, E.W. (1997). Quality of life research in children: fashion or future?. *ialogues in Pediatric Urology*, 20, 1-2.
- Goldwurm, G.F., Baruffi, M. y Colombo, F. (2004). *Qualità Della vita e benessere psicologico*. Milano: McGraw-Hill.
- Gómez, I., Alvis, A., y Sepulveda, M.F. (2003). *Características Psicométricas del instrumento Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín*. En PSICOG (Eds.), *Investigaciones de psicología clínica- cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín*: U. de A.
- Hendricks-Ferguson, V. (2006). Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among adolescents with cáncer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), 189-199.
- Herdman, M., Rajmil, L., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Power, M., Alonso, J. y the European KIDSCREEN and DISABKIDS groups (2002). Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study. *Acta Paediatrica*, 91 (12), 1385-1390.
- Hernangómez, L., Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). El paisaje emocional a lo largo de la vida. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del Bienestar* (pp. 143-179). Madrid: Alianza.
- Jaimes, M. L. (2008). *Adaptación cultural a la población escolar colombiana del KIDSCREEN y del VSP-A, instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños(as) y adolescentes* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Alicante, Alicante.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depresión Inventory CDI* (manual). Toronto: multihealth systems.
- Lee, T.Y., Cheung, C.K. y Kwong, W.M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal*, doi:10.1100/2012/390450.
- Lyubomirsky, S., y Lepper, H.S. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155.
- Organización Mundial de la Salud -OMS. (1993). *WHOQOL-Study Protocol: the development of Word Health Organization Quality of Life assessment instrument* (Publication MNH/PSF/93.9). Ginebra, Suiza: División de Salud Mental.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. y Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Ottova, V., Erhart, M., Rajmil, L., Dettenborn-Betz, L. y Ravens-Sieberer, U. (2011). Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. *Quality of Life Research*. DOI 10.1007/s11136-011-9922-7
- Padilla, G.V. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Phipps, S., Peasant, C., Barrera, M., Alderfer, M.A., Huang, Q. y Vannatta, K. (2012). Resilience in children undergoing stem cell transplantation: results of a complementary intervention trial. *Pediatrics*, 129(3), 762-770.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 33-44.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2009). La Salud en el marco de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad. *DIVERSITAS: Perspectivas en psicología*, 5(2), 321-336.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2010). *Psicología Positiva e infancia: análisis exploratorio de instrumentos*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Quiceno, J. M. (2007). *Calidad de vida infantil*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.

- Quiceno, J. M., Vinaccia, S. y Grupo Fundación Flor de Liz (en prensa). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Revista Terapia Psicológica*.
- Rajmil, L., Roizen, M., Urzúa, A., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., Dapueto, J. J. y the Working Group on HRQOL in Children in Ibero-America (2012). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value in Health*, 15, 312-322.
- Reed, P.G. (1987). Constructing a conceptual framework for psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25(2), 24-28.
- Restrepo, C. (2009). *Anteproyecto de investigación: Evaluación de la calidad de vida, la resiliencia y la depresión en adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín (Manuscrito no publicado)*. Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Restrepo, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2011). RESILIENCIA Y DEPRESIÓN: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Roehlkepartain, E.C., Benson, P.L., Ebstyn-King, P. y Wagener, L. (2005). The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence. In E. C. Roehlkepartain, P.L. Benson, P. Ebstyn-King y L. Wagener (Eds.). *Spiritual development in childhood and adolescence: moving to the scientific mainstream*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications
- Ross, S.C., Strachan, J., Russell, R.K. y Wilson, S. L. (2011). Psychosocial functioning and health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 53(5), 480-488.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Shumaker, S.A. y Naughton, M.J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In S.A. Shumaker y R. Berzon (Eds.), *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford, U.K.: Rapid Communication of Oxford.
- Sinisterra, D. (2007). Colombian happiness: A look at life satisfaction and explanatory style (Disertación Doctoral no publicada). Florida, EE.UU.: Atlantic University
- Stevanovic, D., Jancic, J. y Lakic, A. (2011). The impact of depression and anxiety disorder symptoms on the health-related quality of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia*, 52(8), 75-78.
- Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J. y Rajmil, L. (2008). Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Medicina Clínica*, 130(17), 650-654.
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., Fernández, F.J., Escobar, M., Maldonado, E.F. y Muñoz, A.M. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21(4), 598-603.
- Urzúa, A. y Cárdenas, M. (2011). Salud en la adolescencia: propiedades psicométricas del perfil de salud y enfermedad (CHIP-AE) en adolescentes chilenos. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 24(3), 254-263.
- Urzúa, A., Godoy, J. Oca, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310.
- Valencia, A. I. (2012). Estrés y salud en la infancia: de las enfermedades crónicas al bienestar integral. En S. Galán y E. J. Camacho (Eds.), *Estrés y salud investigación básica y aplicada*. México, D. F.: Manual Moderno
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K. y Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 29(1), 127-133.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C. y Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Children Depression Inventory" -CDI-. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 2(2), 217-227.
- Wakimizu, R., Hiraga, N., Furuya, K., Fukushima, T., Tsuchida, M. & Koike, K. (2011). Depression and health-related quality of life after discharge and associated factors in childhood cancer patients in Japan. *Bioscience Trends*, 5(6), 264-272.
- Williams, N.A., Davis, G., Hancock, M. y Phipps, S. (2010). Optimism and pessimism in children with cancer and healthy children: confirmatory factor analysis of the youth life orientation test and relations with health-related quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 672.

Recibido: 13-8-12

Aceptado: 9-3-13

**Abstract:** The aim of this study was to evaluate the relationship of the factors salutogenic/pathogenic on the health-related quality of life in 40 adolescent students in Bogotá, Colombia. The study design was co relational ex post facto cross. The instruments used were: adolescent resilience scale ARS, self-transcendence scale STS, scale of satisfaction with social support ESSS, subjective happiness scale SHS, the youth life orientation test YLOT, children's depression inventory CDI, the KIDSCREEN-52. The results indicated high levels in salutogenic factors and low levels in pathogenic ones and an adequate quality of life. The multiple linear regression analysis showed that the physical and psychological, relationship with parents and school environment variables influence positively on salutogenic variables and negatively on pathogenic ones. In conclusion, the perceived the health-related quality of life in adolescents can be impaired by stress and depression, while happiness, social support and resilience are variable especially protecting the quality psychosocial and emotional level.