

Universidad de Sonora
División de Ciencias Sociales
Doctorado en Psicología



**Factores protectores y de riesgo que predicen la calidad de vida y el
bienestar en los adolescentes**

Protocolo Doctoral

Presenta

Edgar Rene Valenzuela Hernández

Tutor:

Dr. José Concepción Gaxiola Romero

Hermosillo, Sonora, Marzo 2020

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”



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

Hermosillo, Sonora a 12 de Marzo de 2020

Dr. César Octavio Tapia Fonllem
Coordinador del Doctorado en Psicología
División de Ciencias Sociales
Universidad de Sonora

Con la presente me permito informar a Usted que el trabajo de tesis de doctorado titulado “Factores protectores y de riesgo que predicen la calidad de vida y el bienestar en los adolescentes” que fue desarrollado por la estudiante del Posgrado en Psicología Edgar Rene Valenzuela Hernández cumple con los requisitos teóricos-metodológicos de un trabajo de investigación nivel doctorado y cuenta con el decoro académico suficiente para ser presentado en su examen de defensa de grado.

Agradeceremos se proceda a hacer las gestiones administrativas conducentes para la programación del acto protocolario correspondiente.

Sin otro particular de momento, nos es grato saludarle.

Cordialmente

Dr. José Concepción Gaxiola Romero
Director de tesis
Universidad de Sonora

Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz
Co-director(a) de tesis
Universidad de Sonora

Dra. Raquel García Flores
Lector externo
Instituto Tecnológico de Sonora

Dra. Nadia Saraí Corral Frías
Lector interno
Universidad de Sonora

Dra. Martha Frías Armenta
Lector interno
Universidad de Sonora

DEDICATORIA

A Dios, porque todo lo puedo en Cristo que me fortalece.

Filipenses 4:13

Agradecimientos

Primeramente, a **Dios**, por iluminar cada paso en mi camino, por la dicha de la vida y la gracia de permitirme culminar este proyecto en compañía de mis seres queridos. “Porque de Él, por Él y para Él son todas las cosas. A Él sea la gloria para siempre. Amén” Romanos 11:36.

A mi familia, que con esfuerzo y dedicación han forjado los cimientos que me mantienen hoy en esta instancia, a pesar de los malos momentos y adversidades.

A **Karla Nathalia Fernández Castillo**, por ser fuente de apoyo emocional e instrumental a lo largo de este camino, culminado con dos grandes resultados. Te amo.

Al **Dr. José Concepción Gaxiola Romero** por apoyar mi crecimiento académico y por ser guía en la construcción de nuevo conocimiento.

A los sinodales, **Dr. Christian Osvaldo Acosta Quiroz, Dra. Raquel García Flores, Dra. Martha Frías Armenta y Dra. Nadia Saraí Corral Frías**, gracias por aportar su experiencia y conocimiento a la elaboración y desarrollo de esta investigación

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico brindado para el desarrollo de la investigación.

Y a todos y cada uno de los amigos, colegas y familiares que de alguna manera u otra participaron en la conformación y culminación del presente trabajo.

¡Muchas Gracias!

INDICE

Introducción	5
Antecedentes	9
Marco Teórico	11
Teoría Ecológica del desarrollo humano.....	11
Factores protectores.....	14
Ontosistema	14
Adaptabilidad Psicológica.....	14
Bienestar psicológico y Calidad de Vida.....	17
Calidad de Vida	20
Microsistema	25
La familia.....	25
Ambiente Familiar Positivo.....	27
Factores de riesgo.....	31
Ontosistema	31
Depresión.....	31
Exosistema.....	33
Contexto de riesgo.....	33
Justificación	35
Objetivos	36
Método	38
Resultados	45
Discusión	58
Referencias	64

Introducción

En la vida, y en las diferentes etapas de esta, el ser humano se enfrenta a una serie de situaciones que pueden poner en riesgo su bienestar y calidad de vida. Sea cual sea el resultado, dependerá del equipo competencial con el que se cuente, mismo que desarrolla a la vez que interactúa con su medio a través de diferentes ambientes, como la escuela, el vecindario, grupo de amigos y la familia; ésta última es de vital importancia, debido a que es la primera institución social en la que incursiona el individuo y es ahí donde aprende los primeros comportamientos que le permitirán adaptarse o no, a los demás escenarios de la vida. Sin menospreciar las demás etapas, se ha puntualizado acerca de la importancia de la etapa adolescente en el desarrollo de los individuos debido a los constantes cambios, tanto físicos, psicológicos y sociales que el adolescente experimenta, aumentando su vulnerabilidad ante conductas que representen un riesgo a su bienestar y calidad de vida.

Esto ha llevado a que gran cantidad de investigaciones se interesen por aquellos factores asociados a la adquisición de diversos tipos de patologías, centrando su foco de atención a la enfermedad y la reducción de esta, más que en aquellos factores que pudieran *proteger* al individuo de los posibles riesgos que enfrente, reduciendo las probabilidades de desarrollar algún tipo de consecuencia negativa a la salud. En este sentido, la presente investigación está centrada en identificación y evaluación aquellos factores que determinan la adaptación psicológica del adolescente, haciendo más probable que desarrolle comportamientos que permitan afrontar efectivamente todos los escenarios en los que incursione, probabilizando de esta manera su bienestar y calidad de vida.

Adolescencia como una etapa de riesgo en el desarrollo

La adolescencia es la etapa de la vida que abarca desde los 10 a los 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2015), es ampliamente considerada como una fase de riesgo debido a los constantes cambios tanto físicos, psicológicos y sociales que se presentan en el individuo (Baena, et, al., 2012). Representa un periodo sumamente importante debido a la reestructuración de la personalidad y el impacto de la influencia social que se agudiza (Contini de González, 2008); además, la presencia en el adolescente de conductas que lo llevan a experimentar sensaciones nuevas supone amenazas tanto a su salud como a su bienestar personal (Estévez & Emler, 2011).

Etimológicamente, el concepto de adolescencia proviene del latín *alescere* que significa crecer o aumentar, a partir de esto y de la incursión del prefijo *ad*, se dio lugar a *adolescere* que significa crecer o desarrollarse. En este sentido, fue hasta 1904 cuando se empleó por primera vez el término para hacer referencia al periodo del desarrollo ubicado entre la infancia y la etapa adulta. Se cree que el concepto de adolescencia como tal, se encuentra vinculado con el verbo de “adolescer” que en castellano hace referencia a “estar aquejado, padecer alguna enfermedad”, y dadas las condiciones presentes en esta etapa, establecería el puente conector entre ambas palabras (Robledo, 2014; Rodríguez, 2014).

La adolescencia es, desde hace tiempo, reconocida como una etapa del ciclo vital, caracterizada por una vulnerabilidad muy significativa, donde el adolescente puede llevar a cabo una gran cantidad de comportamientos que ponen en riesgo su salud (Cerezo & Méndez, 2012). Dicha etapa puede dividirse en dos partes: a) la adolescencia temprana, que va de los 10 a los 14 años, y b) la adolescencia tardía, que corresponde de los 15 a los 19 años (United Nations Children's Fund, 2011).

La adolescencia temprana se caracteriza por el inicio en la manifestación de cambios físicos, tales como aceleración en el crecimiento, el desarrollo de órganos sexuales y características sexuales secundarias que conducen a la conformación del cuerpo adulto, el despertar sexual y la adquisición de la capacidad para procrear (UNICEF, 2011).

La variedad de modificaciones corporales que presenta un adolescente en cierto sentido es similar a los cambios que ocurren en los primeros años de vida, sólo que la diferencia estriba en que en la etapa adolescente el individuo tiene plena conciencia de lo que le acontece a su cuerpo, ya sea que lo perciba con asombro, curiosidad, temor o vergüenza, debido a que dichos cambios probablemente sean tema de conversación en sus diferentes círculos sociales (Berger, 2007).

Este tipo de cambios físicos son convencionalmente conocidos como “pubertad”. La palabra es una derivación de *pubertas* latina, la cual significa edad de la madurez; la pubertad es un proceso complejo que involucra una gran cantidad de funciones corporales (Coleman & Hendry, 2003).

Además de estos cambios físicos, se encuentran presentes cambios de orden psicológico y social. En el campo psicológico es posible mencionar que dichos cambios generan una serie de efectos en el individuo, a los cuales, el adolescente tiene que adaptarse, experimentando probablemente periodos de torpeza o timidez durante dicha adaptación (Coleman & Hendry, 2003). Así, los adolescentes cobran mayor conciencia de su género, dándole importancia a su persona y atractivo físico, el cual es fuertemente influenciado por otros. Se presentan también cambios de orden cognitivo neurológico, los cuales permiten la estructuración de su identidad y el ajuste de su comportamiento a las normas o convenciones sociales presentes (UNICEF, 2011; Rodríguez, 2014). La

adolescencia se caracteriza de igual manera por una necesidad de autonomía, por una serie de problemáticas que engloban situaciones específicas con padres, ciertas preocupaciones, inseguridad e incluso por la transgresión de normas que anteriormente en la niñez eran respetadas (Lutte, 1991) e incluso, de acuerdo con Huberty (2012), el desarrollo de la sintomatología depresiva tiene sus inicios en la etapa adolescente, y en congruencia con lo anterior, los adolescentes conforman una de las poblaciones con mayor propensión y vulnerabilidad a presentar esta problemática (OMS, 2014).

En la adolescencia también se presentan cambios de tipo social, los cuales tienen que ver con la identificación e influencia comportamental que tienen los demás sujetos hacia ellos(as). En esta etapa existe la necesidad de formar parte de un grupo de iguales, lo que permite centrar mayoritariamente la atención sobre figuras externas a su grupo familiar, de manera que los padres empiezan a perder relevancia e influencia, dirigiéndose ésta hacia amigos o grupos sociales (Rodríguez, 2014).

De esta manera, el adolescente tiende a pasar menos tiempo en familia tratando de autonomizarse, buscando interactuar con figuras de iguales, como pueden ser amigos del vecindario o de la escuela y que, en muchas ocasiones, los suelen desviar hacia comportamientos desadaptativos dependiendo de las características de dichos grupos (Rodríguez, 2014).

En la literatura es común encontrar definida a la adolescencia como una etapa de riesgo para la salud. De acuerdo con la OMS (2015), en la adolescencia existe una prevalencia de muertes muy elevadas debido a suicidios, violencia y enfermedades prevenibles, además, se considera que muchas de las enfermedades que se manifiestan en la edad adulta, comienzan o se desarrollan a partir de la adolescencia. De acuerdo a lo

anterior, se calcula que a nivel mundial alrededor de 1,3 millones de adolescentes mueren por situaciones que pudieron haberse evitado (OMS, 2014).

Craig & Baucum (2009), en un intento por explicar el comportamiento del adolescente, encontraron que estos llevan a cabo conductas que ponen en riesgo su salud por diversos motivos: ya sea porque no reconocen los riesgos implicados, siendo posible que disponga de poca información al respecto, y en el caso de que se le hagan explícitas las advertencias por parte de sus familiares, optan por ignorarlas. En este sentido, se plantea que los adolescentes subestiman la probabilidad de que ocurran resultados negativos de sus acciones, centrándose de manera prioritaria en los beneficios inmediatos de sus actos.

Con base en lo anterior, son necesarios los estudios dirigidos hacia la etapa adolescente, en especial en la adolescencia temprana, debido a que el estudio de las variables asociadas a la salud y adaptabilidad de los adolescentes permitirá el conocimiento y el desarrollo de programas de promoción y prevención que centren el foco de atención al desarrollo del bienestar y calidad de vida en el adolescente. Por ende, se enfoca el interés de la presente investigación en la adolescencia temprana, debido a que las características que distinguen esta etapa, las necesidades y vulnerabilidad en la que se encuentran los individuos, representan las más importantes para el desarrollo óptimo del individuo (Rodríguez, 2014).

Antecedentes

A partir de las características anteriormente mencionadas de los adolescentes, se destaca el interés por el estudio del bienestar y la calidad de vida en la etapa adolescente, las investigaciones centradas en este rubro han sido efectuadas a partir de las filosofías hedónicas y eudaimónicas.

Entre los estudios encontrados en la literatura se destacan los siguientes: González, Gaxiola y Valenzuela (2018) refieren que la presencia de bienestar y calidad de vida en los adolescentes funge como elemento amortiguador de situaciones adversas, como es el caso de la presencia de sucesos de vida estresantes.

De esta manera también se le ha encontrado relacionado con características disposicionales asociadas a la resiliencia, de manera que los individuos que presentan dichas disposiciones, reportaban mayores niveles de bienestar y calidad de vida (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018).

Por otra parte, en cuanto a las interacciones contextuales, el bienestar se ha encontrado asociado de manera negativa con las características de los contextos en donde viven los adolescentes, de manera que dadas las condiciones contextuales presentes en un entorno de marginación, por ejemplo, hacen más probables en los individuos la adquisición y desarrollo de problemas que pongan en riesgo su bienestar y calidad de vida (Escamilla-Santiago, et. al., 2012; Barcelata, Durán & Gómez, 2012), al estar en contacto directo con los riesgos o determinantes de la enfermedad o problemática.

Por otro lado, algunas investigaciones han asociado al bienestar y la calidad de vida con las condiciones o el tipo de ambiente familiar en el que se encuentre el adolescente, de manera que un ambiente familiar positivo tiene un efecto en la salud de los individuos,

debido a que promueve en los adolescentes comportamientos saludables mientras que por el contrario, la presencia de un ambiente familiar desadaptativo trae consigo consecuencias negativas en el comportamiento de los adolescentes (Monge, Cubillas, Román & Valdez, 2007; Reinherz, Giaconia, Paradis, Novero & Kerrigan, 2008; Fernández, García, Valdés & Martín, 2012; Salazar, Veytia, Márquez & Huitrón 2013; Holtom-Viesel & Allan 2014; Proctor & Linley, 2014; Raboteg-Saric & Sakic, 2014). Estos estudios muestran la importancia de un ambiente familiar positivo para el desarrollo armonioso de sus miembros, una mejor salud física y psicológica, así como el desarrollo de competencias sociales.

De igual manera, dentro del rubro familiar se ha encontrado en la literatura que las prácticas de crianza vinculadas con la comunicación, la autonomía y el control conductual se correlacionan positivamente con el bienestar y el desarrollo de los adolescentes. En contraste, las prácticas caracterizadas por imposición y control psicológico se encuentran relacionadas de forma negativa con el desarrollo y bienestar de los adolescentes (Isaza & Henao, 2012; Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

De esta manera, ha sido evidenciado que uno de los contextos entre los cuales es posible encontrar bajos niveles de bienestar y calidad de vida es la familia; en donde los estudios han encontrado que gran parte de los desajustes emocionales son resultado de problemáticas en la familia, contextos hostiles y con patrones de crianza autoritarios, asociándose al bienestar y la calidad de vida de manera negativa con la depresión (Sánchez, 2007, Torrel & Delgado, 2016; Abambari, Zhunio, Romero, Redrován & Atiencia, 2016).

Marco Teórico

Teoría Ecológica del desarrollo humano.

La teoría ecológica del desarrollo humano fue propuesta en 1979 por Urie Bronfenbrenner, quien después de analizar la situación que vivía la disciplina psicológica en esos tiempos y considerando las limitaciones que se presentaban en la psicología evolutiva tradicional, propuso un enfoque diferente al estudio y el análisis del desarrollo de los niños y las niñas. De esta manera, se consideraba necesario para dicho análisis y su comprensión, el estudio de las influencias que el individuo recibe de cada uno de los entornos en los que interactúa, mismos que pueden afectar, ya sea de manera directa o indirecta, el desarrollo de los individuos (López & Guaimaro, 2016).

De acuerdo con Bronfenbrenner (1979), el desarrollo de un individuo puede entenderse como aquella concepción cambiante que posee una persona acerca de su ambiente ecológico, su relación con él, así como su capacidad para descubrir, mantener o modificar sus propiedades.

A partir de lo anterior, el desarrollo individual se presenta en diferentes entornos o estructuras que se encuentran interconectadas entre sí, que son denominadas: a) microsistema, b) mesosistema, c) exosistema y d) macrosistema.

Primeramente, el sistema más inmediato a la persona es el microsistema, éste tiene que ver con todos aquellos, roles y comportamientos que el individuo experimenta en un entorno inmediato, sea este escolar, familiar, de amigos, etc.

El mesosistema por su parte, se refiere a todas aquellas relaciones de dos o más entornos en los que el individuo interactúa, por ejemplo, la relación entre el entorno o ambiente familiar y la escuela, y la influencia de éstos sobre el individuo.

El exosistema corresponde a uno o más entornos, los cuales no incluyen al individuo como agente activo, pero en donde se producen ciertos cambios que afectan el entorno en donde el individuo en desarrollo se desenvuelve.

Por último, encontramos el macrosistema, que constituye el sistema más amplio dentro de este modelo, y el cual se encuentra formado por clases sociales, grupos étnicos y/o comunidades (Bronfenbrenner, 1979; López & Guaimaro, 2016).

Un año más tarde Belsky (1980) agregó el nivel de “ontosistema”, incluyendo y enmarcando aquí los factores individuales de los sujetos de interés, donde se pudieran ejemplificar capacidades, competencias y vulnerabilidades de los individuos.

De acuerdo con esta perspectiva, se contempla al desarrollo como un proceso tanto de crecimiento como maduración de los individuos, además de las posibilidades que éste tiene de promover su potencialidad de manera que sea posible el alcance de bienestar a partir de las interacciones que va teniendo el individuo con cada uno de los sistemas anteriormente mencionados. Por ende, es necesario destacar que el individuo es un agente de cambio, de manera que se ve afectado por cada uno de los sistemas en los que interactúa y a partir de los cuales concebirá desarrollos psicológicos de acuerdo al nivel de relaciones que éste lleve a cabo (Bronfenbrenner, 1979; López & Guaimaro, 2016).

La teoría Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner (1979) ha proporcionado información destacada desde sus inicios, aportando a la comprensión de aquellos factores que influyen en el desarrollo de los individuos. Es menester considerar al proceso de

desarrollo como un proceso transaccional, es decir, que tanto el individuo como los ambientes en donde éste incursione se van a ver serán afectados mutuamente. De esta manera la Teoría Ecológica del Desarrollo tiene una vigencia activa hoy en día, encontrándose presente en diversas investigaciones como marco de referencia, investigaciones enfocadas en el ámbito familiar (López & Guaimaro, 2016; González & Pedraza, 2017; Stuecher, Hjelle, Stuecher & Rojo, 2017) y cuestiones educativas (Maroto-Merino, 2017) en niños y adolescentes demostrando relevancia y pertinencia.

En el caso de la presente investigación se plantea el análisis del bienestar y la calidad de vida de adolescentes a partir de factores protectores, entendiéndose éstos como aquellas condiciones o ambientes que tienen la cualidad de favorecer el desarrollo del individuo (Munist, et, al., 1998) y factores de riesgo, los cuales refieren a las características personales o contextuales que poseen una alta probabilidad de ser perjudiciales para el desarrollo de los individuos (Munist et al., 1998). De esta manera se ubican a dichos factores en cada una de las dimensiones o sistemas propuestos en la Teoría Ecológica del Desarrollo.

Factores protectores

Ontosistema

Adaptabilidad Psicológica, una alternativa al concepto de resiliencia

El término resiliencia proviene del latín de la palabra *resilio*, que significa volver atrás, rebotar, volver de un salto (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997). De acuerdo con estos mismos autores, es un término tomado de la física que explica la propiedad o característica que poseen algunos cuerpos de recobrar su forma original, después de haber sido sometidos a altas temperaturas. En el caso de las ciencias sociales la resiliencia refiere a aquellas respuestas de adaptación que presenta un individuo pese a vivir y crecer en condiciones potencialmente de riesgo.

Siguiendo esta línea de aplicación a las ciencias sociales, se entiende por resiliencia a aquella competencia adaptativa generada bajo condiciones de riesgo, la engloba un conjunto de características personales que son adquiridas a través del desarrollo psicológico del individuo, y a partir de las diversas interacciones que establece con los factores protectores disponibles en sus propios contextos de desarrollo (Gaxiola & Frías, 2007).

La resiliencia implica que los individuos posean una serie de características psicológicas disposicionales que posibilitarán el ser más competente que los individuos que no las tienen (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido & Figueroa, 2011). En este sentido, la resiliencia puede entenderse como la combinación entre aquellos atributos que posee un individuo, así como los de su ambiente, ya sea familiar o social, que probabilizan en conjunto la superación de las situaciones de riesgo presentes (González-Arriata, 2007).

El enfoque de donde parte la concepción de resiliencia está centrado en aquellos atributos, fortalezas o cualidades que posee una persona y que le permiten desarrollarse de manera óptima en un ambiente de riesgo. Es importante aclarar que estas características de las que se habla no son innatas, es decir, los individuos que las poseen no nacen con ellas, más bien son el resultado adquisitivo que se adquiere durante el desarrollo, por lo que se encuentra basado en la interacción individuo-entorno (Melillo, 2007).

La resiliencia es considerada como un proceso dinámico que es posible evaluar a nivel individual, familiar y social (Quesada, 2004). Los individuos con tendencias resilientes se caracterizan por la adaptación que llevan a cabo ante las situaciones que enfrentan, no implica que se posea algún tipo de vulnerabilidad, ni tampoco que carezcan de contacto con situaciones de riesgo, sino más bien, que cuenten con la capacidad para manejar tales situaciones (Krauskopf, 2011).

De esta manera, la resiliencia es el resultado de un proceso donde participan los factores protectores y las disposiciones individuales que posibilitan el comportamiento adaptativo ante las situaciones de riesgo. Por consiguiente, un individuo que posee dichas disposiciones, probablemente sea un individuo psicológicamente sano o adaptado (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018).

El uso del término resiliencia ha sido utilizado de manera indiscriminada a lo largo de los años, puesto que existe una gran cantidad de definiciones, que van desde un punto espiritualista y religioso, a otras, un poco más en el plano científico que la consideran como una especie de ajuste del individuo.

A partir de las diversas definiciones que existen con respecto a la resiliencia, es posible destacar marcadas tendencias a referirse a la adaptación que llevan a cabo los individuos ante situaciones que impliquen algún riesgo aparente; ante esto, la resiliencia podría considerarse como una adaptación especial del ser humano, que de igual manera puede conceptualizarse también como adaptabilidad (Gaxiola, 2015).

Partiendo desde este supuesto, no es necesario la utilización de otro término para hacer referencia a lo mismo, teniendo en cuenta la variabilidad de las definiciones existentes y que además, se habla de un término importado de otra ciencia; es pertinente entender la adaptabilidad psicológica como “el ajuste de las personas ante situaciones adversas” (Gaxiola, 2015 p. 49). Siguiendo esta misma línea, la adaptabilidad psicológica conservaría los mismos criterios básicos que la resiliencia en cuanto a su medición, en el sentido de que se analiza el ajuste ante situaciones de riesgo y se mide a través de las competencias que desarrolla el individuo (Gaxiola, 2015).

A partir de lo anterior, los criterios a los que se hace referencia son: primeramente, la identificación o presencia de factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos los individuos, segundo, la presencia de factores protectores y por último, la evaluación de competencias adaptativas, entendidas como el alcance de logros y tareas adecuadas a la edad, sexo y cultura de cada individuo (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido & Figueroa, 2011). En el caso de la presente investigación, se evaluarán como competencias adaptativas, la calidad de vida y el bienestar psicológico, debido a que son considerados como indicadores de salud psicológica (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018; Ryff, 2016).

Bienestar psicológico y Calidad de Vida

A partir del cambio en la definición de salud por parte de la OMS (1946), que la considera como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social, más que la ausencia de algún tipo de patología y/o minusvalía, empiezan a cobrar interés aquellos aspectos positivos involucrados en el proceso de salud y enfermedad. Términos como felicidad, calidad de vida, bienestar entre otros, empiezan a adquirir relevancia dentro de las diferentes disciplinas (OMS, 1986; Masten, 2014).

Bajo la lógica anterior, la salud incluye de manera integral aquellas características de integridad física, así como también aquellas de orden psicológico que interactúan con una condición de bienestar personal (Corral, et al., 2014). La disciplina psicológica desde su enfoque considera a la salud como: “una variable dimensional que abarca cuestiones que van desde la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud y su promoción, hasta cuestiones psicosociales relevantes en la aparición de la enfermedad, su mantenimiento y su resolución” (Rosa, 2012, p. 17). En este sentido, la comprensión del concepto de salud centra su foco de atención al mantenimiento de capacidades, habilidades y competencias, así como de la integridad emocional que hacen al individuo funcional en los diversos aspectos de su vida (Agost & Martín, 2012; Masten, 2014).

La salud psicológica, entonces, implica el mantenimiento de comportamientos que correspondan a las metas planteadas, valores personales, apoyo a los demás y disposiciones de superación, mejoría y aprendizaje constante. Aquellas personas que presentan salud psicológica son caracterizadas por el mantenimiento de una vida de independencia progresiva con relación a la edad, manteniendo relaciones familiares y afectivas, cuidando el respeto a intereses propios y de los demás (Corral, et al., 2014).

De esta manera, se considera entonces al bienestar psicológico como una medida de salud psicológica (Nitsche, et, al., 2014; Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018; Ryff, 2016), debido a que en diversos estudios se encontró una estrecha relación con la aparición de enfermedades, procesos de tratamiento y rehabilitación de individuos (Vázquez, et al., 2014; Nitsche, et, al., 2014).

Históricamente, el estudio del bienestar se divide en dos líneas o concepciones filosóficas diferentes: el bienestar hedónico y el eudaimónico.

El bienestar hedónico o concepción hedonista del bienestar, se centra en los aspectos de satisfacción de necesidades y la búsqueda del placer a través de la maximización de emociones positivas y una minimización de las negativas (Ryan & Deci, 2001).

Por su parte, la concepción eudaimónica del bienestar sustenta que el bienestar se encuentra en la realización de aquellas actividades con las que las personas se sienten plenas y auténticas (Waterman, 1993). Esta perspectiva plantea conceptos relacionados a las virtudes individuales, la autorealización, el crecimiento psicológico, el cumplimiento de metas, expectativas y necesidades, además de las fortalezas psicológicas con las que cuenta un individuo (Vázquez, et, al., 2009).

Aristóteles, uno de los pioneros en dicha propuesta, y de los más notables críticos hacia la propuesta hedonista, a la que consideraba que convertía a los hombres en esclavos de sus propios deseos (Padrós, 2002), exhortaba a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon* que representaba aquel ideal que todas las personas tienen respecto de uno mismo. De esta manera, todos los esfuerzos realizados y encaminados para el cumplimiento de ese

“*daimon*” desembocarían en un estado óptimo individual, lo que denominaba eudaimonia (Avia & Vázquez, 1998).

En este sentido, Carol Ryff, una de las autoras más representativas en el estudio del bienestar actualmente, propone el término de Bienestar Psicológico para referirse a la concepción eudaimónica, y así distinguirla del hedonismo, que puede considerarse como bienestar subjetivo (Ryff, 1995; Vázquez, et, al., 2009).

Se desarrollaron estudios sobre el bienestar psicológico, en donde dicho concepto fue definido como aquella dimensión subjetiva relacionada a la calidad de vida, producida en torno a un juicio valorativo de satisfacción, que tiene relación con un balance realizado entre aquellas expectativas o metas trazadas y los logros obtenidos (Fernández, et, al., 2014).

Ryff y Singer (2008), desarrollaron una forma de evaluar el bienestar psicológico considerando seis aspectos que determinan un óptimo nivel psicológico, descritos a continuación:

1. Autoaceptación: Cuando un individuo se siente bien consigo mismo, incluso sabiendo sus propias limitaciones.
2. Relaciones positivas con otros: Cuando desarrolla y mantiene buenas relaciones con los demás.
3. Control ambiental: Cuando configura su medio de manera que pueda satisfacer sus necesidades.
4. Autonomía: Cuando presenta un sentido de individualidad y libertad personal.
5. Propósito en la vida: Cuando considera propósitos o metas, por los cuales lleva a cabo diversos esfuerzos.

6. Crecimiento personal: Cuando mantiene una dinámica de aprendizaje y desarrollo continuo de sus capacidades.

A partir de la base teórica anterior, se han desarrollado estudios que comprueban que factores psicológicos como el bienestar conducen no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable (Vázquez, et al., 2009; Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018; Ryff, 2016). En este sentido, el bienestar psicológico representa un elemento amortiguador de los eventos adversos, enfermedades o experiencias negativas que pudiera presentar un individuo (Valverde & Castilla, 2007). Por ende, se le encuentra relacionado con una mayor protección ante la enfermedad y una mayor esperanza de vida en quienes lo presentan (Fredrickson, 2009; Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018; Ryff, 2016).

Calidad de Vida

Siguiendo esta tradición positiva de la que se habló anteriormente, se efectuaron investigaciones que analizaron las condiciones de vida asociadas o promotoras del bienestar personal. Se adoptó el término de *nivel de vida* para referir a aquellas condiciones identificadas inicialmente como económicas, pero que posteriormente con el pasar del tiempo y los diversos estudios derivados, se considerarían otros aspectos que tienen una influencia significativa sobre el bienestar humano. Además, la perspectiva inspirada en el modelo biomédico, predominante incluso en la disciplina psicológica, conllevaba a generar información con respecto a la morbilidad, mortalidad y discapacidad, pero dejaba de lado la importancia de otros aspectos, como los factores familiares, sociales, psicológicos y de

otros ambientes con los que interactúa el individuo (Cardona- Arias e Higueta-Gutiérrez, 2014). Por ello, surge el término “calidad de vida”, tratando de abarcar estos aspectos de interés en un solo concepto.

El término Calidad de vida se introdujo aproximadamente en la década de los setenta, y a partir de ahí se han desarrollado una gran cantidad de estudios e incluso encuestas donde se revisan los indicadores que dan cuenta de la calidad de vida de las personas. Indicadores tales como la cantidad de ingresos, salud, empleo, vivienda o las condiciones físicas del entorno en el que se habita constituyen los indicadores más representativos sobre los cuales se ha estudiado la calidad de vida (García, 2002, Vinaccia, Quiceno & Riveros, 2016).

En este período de tiempo, se rompe con la idea centrada exclusivamente en las condiciones materiales de vida (lo que vendría a considerarse como concepción hedónica), y comienzan a ganar aceptación los elementos psicosociales. De esta manera, la calidad de vida considera para su medición el aspecto multidimensional de su conceptualización, la cual incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica que se presente (Vinaccia & Quiceno, 2012).

Por este motivo, la calidad de vida es conceptualizada en términos de un sistema de valores dado, así como estándares o perspectivas que poseen una variación según la persona, grupo, o lugar en cuestión. Bajo esta premisa, es posible decir que la calidad de vida hace referencia a la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del *sentirse bien* (Vinaccia & Quiceno, 2012).

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. La idea y el estudio de la calidad de vida proviene del imaginario colectivo y deseoso bienestar y óptimo desarrollo, que tienen que ver con la satisfacción de necesidades (Baldi & García, 2005; García, 2002; Vinaccia & Quiceno, 2012).

Gracias al creciente auge e interés que ha generado el análisis de la calidad de vida, se han desarrollado estudios tanto en individuos sanos como aquellos que presentan algún tipo de patología, así como también en diversas etapas de la vida, tratando de conocer los factores asociados a la calidad de vida y los posibles métodos o intervenciones que promuevan e incrementen la calidad de vida de las personas (Vinaccia, Quiceno & Riveros, 2016).

La calidad de vida es un término hipotético del cual se han intentado establecer definiciones operacionales para delimitar y entender de forma más precisa el constructo. Sin embargo, actualmente no es posible encontrar una definición que dé cuenta de forma clara y fundamentada del término calidad de vida, de aquí la confusión y la gran diversidad de interpretaciones que existen a partir y según los enfoques u objetivos de las diversas investigaciones que la retoman (Baldi & García, 2005; Vinaccia, Quiceno & Riveros, 2016).

De acuerdo con Ardila (2003), es posible mencionar los principales factores sobre los que descansa la consideración y el estudio de la calidad de vida, mismos que se enuncian a continuación:

1. Bienestar emocional
2. Riqueza material
3. Salud
4. Trabajo y otras formas de actividad productiva
5. Relaciones familiares y sociales
6. Seguridad
7. Integración con la comunidad

Estos indicadores variarán dependiendo de los objetivos de las investigaciones que lo aborden.

La Organización Mundial de la Salud (1996) define a la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello está matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. Bajo esta perspectiva las dimensiones que componen la calidad de vida son la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (WHO Quality of life Assessment Group, 1996).

En concordancia con lo anterior, considerando una visión integradora, la calidad de vida puede ser entendida como el resultado de aquellas relaciones que establecen los individuos y las comunidades con los diversos elementos bióticos y abióticos del medio. Por otro lado, se destaca que el constructo calidad de vida involucra cuestiones más allá del plano individual por lo que resulta más adecuado abordarlo desde diversas perspectivas, integrando todos los factores o indicadores con los que se asocia (Baldi & García, 2005).

A partir del creciente interés que ha tenido el estudio de la calidad de vida, varias investigaciones coinciden en la importancia de la etapa adolescente en el desarrollo de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa del ciclo vital caracterizada por una vulnerabilidad muy significativa, en donde el adolescente puede llevar a cabo una gran cantidad de comportamientos que ponen en riesgo tanto su salud como su calidad de vida (Cerezo & Méndez, 2012; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Por ende, es importante el estudio del bienestar y la calidad de vida en la etapa adolescente, debido a los riesgos con los que dicha población se encuentra en contacto, ya que en su búsqueda de identidad y los constantes cambios (físicos, psicológicos y sociales) que ellos experimentan, converge una serie de factores que los hacen más propensos a desarrollar problemas tanto sociales como de la salud (Ramírez & Almeida, 2003, Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Microsistema

La familia y las interacciones entre sus miembros

Debido a lo anterior, la familia cobra un papel importante dentro del desarrollo del adolescente.

La familia es la primera institución social en la que incursionan los individuos, se considera que esta funge como auspiciadora de cimientos básicos para el desenvolvimiento óptimo del individuo en la sociedad, y también como una fuente de apoyo y protección (Bronfenbrenner, 2005). En ella se moldea la mayor cantidad de comportamientos y tendencias que los individuos mostrarán en la sociedad (Ramírez & Almeida, 2003). Por ello, se considera que las interacciones llevadas a cabo dentro del núcleo familiar son las más duraderas, puesto que se mantienen a lo largo de la vida y tienen un gran efecto en el funcionamiento del individuo (Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014). Tal efecto se agudiza en la etapa adolescente, en donde se presenta una necesidad y preocupación por las interacciones con otros, y se minimizan las interacciones afectivas con los padres (en comparación con la infancia), resultando poca comunicación respecto a las actividades realizadas y se dedica poco tiempo a la convivencia familiar (Pérez & Aguilar, 2009; Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014).

Se entiende por familia aquel “sistema organizado y jerarquizado estructuralmente; delimitado por una serie de reglas que tienen como objetivo proteger las pertenencias de las personas que la componen, las cuales comparten una serie de vínculos de afecto e intimidad” (Rodríguez et al., 2008, p. 218).

La importancia de las relaciones familiares radica en la creación de un clima emocional que pueda favorecer el conocimiento de ambas partes, el intercambio de ideas, la comunicación en términos positivos o adaptativos que concluiría en un desarrollo óptimo del adolescente, contrario a lo que sucedería en un ambiente familiar desadaptativo que desencadenaría desajustes psicológicos (Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014). Así pues, las relaciones familiares modulan y son moduladas por un comportamiento, ya sea adaptativo o desadaptativo de cada uno de los miembros de la familia. Por consiguiente, la familia constituiría un ambiente en donde se generan y promueven interacciones de tipo adaptativas y desadaptativas dependiendo del tipo de comportamiento que lleven a cabo sus miembros (Corral et al., 2014).

En una etapa como la adolescencia, en donde el individuo se encuentra rodeado por un conjunto de situaciones que ponen en riesgo su salud, se manifiesta como un periodo difícil tanto para el adolescente como para su familia (Araiza, Silva, Coffin & Jiménez, 2009; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015). Como ya se mencionó, es de vital importancia la participación protectora de la familia, de manera que las relaciones familiares adaptativas se asocien con bajas probabilidades de presentar tanto problemas conductuales como de la salud (Reinherz, Giaconia, Paradis, Novero & Kerrigan, 2008; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015), y que además se asocie de manera directa y positiva con la satisfacción con la vida (Estévez-López, *et al*, 2008; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Ambiente Familiar Positivo

En este sentido, cuando se habla de una familia positiva, se hace referencia de manera general a otro tipo de ambiente positivo en cuanto a sus elementos, pero con adecuaciones y especificidades propias. De acuerdo con Corral (2012), un escenario positivo, es un ambiente sustentable asociado al bienestar humano y la calidad del entorno.

Para determinar un ambiente familiar positivo existen una serie de indicadores, concebidos como transacciones persona-ambiente y que son descritos de la siguiente manera (Corral, et al., 2015):

1. **Transacciones económicas.** Hacen referencia a aquellos materiales necesarios para el mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura física del hogar, es decir, aquellas relacionadas con los pagos de servicios básicos en la vivienda (agua, luz, hipoteca), así como también el uso de los recursos económicos para satisfacer las necesidades de la familia (alimentación, salud, educación, vestido, transporte, y diversión).
2. **Transacciones constructivas.** Son aquellos comportamientos encaminados al desarrollo y mantenimiento de la familia. Se caracteriza por el aporte de tiempo y energía de los miembros de la familia para el mantenimiento del hogar o para el bienestar de algún otro miembro sin necesidad de que éstos estén presentes. Este tipo de transacciones son ejemplificadas con los miembros que requieren más atención y cuidados, como los recién nacidos o los adultos mayores
3. **Transacciones cooperativas.** Tienen que ver con el apoyo a los demás miembros de la familia cuando se encuentran realizando alguna actividad; ya sea ayudarlos a cumplir una meta o tarea.

4. ***Transacciones afectivas.*** Este tipo de transacción refiere al apoyo emocional o instrumental brindado a uno o más miembros de la familia, ya sea que lo necesiten o soliciten.
5. ***Transacciones prosociales.*** Consisten en compartir con la sociedad los comportamientos de apoyo emocional e instrumental cuando se requiera. Por medio de estas transacciones es que se mantiene el entorno sustentable en términos físicos y psicológicos, así como también comportamientos de respeto a los derechos de las demás personas, de las leyes y normas sociales.
6. ***Transacciones educativas.*** Refieren a la transferencia o enseñanza de conocimiento y habilidades entre los miembros de la familia, ya sean verbales o modeladas por otros miembros; dichas habilidades son utilizadas para enriquecer y mantener el desarrollo de la familia.

Un ambiente familiar hace referencia a las transacciones dadas entre los agentes que participan en el contexto familiar. Los padres, por ejemplo, con la finalidad de mantener la disciplina y el respeto, utilizan diversas estrategias para educar a sus hijos, que se reconocen en la literatura como prácticas parentales o prácticas de crianza.

Prácticas Parentales

Las prácticas parentales o de crianza, comprenden toda la gama de actitudes por parte de los padres, que son traducidas en prácticas específicas y que influyen en los comportamientos de sus hijos (Darling & Steinberg, 1993). Las prácticas parentales aluden a comportamientos específicos en la interacción, todos con el fin de establecer o influir en el comportamiento de los hijos (Segura-Celis, et al., 2011; Moreno, 2012). Se conciben como una de las condiciones primordiales para el pleno desarrollo del individuo, en tanto

que modula hábitos y emociones, mismos que son manifestados de manera instrumental por los padres con el fin de educar y controlar el comportamiento de sus hijos. Además, cumplen un papel fundamental en el aprendizaje de habilidades y repertorios sociales, en la construcción de competencias que el adolescente expondrá en la sociedad (Isaza & Henao, 2012, Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Las prácticas parentales pueden ser agrupadas en tres áreas: a) apoyo, b) control conductual y c) control psicológico. El apoyo refiere a la cantidad de soporte y cariño que los padres muestran con sus hijos (Betancourt, et al., 2014). Representa una característica más homogénea en comparación con el control tanto conductual como psicológico, de manera que su presencia afecta positivamente al desarrollo de los hijos (Segura-Celis, et al., 2011). Mientras que el control conductual se define como el conjunto de normas y regulaciones que los padres establecen con sus hijos, así como el conocimiento que éstos tienen con respecto a su conducta (Baumrind, 2006), el control psicológico hace referencia al comportamiento que los padres llevan a cabo y que impide la autonomía psicológica del adolescente, utilizando estrategias como críticas, culpas, sobreprotección, entre otras (Moreno, 2012).

A partir de estas áreas, es posible identificar la percepción que tienen los hijos con respecto a las conductas llevadas a cabo por sus padres en la crianza, con relación a la comunicación, la autonomía y la imposición.

La comunicación se refiere a las prácticas de diálogo que llevan a cabo los padres con sus hijos. La autonomía tiene que ver con la promoción de la individualidad del hijo que llevan a cabo los padres. La imposición, por otro lado, es el sometimiento que presenta

el hijo con relación a las creencias, actitudes y comportamiento de sus padres (Andrade & Betancourt, 2008; Segura-Celis, et al., 2011).

El uso de prácticas parentales afectivas probabilizará el ajuste y bienestar de los adolescentes (Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015). Estos autores también encontraron que las prácticas parentales afectivas se encuentran relacionadas con el control conductual que tienen los padres hacia sus hijos, de manera que el conocimiento o monitoreo que llevan a cabo los padres sobre las actividades de sus hijos es posible y más viable, cuando se practica también una crianza afectiva.

Factores de riesgo

Ontosistema

Depresión

Una de las consecuencias desadaptativas que puede presentarse en la etapa adolescente es la depresión, debido a que a partir de los notables cambios que presenta el adolescente, así como relaciones familiares inestables y desadaptativas, los predispone a presentar alteraciones de conducta, agresividad e incluso depresión (Torrel & Delgado, 2016). El trastorno depresivo ha sido conceptualizado a través de diferentes perspectivas, una de ellas, de acuerdo con Beck (1972), implica una serie de concepciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, que conllevan una gama de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información realizado por el individuo. Sin embargo, de acuerdo con diferentes conceptualizaciones, la depresión no constituye algo que los individuos tengan dentro de sí como condición patológica, sino por el contrario se trata de una situación en la que uno se encuentra, es decir, dicha situación puede deberse a varias circunstancias (Pérez, 2007).

La anterior concepción se basa en una filosofía contextual, en donde se conceptualiza a la depresión en términos de evitación, bajo esta perspectiva, se brinda especial atención al rol de las conductas de evitación y escape en la depresión (Pérez, 2007).

De esta forma, la depresión constituye una de las problemáticas que más prevalencia presenta a nivel mundial (Murray, et, al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2006), predice que, dentro de algunos años, la depresión se convertirá en uno de los problemas más graves en las sociedades, específicamente, ocupará la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial. Sin embargo, el panorama para los países en vías de desarrollo es peor, como en el caso de México, en donde se contempla que ocupará el primer lugar.

Por lo anterior, la depresión es considerada como un problema de salud pública, que a pesar de ser tratable, son pocas las personas quienes solicitan o acuden a tratamientos (OMS, 2006; Navarro, Moscoso & Calderón, 217).

Específicamente en la etapa adolescente, es y ha sido un objeto de creciente interés por los investigadores en las últimas décadas, tratando de establecer asociaciones con el fin de intentar explicar dicha problemática. De acuerdo con Huberty (2012), el desarrollo de la sintomatología depresiva tiene sus inicios en la etapa adolescente, y en congruencia con lo anterior, los adolescentes conforman una de las poblaciones con mayor propensión y vulnerabilidad a presentar esta problemática (OMS, 2014).

Uno de los contextos entre los cuales es posible encontrar predictores de la depresión en la adolescencia, es la familia, en donde existe evidencia que apunta a que gran parte de los desajustes emocionales son resultado de problemáticas en la familia, contextos hostiles y con patrones de crianza autoritarios (Sánchez, 2007, Torrel & Delgado, 2016; Abambari, Zhunio, Romero, Redrován & Atiencia, 2016).

La depresión en los adolescentes trae consigo una serie de complicaciones tales como falta de ánimo para realizar actividades, sentimientos de culpa, baja autoestima, entre otras, que pueden convertirse en complicaciones más severas si no son tratadas o de no

tomarse las medidas adecuadas, marcando el rumbo y el desarrollo del adolescente hacia la edad adulta (Torrel & Delgado, 2016).

Exosistema

Contexto de riesgo

Como se mencionó, los adolescentes se encuentran rodeados de una serie de factores que pueden poner en riesgo su salud. Ante el significado que tiene el contexto social-ambiental para el adolescente, es necesaria la identificación de aquellos factores que afectan el bienestar y amenazan la condición de salud y calidad de vida de los adolescentes (Agost y Martín, 2012). Por ende, existe un reconocimiento por parte del rol significativo que juega el contexto, o los ambientes, dentro de la etapa de la adolescencia. Estos ambientes incluyen a la familia, el vecindario, los amigos y la sociedad, y podrían representar tanto riesgo como protección dependiendo de su funcionalidad (Coleman y Hendry, 2003).

De esta forma, un contexto de riesgo puede afectar directamente las influencias tanto sociales como ambientales que el adolescente recibe, exponiéndolo a situaciones que representan mayor vulnerabilidad (Dos Reis, Almeida, Alves & Madeira, 2013).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, la marginación constituye un contexto de riesgo al bienestar y calidad de vida de los adolescentes (CONAPO, 2011), y la define como un fenómeno multidimensional y estructural organizado por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo.

La marginación se encuentra asociada a la carencia de oportunidades sociales, a la ausencia de capacidades que permitan su adquisición y generación, así como también a la privación de bienes fundamentales para el bienestar, lo que ocasiona cierta vulnerabilidad en las poblaciones que la enfrentan, configurando escenarios desfavorables para el pleno desarrollo (CONAPO 2011).

De igual manera, vivir en un contexto de marginación, representa la privación a los individuos de muchos servicios esenciales, que posibilitan el óptimo desarrollo de las personas, como ejemplo, se puede mencionar la cantidad de centros de salud a los que se tiene acceso, así como también en algunos casos la falta o deficiencia en los servicios básicos (Agua potable, drenaje, electricidad).

Otro aspecto para destacar como uno de los riesgos implicados dentro de un contexto de marginación, en la población de interés del presente estudio, es que aquellos individuos que se encuentran bajo estas condiciones presentan mayores eventos o situaciones que les generan estrés (Barcelata, Durán & Gómez, 2012). Ello aumenta las probabilidades de ciertas desviaciones conductuales y problemas emocionales en el adolescente (Caballero y Villaseñor, 2001; Monares, 2008; Salazar et, al., 2011).

Justificación

A partir de lo anterior, a manera de justificación es posible mencionar que los adolescentes son una población vulnerable a los problemas de salud debido a la etapa de transición por la que atraviesan. La adolescencia, es considerada como una de las etapas más importantes de la vida (Rodríguez, 2014). A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, se pretende generar evidencia empírica que permita identificar aquellas variables que se encuentran asociadas a la calidad de vida y el bienestar en adolescentes, con el propósito de generar programas de promoción y prevención que ayuden y sumen al afrontamiento efectivo de los riesgos implicados en esta etapa de la vida, promoviendo de esta manera el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes.

De igual manera, como justificación metodológica, es posible mencionar que la investigación aportará formas de medición de dos de las variables utilizadas: primeramente, se probará un instrumento para la evaluación de la adaptabilidad psicológica, constructo novedoso propuesto para sustituir al término resiliencia (Gaxiola, 2015). Además, se desarrollará un instrumento de medición de la calidad de vida, específicamente para población adolescente. Se ha encontrado en la literatura diversidad de instrumentos de calidad de vida, la mayoría enfocados al área de la salud, como calidad de vida relacionada a la salud, en población enferma y en otras etapas de la vida como son adultos mayores y adultos en su mayoría.

Objetivos

Objetivo general: Probar un modelo explicativo del bienestar y la calidad de vida, a partir de factores protectores y de riesgo en población adolescente de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Objetivos particulares:

- Diseñar y validar un instrumento para la evaluación de la adaptabilidad psicológica en adolescentes.
- Diseñar y validar un instrumento para la medición de la calidad de vida en adolescentes.
- Validar la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) (Kanter et al., 2007) en una población adolescente.
- Evaluar la relación de las prácticas parentales adaptativas y el ambiente familiar positivo con la adaptabilidad, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los adolescentes.
- Evaluar la relación de las prácticas parentales desadaptativas y el contexto de riesgo sobre la adaptabilidad y la depresión en adolescentes
- Probar un modelo de ecuaciones estructurales de factores protectores y de riesgo que predicen la adaptabilidad psicológica, el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Hipótesis

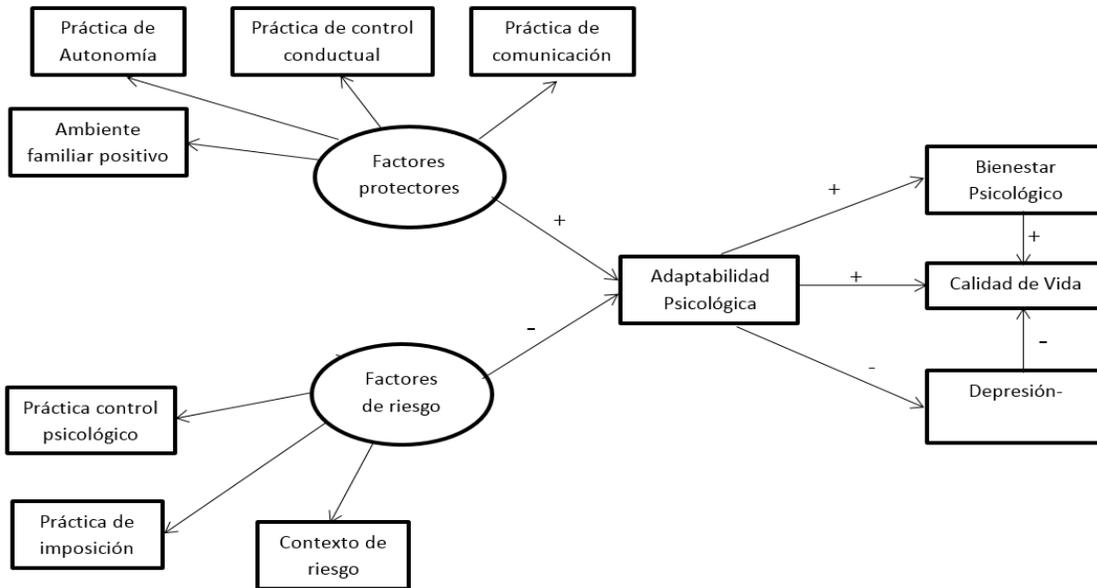


Figura 1. Modelo hipotético de bienestar y calidad de vida en adolescentes

En la figura se muestra el modelo hipotético a probar, del cual se pueden mencionar las siguientes hipótesis:

H1: Los factores protectores tienen un efecto positivo en la adaptabilidad psicológica y a su vez, un efecto positivo sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de los adolescentes.

H2: Los factores de riesgo tendrán un efecto negativo en la adaptabilidad psicológica y a su vez, un efecto negativo sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico, y positivo sobre la depresión de los adolescentes.

Método

La presente investigación consta de dos fases, en la primera de ellas, se llevó a cabo la validación de los instrumentos a utilizar en la fase dos del estudio final. A continuación, se presenta la metodología utilizada en la fase uno del estudio:

Fase 1:

Participantes

Participaron estudiantes de los tres grados de educación de tres escuelas secundarias públicas de la ciudad de Hermosillo, elegidas de manera aleatoria.

Instrumentos

Para la evaluación de la adaptabilidad psicológica, se construyó un instrumento de 68 ítems, con la intención de evaluar el grado de adaptabilidad que presentaban los adolescentes. El instrumento presenta una escala Likert de medida de nunca (0) a siempre (4). De donde es posible mencionar como ejemplo de reactivo: “Mantengo la idea de lograr lo que deseo, a pesar de los problemas que enfrento”.

Además, con el propósito de probar la validez convergente del constructo adaptabilidad, se aplicó el inventario de 12 ítems de Gaxiola, Gaxiola, González y Valenzuela, (2014), basado en el inventario de Ryff (1989), que evalúa las áreas de autoaceptación, relaciones positivas con otros, control ambiental, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal, descritas en su modelo. Cuenta con una escala Likert con opciones de respuesta desde nunca (0) hasta totalmente (4). Como ejemplo de un reactivo es posible mencionar “Se siente capaz de resolver sus problemas”. El inventario presenta un

alfa de .86, lo que indica que es un instrumento confiable para evaluar el bienestar psicológico en población adolescente.

De igual manera se utilizó La Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) (Kanter et al., 2007), la cual consta de 25 reactivos y un alfa de .90 reportado para su traducción al español.

Por otro lado, para la medición de la calidad de vida, se aplicó un instrumento creado exprofeso para la investigación, que consta de 63 reactivos con la intención de evaluar aspectos específicos de la calidad de vida en la etapa adolescente. El instrumento consta de 7 factores que evalúan salud física, salud psicológica, relaciones familiares, relaciones con amigos, ambiente, cuestiones materiales y cambios en la adolescencia. Dichos factores fueron extraídos a partir de la revisión en la literatura al respecto de los inventarios encontrados para la medición de la calidad de vida en población adolescente, y a partir de diversas consideraciones en torno a la necesidad de contar con un inventario específico para esta etapa de la vida.

De igual manera con el propósito de obtener la validez convergente del instrumento, se utilizó el inventario de resiliencia IRES (Gaxiola, et al., 2009) que consta de 24 reactivos, con una escala de medida que va de nunca (0) a siempre (4). Como ejemplo de un reactivo podemos mencionar “Vi lo positivo de la vida y de las cosas que me pasaron”. El inventario presenta un alfa de .93.

Así como el inventario de características negativas del contexto de Frías, Fraijo & Cuamba (2008). Esta escala cuenta con 14 reactivos y una escala de medida tipo Likert desde nunca (0) hasta demasiado (4). Los autores reportaron un alfa de .80.

Para el caso de la evaluación de la depresión en los adolescentes, se validó la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) (Kanter et al., 2007), que consta de 25 ítems y mide cuatro dimensiones: “Activación”, “Evitación/Rumia”, “Deterioro en la escuela/trabajo” y “Deterioro Social”. En donde la consistencia interna del total de los ítems del BADS en español es de $\alpha = .90$.

De igual manera como en los casos anteriores, se evaluó la validez convergente del instrumento a través del inventario de Gaxiola, González y Valenzuela, (2014), basado en el inventario de Ryff (1989), que evalúa las áreas de autoaceptación, relaciones positivas con otros, control ambiental, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal, descritas en su modelo. El inventario presenta un alfa de .86.

Procedimiento

Para llevar a cabo las validaciones de los instrumentos anteriormente mencionados, se seleccionaron de manera aleatoria tres secundarias públicas de la ciudad de Hermosillo, por motivos de diferencias en los tiempos de elaboración de las escalas, en un primer levantamiento (validación escala de adaptabilidad) participaron 127 estudiantes, en el segundo levantamiento, participaron 160 estudiantes (validación escala de calidad de vida) y en el tercero 151. En todo momento se cuidaron los lineamientos éticos de confidencialidad de los datos y se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades y estudiantes de cada escuela. Se aplicaron los instrumentos de manera colectiva con una duración aproximada de entre 30 y 40 minutos.

Análisis de datos

La captura de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS versión 23, en donde se realizó estadística descriptiva, correlaciones entre las escalas para la evaluación de la validez convergente, además se exportaron las bases al programa EQS 6.0 en donde se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio para determinar la validez de las escalas probadas.

Fase II: Estudio Final

Una vez concluido el proceso de validación de los instrumentos a utilizar, se procedió a llevar a cabo la fase dos del estudio, el cual se describe a continuación-

Tipo de investigación

Se llevó a cabo una investigación no experimental transversal con un alcance correlacional-causal.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 367 adolescentes con edades entre 10 y 14 años, estudiantes de escuelas secundarias públicas de la región seleccionadas a partir de indicadores altos y bajos de riesgo (marginación, y reportes de violencia en la ubicación).

Instrumentos

Se utilizó una batería de pruebas constituidas por datos demográficos del participante, así como con escalas que evalúen las variables de interés en el estudio.

Adaptabilidad psicológica: El instrumento presenta consta de 13 reactivos con una escala Likert que va desde nunca (0) a siempre (4). De donde es posible mencionar como

ejemplo de reactivo: “Mantengo la idea de lograr lo que deseo, a pesar de los problemas que enfrento”. El instrumento tiene un alfa de .87.

Calidad de vida: se utilizó el inventario está compuesto por 18 ítems, con una escala Likert que va de nunca (0) a siempre (4). Consta de 4 factores que evalúan relaciones familiares, relaciones con amigos, condiciones socioeconómicas y cambios en la adolescencia. El inventario presenta un alfa de .90.

Bienestar psicológico: se utilizó el inventario de 12 ítems desarrollado en un estudio previo (Gaxiola, Gaxiola, González & Valenzuela, 2014), basado en el inventario de Ryff (1989), que evalúa las áreas de autoaceptación, relaciones positivas con otros, control ambiental, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal, descritas en su modelo. Cuenta con una escala Likert con opciones de respuesta desde nunca (0) hasta totalmente (4). Como ejemplo de un reactivo es posible mencionar “Se siente capaz de resolver sus problemas”. El inventario presenta un alfa de .86.

Prácticas parentales: se utilizó la escala de prácticas parentales (Andrade y Betancourt, 2010) en sus dos modalidades, tanto de las prácticas parentales maternas como de las paternas. El instrumento presenta una escala de medida que va de nunca (0) hasta siempre (3); como ejemplo de reactivos sobre las prácticas maternas: “Le digo a mi mamá lo que hice, cuando salgo y regreso a casa”, mientras que para las prácticas paternas: “Mi papá habla conmigo sobre mis problemas”. El instrumento presenta un alfa de .84 para las prácticas maternas y un alfa de .92 para las prácticas paternas.

Ambiente familiar positivo: se utilizó el inventario de Ambiente familiar positivo de Aranda, Gaxiola, González & Valenzuela (2017), que evalúa las transacciones positivas

que se dan entre los miembros de la familia. El instrumento consta de 19 reactivos, con una escala Likert de medida que va de 0= Nunca a 4= Siempre. Presenta un alfa de .93.

Características del contexto: se utilizará el inventario de Frías, Fraijo & Cuamba (2008). Esta escala cuenta con 14 reactivos, de los cuales se pueden mencionar como ejemplos: “¿Qué tan peligrosa es tu escuela?” “¿Qué tan peligrosa es tu colonia o barrio?” El instrumento cuenta con una escala de medida tipo Likert desde nunca (0) hasta demasiado (4). Los autores reportaron un alfa de .80.

Depresión: se utilizó la escala de activación conductual (Kanter et al., 2007) previamente validada para población adolescente que consta de 7 reactivos y presenta un alfa de .80

Procedimiento

Primeramente, se llevó a cabo la identificación de las instituciones a partir de los indicadores de riesgo anteriormente mencionados (marginación y reportes de violencia en la zona) por parte de INEGI y datos de Seguridad Pública con referencia a las 32 secundarias públicas de la ciudad de Hermosillo, Sonora. A partir de lo anterior, se seleccionó una escuela que presentaba los mayores indicadores de riesgo en la región, y otra, con indicadores bajos de riesgo. Se solicitaron los permisos correspondientes para la realización de la investigación, se les explicó a los directivos los objetivos del estudio y con previo asentimiento informado, se aplicó de manera colectiva la batería de pruebas, con una duración aproximada de 20 minutos.

Análisis de datos.

La captura de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS versión 23 en donde se realizaron los análisis correspondientes al interés del estudio. Posteriormente, por medio del programa estadístico EQS 6.1 se probó el modelo de ecuaciones estructurales propuesto.

Resultados

Resultados fase 1

Se presentan los resultados de las validaciones de las escalas de adaptabilidad psicológica, calidad de vida y activación conductual en población adolescente. Primeramente, se presenta la validación para la escala de adaptabilidad psicológica.

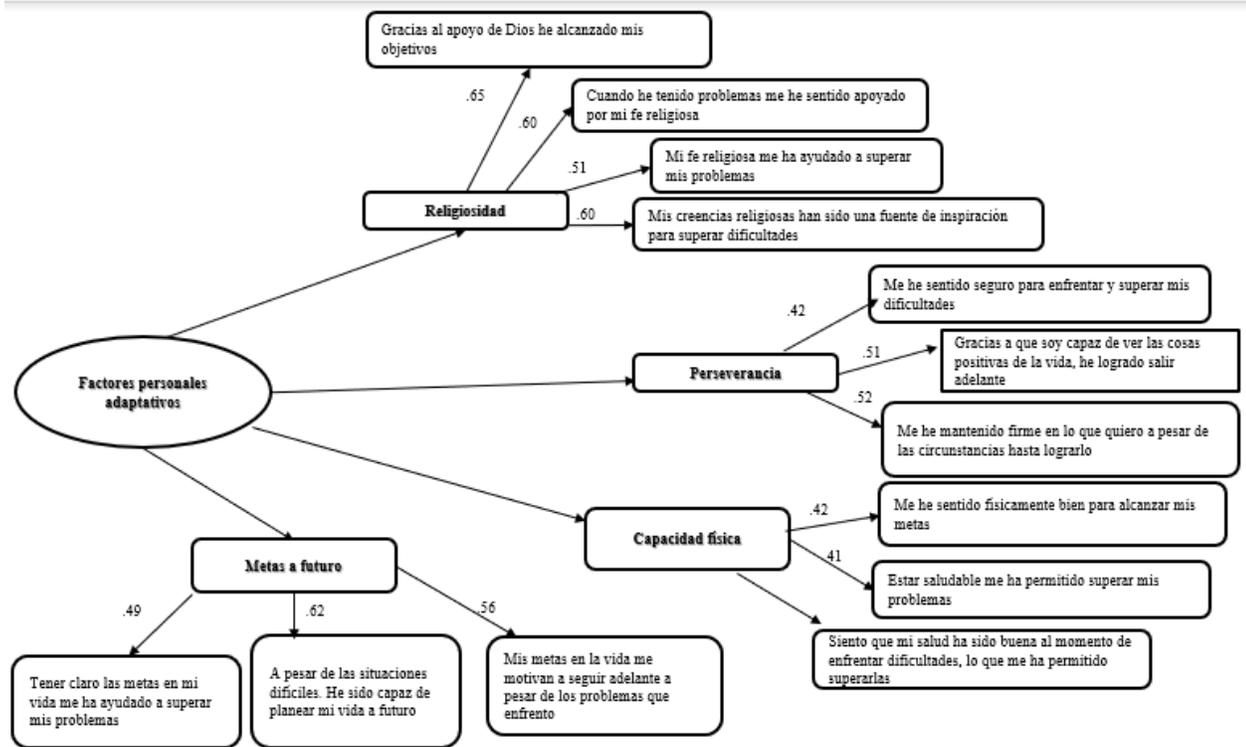
La muestra estuvo compuesta por adolescentes entre 12 y 15 años, en donde el 55% eran del sexo masculino, mientras que el 39% eran del sexo femenino.

En cuanto a la confiabilidad de la escala, los resultados obtenidos muestran que presenta un alfa de .87, como es posible apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Confiabilidad de la escala de Adaptabilidad Psicológica

Alfa de Cronbach	N de elementos
.87	13

Por otro lado, se muestra en la figura 1 el análisis factorial confirmatorio de la escala de adaptabilidad psicológica, en donde es posible observar la conformación de 4 factores, perseverancia, capacidad física y metas a futuro que constituyen los factores personales adaptativos de la muestra evaluada.



$\chi^2=101.38$ gl= 55 p= 0.000 BBNFI= .0.90 BBNNFI=.97 CFI=.98

Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio de Factores Personales Adaptativos.

De igual manera, en la tabla 2, se muestran los resultados obtenidos entre las correlaciones de las escalas utilizadas para la evaluación de la validez convergente.

Tabla 2. Correlaciones entre escalas

	Adaptabilidad	Depresión	Bienestar Ps
Adaptabilidad	1	-.40**	.63**
Depresión	-.40**	1	-.33**
Bienestar Ps	.63**	-.33**	1

**p<0.01

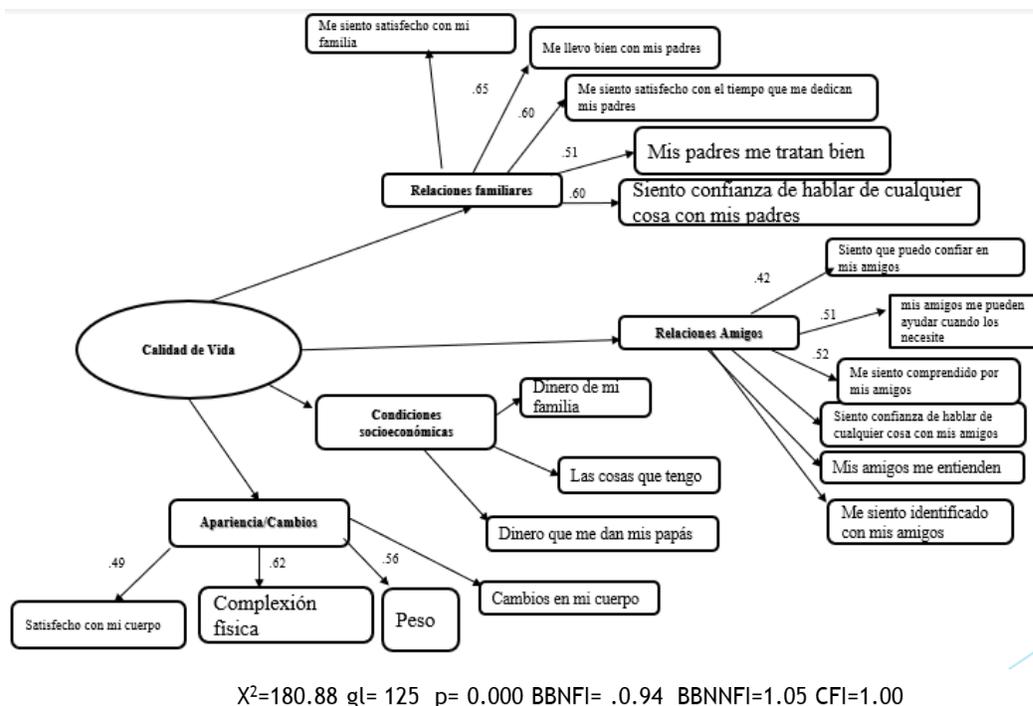
Como se puede observar en la tabla 3, existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la adaptabilidad psicológica y la depresión ($R_h = -.40$, $p < 0.01$), de igual manera, la adaptabilidad psicológica presenta relación positiva y estadísticamente significativa con el bienestar psicológico reportado por los adolescentes de la muestra ($R_h = .63$, $p < 0.01$).

En el caso de la escala de calidad de vida en adolescentes, se presenta en la tabla 3 el alfa de Cronbach obtenido.

Tabla 3. Confiabilidad de la escala de Calidad de vida en adolescentes

Alfa de Cronbach	Ítems
.90	18

De la misma forma, en la figura 2, se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala, en donde podemos observar la conformación de 4 factores, de los cuales se distinguen las relaciones familiares, relación con amigos, características socioeconómicas y apariencia física sumando un total de 18 ítems que componen la escala de calidad de vida presentando bondades de ajuste aceptables ($\chi^2 = 180.88$ $gl = 125$ $p = 0.000$ $BBNFI = .0.94$ $BBNNFI = 1.05$ $CFI = 1.00$).



Con el propósito de evaluar la validez convergente se presentan a continuación las correlaciones de Spearman entre las variables analizadas, encontrando correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la calidad de vida y la resiliencia ($R_h=.62$, $p<0.01$), así como correlación negativa y estadísticamente significativa con la depresión ($R_h= -.40$, $p<0.01$) como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Correlaciones Escalas

	Calidad de Vida	Resiliencia	Depresión
Calidad de Vida	1	.62**	-.40**
Resiliencia	.62**	1	-.35**
Depresión	-.40**	-.35**	1

** $p<0.01$

En cuanto a la validación de la escala de Activación conductual, en la tabla 6 se muestra el alfa de la escala.

Tabla 6. Alfa de Cronbach de la escala de activación conductual

Alfa de Cronbach	Ítems
.74	7

De igual manera, se presenta en la figura 3, el análisis factorial confirmatorio de la escala de activación conductual, en donde es posible apreciar la existencia de 19 ítems ubicados en 5 factores: activación, deterioro social y deterioro escuela, evitación y rumia; los cuales resultaron con bondades de ajuste aceptables: $X^2=273.229$ $gl= 137$ $p= 0.000$

BBNFI= .0.90 BBNNFI=.93 CFI=.95 RMSEA= 0.5

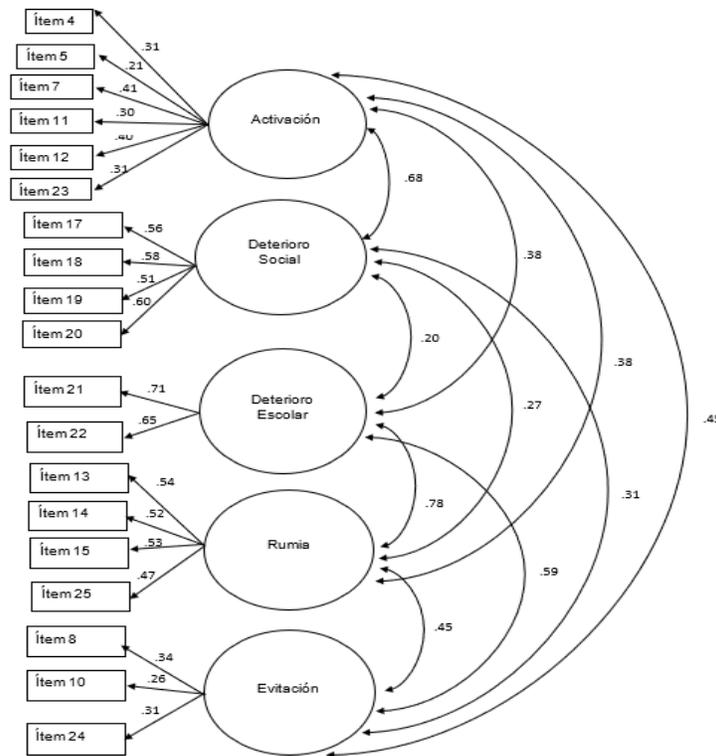


Figura 3. Modelo de cinco factores. $X^2=273.229$ $gl= 137$ $p= 0.000$ BBNFI= .0.90 BBNNFI=.93 CFI=.95 RMSEA= 0.5

Resultados fase 2

Se presentan a continuación los resultados demográficos de la escuela de alto riesgo.

La muestra estuvo compuesta por adolescentes entre 11 y 15 años, en donde el 55% eran del sexo femenino, mientras que el 45% eran del sexo masculino.

Tabla 7 Demográficos escuela alto riesgo

Variables	
Sexo	<i>F (%)</i>
Femenino	100 (55)
Masculino	84 (45)
Estado civil mamá	
Casada	94 (51)
Unión libre	40 (21)
Divorciada	20 (11)
Soltera	12 (6.5)
Viuda	6 (3.3)
Estado civil papá	
Casado	93 (50.5)
Unión libre	30 (16.3)
Soltero	16 (8.7)
Divorciado	12 (6.5)
N=184	

En la tabla 8 se presentan las escalas utilizadas en el estudio, manteniendo valores de alfa aceptables, como se puede apreciar.

Tabla 8 Alfas escalas utilizadas

Escala	Alfa
Adaptabilidad	.87
Bienestar Psicológico	.87
Calidad de Vida	.92
Ambiente familiar positivo	.94
Características del contexto	.87
Activación Conductual	.77
Prácticas parentales	.93

En la tabla 9, se muestran las correlaciones obtenidas entre las variables de interés del estudio en la escuela de riesgo alto, en donde es posible observar, correlaciones estadísticamente significativas positivas del bienestar psicológico ($R_h = .51$), adaptabilidad psicológica ($R_h = .41$), Ambiente familiar positivo ($R_h = .60$), Prácticas parentales maternas ($R_h = .25$) y prácticas parentales paternas ($.33$) con la calidad de vida, mientras que por otro lado, la depresión ($R_h = -.31$) y las características del contexto ($R_h = -.20$) se asociaron de manera negativa y significativa con la calidad de vida.

Tabla 9 Correlaciones de la escuela alto riesgo

	CV	BPsi	Adapt	Depre	AFP	CR	PCP	PAP	PIP	PCPP	PCM	PCCM	PIM	PCPM
CV	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BPsi	.70**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adapt	.55**	.60**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Depre	-.32**	-.32**	-.25**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AFP	.53**	.49**	.30**	-.32**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CR	-.21**	-.06	-.05	.29**	-.11	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PCP	.37**	.35**	.27**	-.21**	.52**	-.08	1	-	-	-	-	-	-	-
PAP	.28**	.27**	.19**	-.25**	.31**	-.16*	.59**	1	-	-	-	-	-	-
PIP	-.01	.01	.14	.19*	-.03	.20*	.16*	-.17*	1	-	-	-	-	-
PCPP	-.07	-.09	-.00	.31**	-.16	.15	-.10	-.27**	.56**	1	-	-	-	-
PCM	.43**	.43**	.29**	-.29**	.60**	.01	.49**	.33**	.10	-.01	1	-	-	-
PCCM	.40**	.37**	.27**	-.26**	.45**	-.04	.32**	.25**	.03	-.05	.61**	1	-	-
PIM	-.14	-.09	-.09	.33**	-.18*	.15*	.02	-.09	.45**	.29**	-.14	-.15*	1	-
PCPM	-.08	-.04	-.04	.20**	-.23**	.15*	-.11	-.15	.31**	.31**	-.23**	-.14	.31**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral) CV: Calidad de Vida. BPsi: Bienestar psicológico. Adapt: Adaptabilidad. Depre: Depresión. AFP: Ambiente familiar positivo. CR: Contexto de Riesgo. PCP: Práctica de comunicación paterna. PAP: Práctica de autonomía paterna. PIP: Práctica de imposición paterna. PCPP: Prácticas de control psicológico paternas. PCM: Práctica de comunicación materna. PCCM: Práctica de control conductual materno. PIM: Prácticas de imposición materna. PCPM: Prácticas de control psicológico materno.

De igual manera, se muestra en la tabla 8 las correlaciones obtenidas en la escuela de bajo riesgo, en donde es posible mencionar la presencia de correlaciones estadísticamente significativas positivas del bienestar psicológico (Rh= .70), adaptabilidad psicológica (Rh=.55), Ambiente familiar positivo (Rh=.53), Prácticas parentales maternas (Rh=.25) y prácticas parentales paternas (.33) con la calidad de vida, mientras que por otro lado, la depresión (Rh=-.32) y las características del contexto (Rh= -.21) se asociaron de manera negativa y significativa con la calidad de vida.

Tabla 10 Correlaciones de la escuela bajo riesgo

	CV	BPsi	Adapt	Depre	AFP	CR	PM	PP
CV	1	-	-	-	-	-	-	-
BPsi	.51**	1	-	-	-	-	-	-
Adapt	.41**	.61**	1	-	-	-	-	-
Depre	-.31**	-.32**	-.25**	1	-	-	-	-
AFP	.60**	.49**	.30**	-.32**	1	-	-	-
CR	-.20**	-.06	-.05	.29**	-.11	1	-	-
PM	.25**	.35**	-.27**	-.21**	.52**	-.08	1	-
PP	.33**	.27**	.19**	-.25**	.31**	-.16*	.59**	1

En la figura 4, se muestra el modelo estructural resultante de los factores protectores de la calidad de vida en la muestra de alto riesgo, en donde podemos observar que los factores protectores se conformaron por el ambiente familiar positivo (.81), las prácticas de comunicación materna (.81), prácticas de control conductual materna (.60), prácticas de comunicación materna (.59); que afectaban a los factores personales adaptativos, compuestos por perseverancia (.82), metas en la vida (.76), y percepción de salud (.79), en donde éste a su vez, afectaba al bienestar psicológico (.53) y a la calidad de vida (.58), la cual se encontró conformada por relaciones familiares (.89), condiciones socioeconómicas (.70) y cambios físicos (.60). El modelo resultante obtuvo bondades de ajuste aceptables ($X^2= 68\ 030, gl= 37, p = .001; BNFI= 0.92; BNNFI= 0.94; CFI= 0.96; RMSEA= 0.07$. $R^2= .82$), explicando el 82% de la varianza de la calidad de vida.

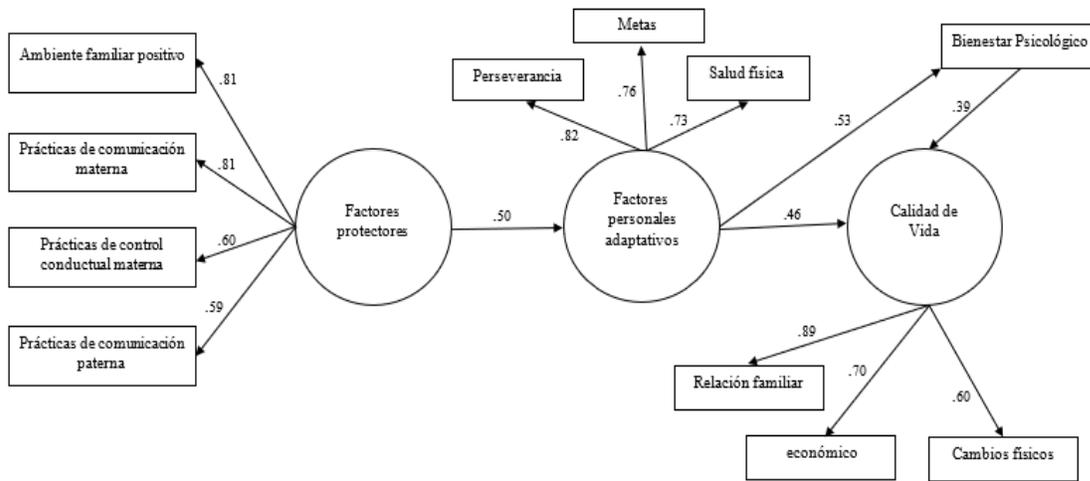


Figura. Modelo de Calidad de vida. ($\chi^2 = 68.030$, $gl = 37$, $p = .001$; $BNFI = 0.92$; $BNNFI = 0.94$; $CFI = 0.96$; $RMSEA = 0.07$. $R^2 = .82$)

Por otro lado, en la figura 5 se muestra el modelo de los factores de riesgo de la escuela con alto riesgo, aquí podemos observar que las prácticas de control psicológico materno (.58), control psicológico paterno (.79), imposición paterna (.65) e imposición materna (.62) conformaron los factores de riesgo, que afectaban a su vez, a la calidad de vida de los adolescentes (-.13), la cual se encontró conformada por las relaciones familiares (.79), relaciones con amigos (.62), condiciones socioeconómicas (.69) y cambios físicos (.67); en este modelo es importante mencionar que los factores personales adaptativos no fueron afectados por los factores de riesgo de manera significativa, pero si afectaban a la calidad de vida (.81), manteniendo sus 4 factores originales.

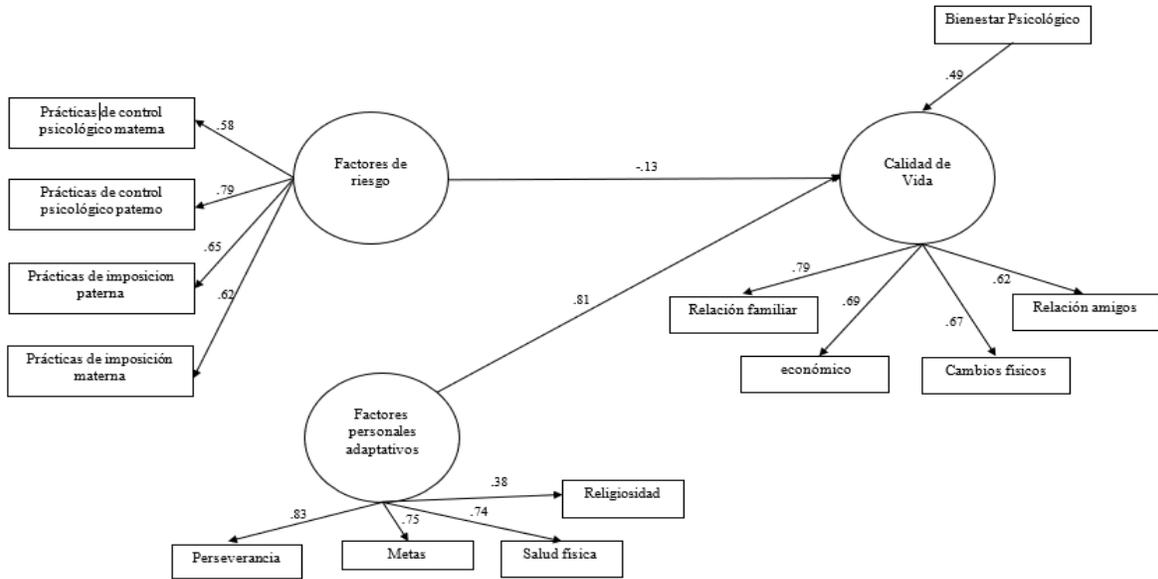


Figura. Modelo de Calidad de vida. ($\chi^2 = 143.45$, $g = 73$, $p = .001$; BNF1 = 0.83; BNNFI = 0.89; CFI = 0.91; RMSEA = 0.08. $R^2 = .68$)

En el caso de la muestra de bajo riesgo, se puede observar en la figura 6 el modelo de ecuaciones estructurales resultante.

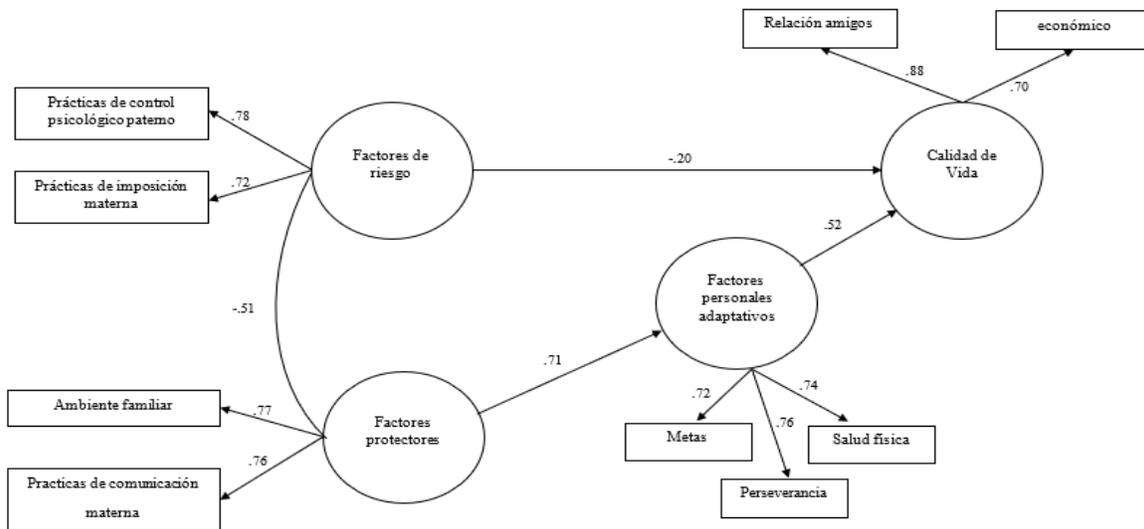


Figura. Modelo de Calidad de vida. ($\chi^2 = 143.45$, $g = 73$, $p = .001$; BNF1 = 0.91; BNNFI = 0.92; CFI = 0.92; RMSEA = 0.06. $R^2 = .87$)

Los factores protectores estuvieron compuestos por el ambiente familiar (.77) y las prácticas de comunicación materna (.76), en contraparte, los factores de riesgo se conformaron por las prácticas de control psicológico paterno (.78) y las prácticas de

imposición materna (.72), así mismo se puede apreciar una covarianza negativa entre los factores protectores y de riesgo (-.51). Los factores de riesgo afectaron de manera negativa a la calidad de vida (-.20), mientras que los factores protectores afectaron los factores personales adaptativos (.71), quienes estuvieron compuestos por metas en la vida (.72), perseverancia (.76) y salud física (.74) y estos a su vez, afectaron de manera positiva a la calidad de vida (.52), la cual estuvo compuesta por las relaciones con amigos (.88) y las condiciones económicas (.70).

El modelo resultante presentó bondades de ajuste aceptables ($X^2 = 143.45$, $gl = 73$, $p = .001$; $BNFI = 0.92$; $CFI = 0.92$; $RMSEA = 0.06$. $R^2 = .87$), explicando el 87% de la varianza de calidad de vida.

Asimismo, se evaluaron las diferencias entre las muestras de ambas escuelas a partir de la prueba de U de Mann Whitney.

Tabla 11. Diferencias entre escuelas

	Escuela Riesgo Alto	Escuela riesgo bajo	Sig.
Bienestar Psicológico	36655.00	31304.50	.02
Control Psicológico materno	31278.50	34787.50	.02
Control Psicológico paterno	35705.50	30360.50	.02
Imposición materna	28536.50	37529.50	.01
Perseverancia Adaptabilidad	36575.00	29491.00	.02
Relación Familiar CV	35822.00	30244.00	.01
Apariencia/cambios físicos CV	35593.00	30473.00	.03
Comunicación Materna	35604.00	30462.00	.03

La tabla 11, nos muestra las diferencias estadísticamente significativas resultantes entre las escuelas evaluadas ($p < 0.05$), en donde se puede destacar el bienestar psicológico, reportándose en mayor medida en la escuela de alto riesgo (SR= 36655.00), el control psicológico materno (SR= 34787.50), el control psicológico paterno (SR= 35705.50), la práctica de imposición materna (SR= 37529.50), la práctica de comunicación materna (SR=

35604.00), las relaciones familiares (SR= 35822.00) y la percepción de apariencia y cambios físicos, parte de la escala de calidad de vida (SR=35593.00).

De la misma forma, se llevó a cabo un modelo con los datos obtenidos de ambas escuelas, como se muestra en la figura 7.

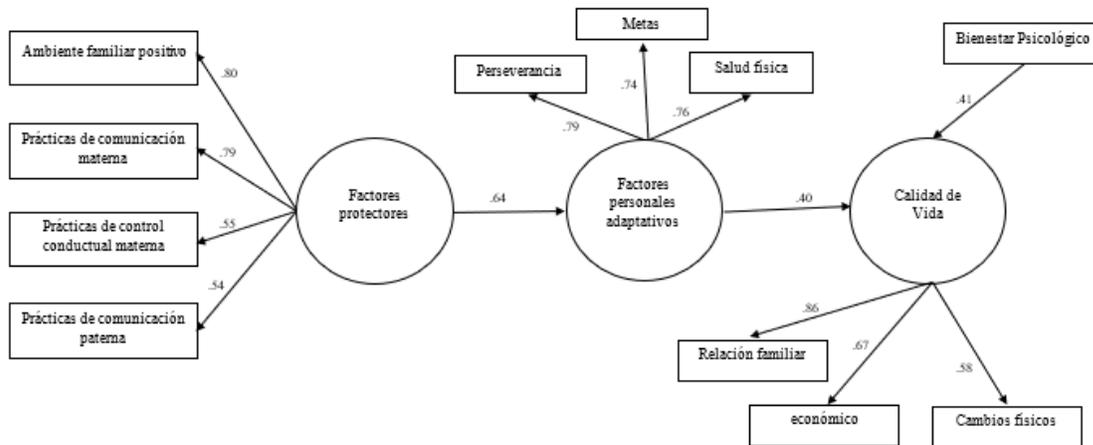


Figura. Modelo de Calidad de vida. ($X^2 = 98.675$, $gl = 47$, $p = .002$; $BNFI = 0.92$; $RMSEA = 0.06$; $CFI = 0.94$; $R^2 = .80$)

En este sentido, el modelo resultante indica que los factores protectores de la muestra están compuestos por el ambiente familiar positivo (.80), las prácticas de comunicación (.79) y control conductual maternas (.55) y la práctica de comunicación paterna (.54). Los factores protectores afectaban de manera positiva a los factores personales adaptativos (.64), mismos que estaban constituidos por perseverancia (.79), salud física (.74) y metas en la vida (.76); afectando de manera positiva a la calidad de vida (.40). El factor calidad de vida estuvo compuesto por relaciones familiares (.86), Condiciones económicas (.67) y cambios físicos (.58), de la misma forma, el bienestar psicológico afectó de manera positiva a la calidad de vida (.41). El modelo resultante presenta bondades de ajuste aceptables ($X^2 = 98.675$, $gl = 47$, $p = .002$; $BNFI = 0.92$,

BNNFI= 0.94, CFI= 0.94, RMSEA= 0.06. $R^2= .80$) y explica el 80% de la varianza de calidad de vida en la muestra evaluada de ambas escuelas.

Discusión

A manera de discusión, y de acuerdo con los resultados obtenidos, podemos mencionar en la primera fase de validación la obtención de instrumentos válidos y confiables para la evaluación de adaptabilidad psicológica, calidad de vida y activación conductual en adolescentes.

El instrumento de adaptabilidad psicológica estuvo compuesto por 4 factores: perseverancia, metas a futuro, religiosidad y percepción de salud física, con bondades de ajuste aceptables, siendo el primer acercamiento a la medición del constructo de adaptabilidad como propuesta de sustitución al término resiliencia (Gaxiola, 2015), por lo que sugiere su utilización para reafirmar su composición psicométrica.

Por otra parte, es posible mencionar que evidentemente, la adaptabilidad psicológica se encontró asociada de manera positiva y significativa con el bienestar psicológico, como se han encontrado en diversos estudios (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018), de igual manera, se pudo comprobar la relación que dicha variable presenta con la depresión en adolescentes, relacionándose de manera negativa y significativa, como lo indica la literatura (González, et, al., 2016; Restrepo-Restrepo, Vinaccia & Quiceno, 2011).

En lo que respecta al instrumento de Calidad de vida, fue posible visualizar un alfa aceptable en la totalidad del instrumento, quedando representada con .90, además en el análisis factorial confirmatorio, la escala quedó constituida por 4 factores, las relaciones

familiares, relaciones con amigos, características socioeconómicas y apariencia física, formando un total de 18 ítems que dan cuenta del constructo con bondades de ajuste aceptables para la muestra evaluada; este instrumento fue desarrollado a partir de la necesidad de contar con un instrumento para la evaluación de la calidad de vida especialmente para la población adolescente, que no presentara ningún tipo de patología como se ha propuesto en la literatura (Higueta-Gutierrez, 2015).

De igual manera, se pudieron obtener correlaciones estadísticamente significativas con la resiliencia y la depresión, positivas y negativas respectivamente como lo indica la literatura, en donde se encuentra una relación positiva de la resiliencia y la calidad de vida (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson & Cooper, 2018; Ryff, 2016) mientras que en contraparte se reporta una relación negativa de la calidad de vida con la depresión (Quiceno & Vinaccia, 2014; Restrepo et al., 2011; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

En el caso de la escala de La Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) (Kanter et al., 2007), presenta bondades de ajuste aceptables en población adolescente, así como también cumple con el criterio de validez convergente, relacionándose de manera negativa con el bienestar psicológico como lo menciona la literatura (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován & Atiencia, 2016; González & Rivera, 2016; Torrel & Delgado, 2016).

En cuanto a las correlaciones obtenidas en la fase 2 del estudio se encontraron asociaciones positivas y estadísticamente significativas de los factores protectores evaluados con la calidad de vida, en ambas escuelas seleccionadas, lo que es consistente con otros estudios reportados en la literatura, en donde encuentran relación positiva de la resiliencia (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández & Revuelta, 2016; Johnson, Robertson &

Cooper, 2018), el ambiente familiar positivo (Monge, Cubillas, Román & Valdez, 2007; Reinherz, Giaconia, Paradis, Novero & Kerrigan, 2008; Fernández, García, Valdés & Martín, 2012; Salazar, Veytia, Márquez & Huitrón 2013; Holtom-Viesel & Allan 2014; Proctor & Linley, 2014; Raboteg-Saric & Sakic, 2014) y las prácticas de crianza (Isaza & Henao, 2012; Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015) con el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes.

Caso contrario a lo que sucede con los factores de riesgo evaluados, los cuales se han encontrado asociados de manera negativa con la calidad de vida y el bienestar, como es el caso de la marginación (Escamilla-Santiago, et, al., 2012; Barcelata, Durán & Gómez, 2012), la depresión (Sánchez, 2007, Torrel & Delgado, 2016; Abambari, Zhunio, Romero, Redrován & Atiencia, 2016) y algunas prácticas parentales negativas ((Isaza & Henao, 2012; Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Por otro lado, en cuanto a los modelos de ecuaciones estructurales resultantes, se pudo apreciar que los factores protectores más significativos para la muestra de riesgo fueron el ambiente familiar positivo, las prácticas de comunicación materna y paterna, al igual que la de comunicación materna, reafirmando la importancia que tiene la familia como fuente de protección y apoyo en esta etapa de la vida y bajo las condiciones de riesgo que presentaba dicha muestra, como se ha encontrado en otros estudios (Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya & López, 2014; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Además, dichos factores protectores tuvieron efecto positivo sobre los factores personales adaptativos, como era de esperarse debido a que muchas conceptualizaciones de los factores personales adaptativos consideran la interacción de los factores protectores y de

riesgo para su evaluación (Quesada, 2004; Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido & Figueroa, 2011; Gaxiola, 2015; Melillo, 2007).

En cuanto a la calidad de vida, se pudo apreciar que en la escuela de riesgo el componente de relaciones con amigos no fue significativo en el modelo protector, sin embargo, si lo fue en el modelo de riesgo, esto puede ser debido a que por ser una muestra ubicada en sectores de riesgo, las amistades de los adolescentes evaluados pudieran fungir como amistades de riesgo, probabilizando de esta manera comportamientos desadaptativos que pudieran incidir en su calidad de vida y bienestar (González, Pineda & Gaxiola, 2018; Torres, et, al., 2016).

Por otro lado, en el caso del modelo resultante en la escuela de bajo riesgo, se destaca la importancia de la familia y de la crianza de comunicación materna como protectores de la adaptabilidad y la calidad de vida en la muestra evaluada, resultados similares a lo mencionado con anterioridad en la escuela de riesgo, sin embargo, cabe destacar el papel de la madre en la crianza de los hijos, debido a que como convencionalmente se sabe, es la que mayor tiempo dedica a la crianza de los hijos, por lo que se encarga de la generación y regulación mayoritaria de normas y reglas en el hogar, así en un contexto de bajo riesgo, resulta llevar a cabo comportamientos que limitan en cierta forma la autonomía de los hijos, restringiéndole actividades y controlando en mayor medida lo que hacen sus hijos, cosa que la muestra evaluada reporta como factor de riesgo tal y como se han encontrado en estudios previos (Tur-Porcar, et, al., 2012; Valenzuela, 2017).

Otro aspecto interesante para destacar del modelo resultante es que las relaciones con los amigos conformaron la calidad de vida de los adolescentes a diferencia de lo que

sucedía en la escuela de riesgo, reafirmando la importancia de los amigos en esta etapa de la vida (Cruz Ortíz-Peña, et. al., 2019; Grao-Cruces, Loureiro, Fernández-Martínez & Mota, 2016).

En cuanto al análisis de diferencias entre las variables evaluadas en ambas escuelas, es interesante puntualizar el hecho de que el bienestar psicológico es reportado mayoritariamente en la escuela de alto riesgo, por lo que se puede corroborar que el bienestar psicológico no parece tener que ver con condiciones contextuales en términos de la marginación y los reportes de violencia en la zona de vida, tal como se ha encontrado en diferentes estudios (Escamilla-Santiago, et al., 2012; Valenzuela, 2017).

Por último, en el modelo general probado, los factores más significativos para la calidad de vida y la adaptabilidad en los adolescentes evaluado son los factores protectores, destacando el ambiente familiar positivo y la crianza materna que resulta ser más protectora en comparación con la del padre, al menos en la muestra evaluada, como se han encontrado en otras investigaciones, considerando a la crianza materna más cálida y favorecedora al bienestar de los hijos (Galaz, et. al., 2019; Torrel & Hernández, 2016).

Limitaciones y recomendaciones del estudio.

Como primera limitación se puede mencionar el hecho de que se contó con una muestra a conveniencia, por los criterios de selección utilizados y los intereses del estudio, que no permiten la generalización de los resultados.

Se sugiere para estudios previos, la consideración de las colonias como distintivo de los riesgos en lugar de las escuelas, para de esta manera contar con un análisis más fino de las situaciones que viven los adolescentes y sus contextos cercanos.

De igual manera se sugiere evaluar otros contextos con los que el individuo interactúa, el caso de sus relaciones en la escuela, como amigos en su colonia o vecindario y considerar ser más sensible a la elección de los riesgos si es el caso del interés de los diferentes estudios.

Referencias

- Abambari, C., Zhunio, D., Romero, A., Redrován, J., & Atiencia, R. (2016). La disfuncionalidad familiar como factor asociado a Depresión y Ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. *Revista Médica HJCA*, 5(1), 69-73.
- Agost, M. R., Martín, L. 2012. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1): 126-140.
- Almenares, M. Louro, I. & Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15 (3). 286 Ciudad de La Habana.
- Versión On-line Recuperado el día 14 de junio del 2013 de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi11399.pdf>
- Araiza, V., Silva, A., Coffin, N., Jiménez, L. (2009). Hábitos de estudio, ambiente familiar y su relación con el consumo de drogas en estudiantes. *Psicología y salud*, 19(2), 237-245.
- Barcelata, B., Durán, C., Gómez-Maqueo, L. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Batista, Y. M., Vega, Y. M., & Caamaño, D. L. (2013). Presencia del maltrato y abuso sexual en el hogar en estudiantes de secundaria en tres colegios públicos de la ciudad de Santa Martha –Magdalena- (Colombia). *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 10(1), 67- 72.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *RPPC*, 11(3): 125-146.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cardona-Arias, J. e Higuaita-Gutiérrez, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2) 175-189.
- Cerezo, F., Méndez, I. 2012. Conductas de riesgo social y de salud en adolescentes. Propuesta de intervención contextualizada para un caso de bullying. *Anales de psicología*, 28(3): 705-719. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156001>
- Coleman, J. C., Hendry, L. B. 2003. *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata. Madrid. España.
- Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Fraijo, B., Tapia, C., Corral, N. (2014). *Ambientes Positivos. Ideando entornos sostenibles para el bienestar humano y la calidad ambiental*. México: Pearson.
- Cruz Ortiz-Peña, M., Navarro-Oliva, P., Idalia, E., Javier Echevarria-Cerda, F., Rafael Guzmán-Facundo, F., Arturo Pacheco-Pérez, L., & Rodríguez Puente, L. A. (2019). Apoyo social percibido a través de Facebook, familia y amigos y el consumo de alcohol en adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 19(2).
- Darling, N., Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Dos Reis, D., Almeida, T., Alves, R., Madeira, F. (2013). Vulnerabilidades a la salud en la adolescencia: condiciones socioeconómicas, redes sociales, drogas y violencia. *Rev Latinoam Enfermagem*, 21(2), 1-9.

- Escamilla-Santiago, R., Narro-Robles, J., Fajardo-Gutiérrez, A., Rascón-Pacheco, R., López-Cervantes, M. (2012). Tendencia de la mortalidad por cáncer en niños y adolescentes según grado de marginación en México (1990-2009). *Salud Pública*, 54(6): 587-594.
- Estevez, E., Emler, N. P. (2011). Assessing the links among adolescent and youth offender, antisocial behavior, victimization, drug use, and gender. *Indian Journal of Child Health* (2), 269-289
- Fuentes, M., García, F., Gracia, E. & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1) <http://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10876>
- Galaz, M. M. F., Manrique, M. T. M., Ayala, M. D. L. C., Mota, M. J. C., & Díaz-Loving, R. (2019). Crianza materna y regulación emocional en adolescentes: diferencias asociadas al sexo. *Emerging Trends in Education*, 1(2).
- Gaxiola, J., Frías, M. (2007). Los factores protectores y la adaptabilidad al abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* (Número especial: Memoria del XV Congreso Mexicano de Psicología), 222223.
- Gaxiola, R.J. C., Frías, A. M., Hurtado A. M. F., Salcido, N. L. C., Figueroa, F. M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1): 73-83.
- Gaxiola, J. C. (2015). *Adaptación psicológica humana*. Pearson. México.
- González-Arriata, L. (2007). Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Iberoamericana, México.
- González, I., Santos, E., Paiva, L., Aparecida, L., Espadoti, R. & Alcalá, D. (2016). Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 24, 28-36.

- González-Ramírez, T., & Pedraza-Navarro, I. (2017). Variables sociofamiliares asociadas al abandono de los estudios universitarios. *Educatio Siglo XXI*, 35(2 Julio), 365-388.
- González, S., Gaxiola, J. C. & Valenzuela, E. R. (2018) Apoyo social y resiliencia predictores del bienestar psicológico en adolescentes con suceso de vida estresante. *Psicología y salud*, 28(2), 167-176.
- González, S., Pineda, A. & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 63-73.
- Grao-Cruces, A., Loureiro, N., Fernández-Martínez, A., & Mota, J. (2016). Influencia de padres y amigos sobre la actividad física de tiempo libre en estudiantes españoles de 12-16 años: diferencias por sexo e intensidad. *Nutricion hospitalaria*, 33(4), 790-793.
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: assessment, intervention, and prevention*. Indiana: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3110-7
- Isaza, L., Henao, G. 2012. Actitudes-Estilos de enseñanza: Su relación con el rendimiento académico. *International Journal Psychological Research*, 5(1): 133-141.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., García-Moya, I., López, F. (2014), Las relaciones familiares en la voz de chicos y chicas adolescentes. *Journal Child Adolescents Psychology*, 5(2).
- Johnson S., Robertson I., Cooper C.L. (2018) Improving Psychological Well-Being: Personal Development and Resilience. In: WELL-BEING. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62548-5_8

- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en Resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Psicología.com*, 15 (51), 1-12.
- Litke, R. (1992). Pensar la Violencia. Perspectivas filosóficas, históricas psicológicas y sociológicas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. Unesco.
- Maroto Merino, P. (2017). Género y discapacidad intelectual. Una propuesta de acción socioeducativa para la equidad. *Tesis para obtener el grado de Educación Social*. Universidad de Valladolid.
- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018–1024. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-014-0118-7>
- Melillo, A. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M.M. Munist, E. N. Suárez, D. Krauskopf T. Silber (Comps.) *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 60-79). Buenos Aires: Paidós.
- Navarro-Loli, Jhonatan S., Moscoso, Manolete, & Calderón-De la Cruz, Gustavo. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Manejo de

- Trastornos Mentales y Cerebrales. Recuperado de
http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
- Proctor C., Linley P.A. (2014) Life Satisfaction in Youth. In: Fava G., Ruini C. (eds) *Increasing Psychological Well-being in Clinical and Educational Settings. Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology*, vol 8. Springer, Dordrecht
- Pérez, M., & Aguilar, J. (2009). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud*, 19(1)
- Quesada, V. (2004). El concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide Sevilla. Recuperado de:
<http://www.addima.org/Documentos/Articulos/Articulo%20Cristina%20Villalba%20Quesada.pdf>
- Raboteg-Saric, Z. & Sakic, M. (2014). Relations of Parenting Styles and Friendship Quality to Self-Esteem, Life Satisfaction and Happiness in Adolescents. *Applied Research Quality of Life* 9, 749-765.
- Ramírez, C. A., Almeida, G. I. (2003). Percepción hacia las relaciones sexuales y de riesgo de embarazo en adolescentes. *Psicología y salud*, 13(2): 227-233.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Paradis, A.D., Novero, C., Kerrigan, M. K. (2008).

- Health-Promoting Influences of the Family on Late Adolescent Functioning. *Child Adolescents Social Work Journal*, 25, 517–530. DOI 10.1007/s10560-0080153-x.
- Restrepo-Restrepo, C., Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depression: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Rodríguez, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. Documento de proyecto UNFPA-ECLAC Annual Work Plan 2014. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, I., Fernández, A. & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23 (1), 60-69.
<https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.002>
- Ryff, C. (2016). Psychological well-being and health: past, present and future. *Psicologia Della Salute*, 1, 7-26
- Stuecher, U. H., Hjelle, R. J., Stuecher, M. R. C., & Rojo, A. F. (2017). Intervención Educativa Remedial con Niños de Escasos Recursos Económicos en el Ecuador. *Hallazgos21, develando ciencia por el desarrollo*, 2(2)
- Suriá, R., Rosser, A., & Villegas, E. (2014, Febrero). ¿Cómo evoluciona el estado de salud de los menores víctimas de violencia de género acogidos en los centros asistenciales? Comunicación presentada en el XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Universidad de Alicante, España.

- Torrel, M., & Delgado, M. (2016). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y desarrollo*, 17(1), 47-53.
- Torrel, L. C., & Hernández, Y. M. (2016). Relación entre los estilos de crianza y el bienestar psicológico en los adolescentes de tercero y cuarto grado de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca. *Revista tendencias en psicología*, 1(2), 16-24.
- Torres, F., Narvaez, A., Alvarado, G., Silva, X., Guerrero, J., Poveda, X., Cabrera, D. & Donoso, D. (2016). La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista ciencia UNEMI*, 9 (17), 85-91.
- Vargas, R. (2014). Experiencias de violencia intrafamiliar en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Tesis para optar por el título de Doctorado en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. & Riveros, F. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: un estudio descriptivo comparativo. *Salud y Sociedad*, 6(2), 172-180.
- Waiselsz, J. J. (2014). Juventude VIVA - Mapa da violência 2014: Homicídios e juventude no Brasil. Brasília: Qualidade. Retirado de: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
- WHO Quality of Life Assessment Group (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387
- World Health Organization (2002). Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization. Retrieved from:

[http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)