

## Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos

Fernando Riveros y Stefano Vinaccia-Alpi

Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia

*Relationship between sociodemographic, pathogenic and salutogenic variables and the quality of life of Colombian university students*

**Abstract:** Several studies have analyzed the quality of life related to health, but few in healthy population, ignoring its predictive variables. The objective of this research was to evaluate the relationship between sociodemographic, pathogenic and salutogenic variables, and health-related quality of life (HRQOL). Five hundred and three university students of 17 Colombian universities participated in the study. Several instruments related to the study variables were applied. The results showed: (1) High scores in HRQOL, anxiety, perceived stress, resilience and optimism, and low scores in depression; (2) inverse relationship between HRQOL and anxiety, depression and perceived stress; (3) inverse relationship between vitality and depression and perceived stress; (4) optimism showed a direct relationship to the mental component of quality of life; (5) higher scores for men in HRQOL and resilience, and for anxiety in women; and (6) the mental health component in men is explained by perceived stress and depression, whereas in women it is explained by perceived stress, depression, anxiety and the current semester. In conclusion, HRQOL scoring is mainly associated with pathogenic variables.

**Keywords:** Quality of life; salutogenic variables; pathogenic variables; college students.

**Resumen:** Varios estudios han analizado la calidad de vida relacionada con la salud, pero pocos en población sana, desconociendo sus variables predictoras. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Participaron 503 universitarios de 17 universidades colombianas a los que se les aplicó diversos instrumentos relacionados con las variables de estudio. Los resultados mostraron: (1) Altas puntuaciones en CVRS, ansiedad, estrés percibido, resiliencia y optimismo, y bajos niveles de depresión; (2) relaciones inversas entre ansiedad, depresión y estrés percibido con CVRS; (3) relaciones inversas entre depresión y estrés percibido con vitalidad; (4) el optimismo mostró una relación directa con el componente mental de calidad de vida; (5) mayores puntuaciones para hombres en CVRS y resiliencia, y para ansiedad en mujeres y (6) el componente de salud mental en hombres, lo explica el estrés percibido y la depresión, mientras que en mujeres lo explica el estrés percibido, depresión, ansiedad y semestre en curso. Puede indicarse que las puntuaciones en CVRS están asociadas principalmente a variables patogénicas.

**Palabras clave:** Calidad de vida; variables salutogénicas; variables patogénicas; estudiantes universitarios; Colombia.

### Introducción

La concepción de salud, regida principalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha tenido cambios considerables a lo largo del tiempo, pasando desde posturas exclusivamente sintomáticas y enfocadas a la enfermedad, hasta llegar a la actual definición que involucra un estado subjetivo de bienestar con atributos

Recibido: 08 abril 2016; aceptado: 08 septiembre 2017

*Correspondencia:* Fernando Riveros Munévar, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Avenida Caracas 46-22, 110231 Bogotá, Colombia. Correo-e: efriveros45@ucatolica.edu.co

*Agradecimientos:* Este estudio fue derivado del trabajo de grado de Maestría en Psicología del primer autor, dirigido por el segundo autor, y realizado en la Universidad Católica de Colombia.

físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, y ya no simplemente a la ausencia de enfermedad (Marks, Murray, Evans y Willing, 2008; Oblitas, 2009). Esta postura plantea la necesidad de evaluar e intervenir no sólo ante la presencia de enfermedades, sino en factores que favorezcan la adaptación ante el entorno y que mejoren la evaluación propia del individuo.

Bajo dicha concepción de la salud como un estado de bienestar subjetivo, se destaca la importancia de la salud mental, la cual involucra un sistema complejo en el que están interrelacionados aspectos de orden subjetivo y objetivo incluyendo factores sociales, culturales, biológicos y cognitivos (Núñez et al., 2010). Y esta visión que resalta la importancia de las condiciones objetivas y las percepciones subjetivas del individuo, da el paso a la evaluación de factores asociados a la buena vida (Urzúa y Caqueo, 2012) y a constructos también subjetivos como la calidad de vida.

Este constructo de calidad de vida (CV) ha sido ampliamente estudiado desde los años 60, cuando se postuló una evaluación diferente a la tradicional donde se medían variables no patológicas, y su asociación a la percepción de satisfacción o bienestar (Urzúa y Caqueo, 2012), sin embargo no se ha llegado a una definición aprobada en general, ya que se ha pasado por diferentes autores y un sinfín de conceptualizaciones. Algunas definiciones de la CV parten de la evaluación del individuo frente a su vida, mientras otras plantean la influencia de variables psicosociales en variables únicamente psicológicas, los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, o a definiciones más complejas que implican la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado (Vinaccia y Quiceno, 2012a).

Sobre ello, varios autores indican que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) estima la relación existente entre elementos objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar, satisfacción, expectativas y felicidad) (Amador et al., 2005; Ardila, 2003; Núñez et al., 2010). Revisiones cualitativas indican que, a pesar de la variación en las definiciones, la mayoría de las mismas indican que la CVRS es una evaluación subjetiva, multidimensional y que incluye sentimientos positivos y negativos que son variables en el tiempo (OMS, 1997; Urzúa y Caqueo, 2012). En este sentido, Somarriba y Pena (2009) incluyen estos procesos relacionados con la calidad de vida en la Figura 1.

Una definición integradora de los elementos anteriormente descritos planteada por Ardila (2003), entiende la calidad de vida como un estado global de satisfacción derivado de la realización de las potencialidades de la persona y que incluye aspectos subjetivos (intimidad,

expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida) y aspectos objetivos (bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y salud objetivamente percibida).

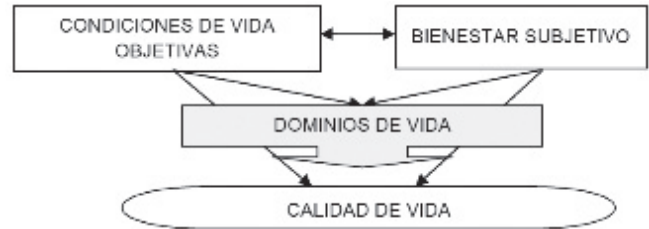


Figura 1. Modelo conceptual de calidad de vida. Tomado de Somarriba y Pena, 2009.

La CVRS, independientemente de su definición exacta, ha sido un tema de interés en la investigación, especialmente asociado a enfermedades. Por nombrar algunos, se encuentran estudios sobre el colon irritable y otras alteraciones intestinales (Tobón y Vinaccia, 2006), esquizofrenia (Quiceno, Vinaccia y Remor, 2011) artritis (Vinaccia, Tobón, Moreno-San Pedro, Cadena y Anaya, 2005) y dispepsia funcional (Cano et al., 2006), sin embargo la investigación es limitada sobre la CVRS en personas sanas, lo que implica la necesidad de revisar variables salutogénicas (Vinaccia y Quiceno, 2012a) y realizar dichos estudios, especialmente con estudiantes universitarios.

Estudios sobre la CVRS en universitarios sanos destacan la importancia de la actividad física y deportiva sobre la calidad de vida en ellos (Cantón, 2001; Sánchez et al., 2009). En este sentido, Hidalgo, Ramírez e Hidalgo (2013) buscaron la asociación de la actividad física y conductas sedentarias con la calidad de vida en universitarios en Ciudad Guzmán, Jalisco, México, donde contaron con 881 adolescentes de dicha ciudad, evaluados con los Youth Quality of Life Instrument Research Version y el Youth Risk Behavior Survey, encontrando que el número de días de actividad física se relacionó con la calidad de vida de los mismos, lo que reafirma la influencia de elementos físicos en la evaluación de la calidad de vida individual.

Otro estudio sobre factores asociados a la CVRS, (Pekmezovic, Popovic, Tepavcevic, Gazibara y Paunic, 2011) revisó factores sociodemográficos y depresión en estudiantes de Serbia, donde se encontraron correlaciones negativas entre ambas variables (CVRS y depresión), en general altas puntuaciones en funcionamiento físico, bajas puntuaciones en los estudiantes de ciencias médicas, y mayores puntuaciones en los que vivían con los padres, una correlación directa entre CVRS y el ingreso promedio familiar mensual, diferencias entre fumadores y no fuma-

dores, y también entre quienes hacían o no actividad física.

En esta misma línea de estudios de CVRS en universitarios, Estupiñán y Vela (2012) realizaron un estudio sobre CVRS de madres adolescentes estudiantes universitarias en Colombia, donde se utilizaron los relatos de vida y entrevistas a 34 estudiantes que fueron o son madres adolescentes, encontrando que la universidad como red de apoyo social es percibida negativamente, ya que las madres estudiantes sienten rechazo y poca consideración ante su situación, con condiciones económicas difíciles, se sienten solas y experimentan vacíos afectivos, unido a un deterioro en la salud física, el estrés y la depresión, ocasionando efectos negativos en la salud emocional.

En estudios sobre modelos acerca de la CVRS en universitarios, Banda y Morales (2012) identificaron variables que brindan calidad de vida subjetiva en ellos. Los autores utilizaron un cuestionario aplicado a 91 participantes, mostrando que la calidad de vida está influenciada por variables en áreas tales como familia, ámbito social, bienestar económico, desarrollo personal, autoimagen y actividades recreativas. Los autores indican que el modelo de calidad de vida que identificaron se integra por factores personales, familiares y de interacción social y económica con el ambiente en que se encuentran.

Ahora bien, a pesar de que los datos denotan que la población adolescente y los adultos jóvenes (grupos etarios donde se encuentra la mayor parte de los estudiantes universitarios) tienen una adecuada condición de salud física (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010), hay pocos estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en ellos y las variables mediadoras que puedan influir en las diferentes dimensiones relacionadas con la CVRS, pues como lo indican Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech-Llaberia (2012) en su revisión, la adolescencia (etapa donde los universitarios se encuentran en su mayoría) es una etapa con gran cantidad de biológicos, académicos, sociales, familiares, entre otros, y por tanto puede considerarse una etapa de vulnerabilidad. Por ello se pone de manifiesto la necesidad de identificar las relaciones entre distintas variables sociodemográficas, patogénicas (estrés, ansiedad y depresión) y salutogénicas (optimismo, resiliencia y afrontamiento), que puedan afectar positiva o negativamente a la CVRS en universitarios.

Frente a las variables patogénicas, específicamente el estrés, hay estudios que indican que los principales factores que contribuyen a causar estrés en estudiantes universitarios son las exigencias del aprendizaje, las presiones del mismo medio universitario, las condiciones de empleo, las relaciones sociales e interpersonales y los desórdenes emocionales (Shen et al., 2009), que además se unen a un momento de cambios sociales y de roles

importante, la adquisición de independencia, el paso de la adolescencia a la adultez y las nuevas exigencias que el medio les solicita (O'Donovan y Hughes, 2007, citado en Leiner y Jiménez, 2011). Estas condiciones no se han evaluado frente a la CVRS, por lo que se requiere evaluar Estrés y CVRS.

Por otro lado, los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Protección Social, 2003) muestran en adultos que los trastornos de ansiedad se dan con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y por los trastornos por uso de sustancias, y que entre un 85.5% y un 94.7% de quienes presentan algún trastorno no acceden a servicios de salud. De igual forma Burke et al. (S.F., citado en el Ministerio de Protección Social, 2003) encontraron que la adolescencia y la etapa de adulto joven eran los periodos más importantes para el desarrollo de depresión mayor unipolar, enfermedad bipolar, fobias y dependencia y abuso de sustancias, mientras que Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008) realizaron un estudio descriptivo con universitarios colombianos donde se corroboran los picos importantes en ansiedad y depresión.

En lo que respecta a variables salutogénicas, Londoño (2009) investigó sobre optimismo en universitarios, encontrando que este es determinante no sólo de la permanencia, sino que, como lo indica la autora, además predice la cancelación y repetición de asignaturas, ambas consideradas por Londoño como señales de riesgo para la deserción, lo que plantea que probablemente el optimismo influye en la percepción del individuo y en su CVRS.

Frente a resiliencia, este constructo basado en la evidencia, plantea que algunas personas tienen más capacidades de afrontamiento que otras al experimentar niveles comparables de adversidad, lo que conlleva a definir la resiliencia como la capacidad de un individuo para superar y aprender de la adversidad vivida (Rutter, 1986, 1993, 2006, 2007). Esto indicaría que este factor es significativo para superar las dificultades que un individuo presente en su proceso académico (Hassim, Strydom y Strydom, 2013) por lo que probablemente afecte en alguna medida a la CVRS del estudiante. Al respecto, un estudio realizado por Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia (2013) muestran también que al menos en adolescentes víctimas de abuso, que la resiliencia se relacionaba negativamente con la ideación suicida y positivamente con la calidad de vida, permitiendo indicar que la misma es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y ayuda en la promoción de la calidad de vida.

Y finalmente, frente al afrontamiento (Kjeldstadli et al., 2006), los universitarios suelen tener una disminu-

ción en la satisfacción con la vida durante los estudios, mostrando además que quienes tenían mejor satisfacción, percibían sus estudios como menos interferentes en su vida social y personal, y que utilizaban menos estrategias de afrontamiento basadas en la emoción, concluyendo en la importancia de establecer estrategias de afrontamiento que promuevan y mejoren la salud en los universitarios. Ahora bien, debe indicarse que dependiendo de la situación y del estilo de afrontamiento, estos serán considerados como apropiados o adaptativos, pues al respecto se ha encontrado que (Aydín, 2010; Wingo et al., 2015) niveles bajos de afrontamiento dirigido al problema se asocian con más psicopatologías relacionadas con el estrés, ansiedad y depresión, potenciando varias conductas de riesgo, afrontamientos evitativos asociados con problemas de conducta alimentaria (Pamies y Quiles, 2012), riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (Flanagan, Jaquier, Overstreet, Swan y Sullivan, 2014), o la autocolpa con depresión, negativismo y enfermedades somáticas como la insuficiencia ovárica primaria (Vandehoof et al., 2008).

A pesar de que se han realizado algunos estudios, no hay suficientes investigaciones que aclaren las variables que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud en universitarios, apreciación que reafirman Quiceno y Vinaccia (2011) cuando indican que la mayor parte de estudios de CVRS se realizan frente a enfermedades específicas y que, si bien revisan variables patogénicas, en muy pocos casos se atiende a variables salutogénicas que también puedan influir en la CVRS. Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo formada por 503 estudiantes universitarios, con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años ( $M = 22.3$ ;  $DT = 3.8$ ), pertenecientes a programas universitarios vigentes y en curso, distribuidos en 332 mujeres (66%) y 169 hombres (33.8%), pertenecientes a 56 programas académicos diferentes, de 17 universidades colombianas con sede en Bogotá (4 universidades públicas y 13 instituciones privadas) y provenientes de 101 lugares de nacimiento distintos, obtenidos por medio de un muestreo no aleatorio de sujetos disponibles (Hernández et al., 2010). Cabe indicar que se garantizó la respuesta completa de todos los partici-

pantes, para evitar datos perdidos verificando las aplicaciones cuando el participante la terminaba.

Respecto al semestre, los datos muestran que se encuentran cursando desde primer hasta el semestre 12 ( $M = 6.04$ ;  $DT = 2.6$ ), encontrando muestras de todos los estratos, principalmente del estrato 3 con el 50.9%, seguido del 30.6% en el estrato 2. En lo que implica a religión profesada, se encontró al 49.5% de los participantes en la religión católica, seguida por la declaración como ateo (18.7%) y la religión cristiana (7.8%). Frente a si se encuentran trabajando, 306 participantes (60.8%) refieren no trabajar, mientras que 194 de ellos (38.6%) indican hacerlo. En la muestra se encontró que el 12.9% presentan alguna enfermedad física, mientras el restante 87.1% dice no tener patologías físicas presentes.

### Instrumentos

*Cuestionario de Datos Personales.* Permite obtener información sobre variables sociodemográficas de los estudiantes, tales como edad, sexo, lugar de nacimiento, estrato, religión a la que pertenece, carrera que estudia, semestre que cursa, si presenta alguna enfermedad y tiempo desde el diagnóstico.

*Short Form 12 Health Survey (SF-12)* (Ware, Kosinski y Keller, 1996). Es una escala derivada del International Quality of Life Assessment Project (IQOLA). Consta de 12 reactivos en escala tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia, arrojando 8 escalas iniciales (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental) y 2 principales denominadas salud mental y salud física. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem, y cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100. Las puntuaciones tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud. Para este estudio se utilizaron valores normativos para población colombiana, elaborados por Ramírez, Agredo y Jeréz (2010), quienes encontraron alfas de Cronbach superiores a 0.80 en todas las subescalas. En este estudio se halló un alfa de Cronbach de 0.88.

*Escala de Estrés Percibido (EEP-10).* Elaborada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), es una escala que consta de 10 reactivos que evalúan la percepción de estrés durante el último mes. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta tipo Likert de cinco opciones: nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo, que dan puntuaciones de 0 a 4, y que generan puntuaciones entre 0 y 40. Para este estudio se utilizó la versión ajustada en Colombia por Campo, Bustos y Romero



(2009), que denotó un alfa de Cronbach de 0.87. Para este estudio, esta escala mostró un alfa de Cronbach de 0.77.

*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HADS). Elaborada por Zigmond y Snaith (1983), es un instrumento tipo Likert en puntuación de 0 a 3, donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana, evaluando dos subescalas de 7 ítems intercalados. Para la puntuación de ansiedad el punto de corte es de 8, mientras que en depresión el mismo es de 9. Para este estudio se utilizó la versión ajustada para Colombia por Rico et al. (2005), que contó con un alfa de Cronbach de 0.85, hallándose un alfa de Cronbach para este estudio de 0.72 para el componente de ansiedad y de 0.79 para el de depresión.

*Test de Orientación ante la Vida* (LOT-R; Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998). Es un cuestionario que consta de 10 ítems; tres elementos para el optimismo, tres para el pesimismo y cuatro elementos de relleno, que se incluyen para cubrir el objetivo del instrumento. La calificación se da en una escala tipo Likert de cinco puntos. Las puntuaciones de las subescalas de optimismo y pesimismo se calculan sumando los puntos obtenidos en los elementos correspondientes. La puntuación total de la suma se calcula sumando los puntajes brutos de la subescala de optimismo con los puntajes brutos invertidos en la subescala de pesimismo. Para este estudio se utilizó la validación y los datos normativos para Colombia realizados por Zenger et al. (2013), contando con su alfa de Cronbach de 0.58. En esta investigación se encontró un alfa de Cronbach de 0.71.

*Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-Risc 10). Desarrollada originalmente por Campbell y Stein (2007), es una escala que consta de 10 ítems en formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta, de 0 a 4 puntos según corresponda. Para este estudio se utilizó la versión adaptada al español por Notario et al. (2014), contando con datos de validez en Colombia por Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Quiceno (2016), quienes hallaron un alfa de Cronbach de 0.82. El alfa de Cronbach en este estudio fue de 0.86.

*Cuestionario de Estilos de Afrontamiento* (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985). Es un instrumento que consta de 42 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 4 puntos (desde «Para nada» hasta «En gran medida»). Incluye subescalas que responden a los cinco estilos de afrontamiento utilizados (afrontamiento dirigido al problema, búsqueda de soporte social, afrontamiento evitativo, afrontamiento autoculpable y afrontamiento fantasioso). Para esta investigación se utilizó la versión adaptada para Colombia por Rueda y Vélez (2010), el cual presentó una

fiabilidad de 0.87. En este estudio se encontró un alfa de Cronbach de 0.83.

### Procedimiento

El presente trabajo fue una investigación no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Después de obtener las autorizaciones de las instituciones universitarias y los docentes de los grupos, se procedió a obtener los consentimientos informados de los participantes, seguido de las aplicaciones auto diligenciadas del Cuestionario de Datos Personales, como de los instrumentos previamente nombrados. El promedio de cada aplicación fue de 30 minutos y se realizaba de forma individual o grupal (cuando se realizaron aplicaciones grupales, se verificaba que no compartieran información entre los participantes, para garantizar la validez de los datos). Cabe aclarar que las aplicaciones se realizaron en inicios de dos periodos académicos semestrales (febrero y agosto de 2015, con duración total de la recogida de datos de 7 meses), y se garantizó además diferencia de al menos 15 días con el inicio de exámenes y evaluaciones. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 22, utilizando análisis descriptivos para determinar los niveles de cada una de las variables, de correlaciones para establecer la relación entre las variables con la CVRS, y finalmente con análisis de regresión múltiple para determinar cuál variable resultaba predictora de la misma.

## Resultados

### *Análisis descriptivo de la CVRS, y de las variables salutogénicas y patogénicas*

En las Tablas 1 y 2 se indican los resultados descriptivos de la CVRS y demás variables salutogénicas y patogénicas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos sobre CVRS

	Media	DT
Función física	92.30	17.57
Rol físico	84.82	20.08
Dolor corporal	79.25	23.75
Salud general	63.27	19.87
Vitalidad	63.96	20.54
Funcionamiento social	75.59	27.33
Rol emocional	73.64	25.43
Salud mental	64.73	19.54

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables patogénicas y salutogénicas

	Ansiedad	Depresión	Pesimismo	Optimismo	Resiliencia	Estrés percibido
Media	11.66	4.03	7.54	11.72	37.78	32.12
DT	2.51	3.03	3.49	3.12	7.54	7.37
Mínimo	3	0	0	0	0	11
Máximo	18	17	15	15	40	40

	Afrontamiento dirigido al problema	Busqueda soporte social	Afrontamiento evitativo	Afrontamiento autculpa	Afrontamiento fantasioso
Media	2.68	2.41	2.17	2.45	2.48
DT	0.54	0.63	0.51	0.64	0.74
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	4	3.83	3.70	4	4

Dado que los valores de CVRS oscilan entre 0 y 100, y comparados con los datos normativos de Ramírez et al. (2010), los datos observados en la Tabla 2 muestran que en la totalidad de las variables se hallan altas puntuaciones (superiores al percentil 95), a excepción de la variable vitalidad, que se encuentra en una puntuación media (entre percentiles 50 al 75).

Respecto a las variables patogénicas, los estudiantes universitarios pertenecientes a esta muestra presentan altos niveles de ansiedad y de estrés percibido mientras que describen bajos niveles de depresión. En lo concerniente a variables salutogénicas, se hallaron altas puntuaciones en optimismo y altas puntuaciones en resiliencia. Frente a los estilos de afrontamiento, por los promedios se denota que el más utilizado es el estilo de afrontamiento dirigido al problema.

#### *Análisis de distribución de la CVRS y las demás variables cuantitativas*

Con el fin de determinar la distribución de las variables cuantitativas, se realizó un análisis de normalidad por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov, tanto para las variables de CVRS directamente obtenidas y los componentes principales de salud física y mental como para las demás variables cuantitativas, observándose que todas las variables incumplen el criterio de normalidad (K.S. sig. < 0.05), por lo que se realizó entonces el análisis de las variables por medio de estadísticos no paramétricos.

#### *Relación de CVRS y variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas*

Para determinar si existen relaciones entre CVRS y las demás variables del estudio, se procedió a realizar un análisis de correlaciones por medio del estadístico Rho de Spearman (Apéndice A). Los datos de dicho apéndice muestran que, de las variables patogénicas, existen rela-

ciones inversas entre ansiedad y las variables Funcionamiento social, rol emocional, salud mental y el componente mental de CV ( $p = 0.001$ ), mientras que tanto la variable depresión como la variable estrés percibido, muestran relaciones inversas con Vitalidad, Funcionamiento social, rol emocional, salud mental y el componente mental de CV ( $p = 0.001$ ). Sobre las variables salutogénicas, sólo en el optimismo se halló una relación directa con el componente mental de CV ( $p = 0.001$ ).

#### *Diferencias en calidad de vida, variables patogénicas y salutogénicas, entre universitarios según el sexo*

Dado que es necesario determinar si la CVRS se comporta de forma similar en los dos sexos, se realizó un análisis de diferencia entre grupos, por medio del estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de CVRS según el sexo

Variables de CVRS	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Función física	27209.0	.58
Rol físico	24485.5	.04
Dolor corporal	23962.5	.01
Salud general	21113.5	.00
Vitalidad	23991.0	.06
Funcionamiento social	25572.5	.11
Rol emocional	25727.5	.21
Salud mental	23356.5	.01
CV componente físico	22640.0	.22
CV componente mental	21280.0	.02

Los datos de la Tabla 3 refieren diferencias estadísticamente significativas en las variables Rol físico, dolor corporal, salud general, salud mental, y el componente mental de CV, siendo estas mejor en hombres (Tabla 7), lo que muestra la necesidad de realizar un análisis de regresión lineal tanto para la muestra general en el compo-

nente de salud física, como para hombres y mujeres de forma independiente en el componente de salud mental. Con el fin de verificar diferencias en las demás variables, se realiza el mismo análisis para el restante (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en las variables asociadas a CVRS, según el sexo

VARIABLES	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
Edad	27460.50	.74
Ansiedad	25308.50	.04
Depresión	27320.00	.63
Pesimismo	25947.00	.16
Optimismo	25389.50	.08
Resiliencia	24133.50	.01
Afront dirigido al problema	26167.00	.22
Busqueda soporte social	26416.50	.28
Afrontam evitativo	25077.50	.05
Afrontami autculpa	25069.00	.05
Afront. Fantasioso	26043.00	.19
Estrés percibido	14860.50	.57

Los resultados de las Tablas 4 y 5 muestran diferencias en otras variables tales como Resiliencia y afrontamiento autoculpable (variables con mayor promedio en hombres) y ansiedad (mayores para mujeres).

Tabla 5. Datos descriptivos de CVRS, resiliencia y afrontamiento autoculpable, segmentado por sexo

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Rol físico	Mujer	325	238.34	77460.50
	Hombre	168	263.75	44310.50
	Total	493		
Dolor corporal	Mujer	330	238.11	78577.5
	Hombre	168	271.87	45673.5
	Total	498		
Salud general	Mujer	332	230.09	76391.5
	Hombre	169	292.07	49359.5
	Total	501		
Salud mental	Mujer	329	235.99	77641.5
	Hombre	167	273.14	45614.5
	Total	496		
CV componente mental	Mujer	304	222.5	67640
	Hombre	160	251.5	40240
	Total	464		
Ansiedad	Mujer	319	256.95	81967.50
	Hombre	166	235.74	39132.80
	Total	485		
Resiliencia	Mujer	332	239.19	79411.50
	Hombre	169	274.20	46339.50
	Total	501		
Afrontami autoculpa	Mujer	332	242.01	80347.00
	Hombre	169	268.66	45404.00
	Total	501		

#### *Variables predictoras de la CVRS en salud física, en la muestra general*

Con el fin de determinar cuáles son las variables predictoras de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se procedió a realizar un análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de pasos hacia adelante, entendiendo la CVRS como la variable dependiente e incluyendo como predictoras las variables ansiedad, depresión, estrés percibido, pesimismo, optimismo, resiliencia, los cinco estilos de afrontamientos, semestre y edad. Dados los datos según el sexo, se realizaron los análisis para el componente de salud física con la muestra total, y del componente salud mental segmentados por sexo. Se encontró que sólo el estrés percibido resultó ser significativo, con una explicación del 1.5% de la varianza total [ $R^2$  corregida = .015,  $\beta = -.134$  ( $B = -.139$ , error típico = .057),  $p < .05$ ]

#### *Variables predictoras de la CVRS en el componente de salud mental, en hombres universitarios*

Dado que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en CVRS en el componente de salud mental, según el sexo de los universitarios, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple adicional para cada sexo en dicho componente. En un primer modelo resultó significativo el efecto del estrés percibido sobre CVRS [ $R^2$  corregida = .197,  $\beta = -.377$  ( $B = -.510$ , error típico = .108),  $p < .001$ ]. También fue significativo un segundo modelo que incluía como variables independientes el estrés percibido y la depresión [ $R^2$  corregida = .245,  $\beta = -.242$  ( $B = -.605$ , error típico = .200),  $p = .001$ ].

#### *Variables predictoras de la CVRS en el componente de salud mental en mujeres universitarias*

Respecto a la CV en el componente mental en las mujeres universitarias, en la Tabla 10 se evidencian los tres modelos de regresión, el tercero mostrando el mejor ajuste explicando el 44.7% de la varianza de la CVRS. Finalmente en la Tabla 11 se detalla la significancia de las variables en el modelo obtenido para mujeres, el cual refiere como variables predictoras al estrés percibido, depresión, ansiedad y el semestre en curso.

## **Discusión**

El presente estudio tuvo como objetivo establecer las asociaciones y el impacto de variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas en la calidad de vida relacionada con la salud, en universitarios colombianos.

Tabla 6. Modelos de regresión obtenidos para la CV componente mental, para mujeres universitarias

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico
1	.613 <sup>a</sup>	.376	.373	8.71
2	.653 <sup>b</sup>	.427	.421	8.37
3	.668 <sup>c</sup>	.446	.437	8.25
4	.677 <sup>d</sup>	.458	.447	8.18

<sup>a</sup>Variabes predictorias: Estrés percibido

<sup>b</sup>Variabes predictorias: Estrés percibido, Depresión

<sup>c</sup>Variabes predictorias: Estrés percibido, Depresión, Ansiedad

<sup>d</sup>Variabes predictorias: Estrés percibido, Depresión, Ansiedad, Semestre en curso.

Tabla 7. Coeficientes y significancia de las variables predictorias de CV componente mental para mujeres universitarias

Modelo 4	Coeficientes no estandariza- dos		Coefi- cientes tipifica- dos		
	B	Error típico	Beta	t	p
Estrés percibido	-.526	.109	-.353	-4.81	.000
Depresión	-.889	.215	-.272	-4.13	.000
Ansiedad	-.778	.271	-.187	-2.87	.005
Semestre en curso	-.499	.239	-.114	-2.08	.038

Nota: Variable dependiente: Calidad de vida sobre salud mental

Los resultados mostraron en general altas puntuaciones en CVRS, ansiedad, estrés percibido, resiliencia y optimismo, y bajos niveles de depresión, se hallaron relaciones inversas entre ansiedad, depresión y estrés percibido frente al componente mental de calidad de vida, y la depresión como el estrés percibido mostraron también relaciones inversas con vitalidad; frente a las variables salutogénicas, sólo el optimismo mostró una relación directa con el componente mental de calidad de vida; se halló también mayores puntuaciones para hombres en calidad de vida Relacionada con la Salud y resiliencia, y de ansiedad para mujeres, que el componente de salud mental en hombres, lo explica el estrés percibido y la depresión, mientras que en mujeres lo explica el estrés percibido, depresión, ansiedad y el semestre en curso.

Entrando al detalle sobre los resultados de la presente investigación, específicamente en las puntuaciones en los componentes de CVRS y al ser comparados con los datos normativos en población adulta colombiana (Ramírez et al., 2010), los participantes mostraron altas puntuaciones en todas las variables (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Funcionamiento

social, Rol emocional, Salud mental, y los componentes físico y mental de CVRS), menos en la variable vitalidad, en la cual se obtuvieron puntuaciones promedio. Esto indica que la calidad de vida relacionada con la salud en los universitarios es alta, en especial en los componentes de salud física, siendo más alta aún en hombres que en mujeres. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Rodríguez, Molina, Jiménez y Pinzón (2011) quienes también hallaron altas puntuaciones en todas las subescalas de CVRS, en este caso con el SF-36, al igual que los resultados de personas sanas obtenidos por Lugo, García y Gómez (2006) en su investigación sobre los datos normativos colombianos. Por otra parte, González-Celis y Martínez (2009) y Pacheco, Micheleña, Mora y Miranda (2014) también hallaron menores índices de CV en mujeres universitarias, al igual que en la presente investigación.

Los hallazgos de alta CVRS en esta investigación pueden estar de la mano con los planteamientos de Banda y Morales (2012), quienes refieren que en la calidad de vida funcionan variables en áreas tales como familia, bienestar económico, autoimagen, actividades recreativas, ámbito social y el desarrollo personal, siendo estas tres últimas variables presentes en universitarios, en tanto que su percepción de recreación frente a la academia, el apoyo social percibido allí con sus compañeros y la percepción de su desarrollo profesional pueden dar pie para una evaluación subjetiva positiva de sí mismos, como ocurre en la CV.

Sobre las variables Ansiedad y Depresión y teniendo en cuenta los datos normativos de Rico et al. (2005), se observan puntuaciones normales en depresión y altas puntuaciones promedio en Ansiedad, mientras que se hallaron también altos niveles de estrés percibido en la muestra de la presente investigación. Hallazgos similares sobre ansiedad fueron encontrados por Chaves et al. (2015), mostrando altas prevalencias de ansiedad estado y ansiedad rasgo, al igual que los datos de Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo (2011) obtenidos en Chile, y Martínez-Otero (2014) en España. Estos hallazgos sobre ansiedad y estrés son congruentes con la investigación de Kulsoom y Afsar (2015), quienes también encontraron altas prevalencias en estas dos variables (aunque también en depresión, lo cual difiere de este estudio) en una muestra de universitarios en Arabia Saudí, de procedencia árabe, asiática del sur y norteamericana, y a los hallazgos de ansiedad y depresión dados por Riveros Hernández y Rivera (2007) y Balanza, Morales y Guerrero (2009). Precisamente estos autores refieren que las puntuaciones disminuyeron tras los exámenes, lo que reafirma los postulados de esta investigación y de otros autores en tanto que Shen et al. (2009) refieren la universidad



como un espacio altamente estresante dadas las exigencias del aprendizaje, las presiones del mismo medio universitario, las condiciones de empleo, las relaciones sociales e interpersonales y los desórdenes emocionales, que además se unen a un momento de cambios sociales y de roles importante, la adquisición de independencia, el paso de la adolescencia a la adultez y las nuevas exigencias que el medio les solicita (O'Donovan y Hughes, 2007, citado en Leiner y Jiménez, 2011). Cabe destacar que todos los estudios nombrados en este apartado concuerdan con esta investigación, en que las mujeres presentan estadísticamente mayores niveles de ansiedad.

Otro hallazgo del presente estudio fueron mayores puntuaciones en resiliencia en hombres universitarios que en las mujeres, lo cual va en contra de los hallazgos de Álvarez y Cáceres (2010), quienes hallaron mejores puntuaciones de resiliencia en mujeres. Frente a estos resultados, una posible explicación es dada por Qian, Yarnal y Almeida (2014) quienes indican que la diferencia entre sexos radica en los niveles diarios de estrés en relación al uso del tiempo libre, lo que implica que las mujeres presentan niveles peores de adaptación cuando las exigencias del medio son altas (tal como ocurre en el contexto universitario), pero no se encuentran diferencias significativas cuando los niveles son medios o bajos.

Los resultados muestran también correlaciones negativas entre depresión y las variables de CVRS, lo cual concuerda con los hallazgos de Pekmezovic et al, (2011) que también encontraron correlaciones negativas entre ambas variables, y correlaciones negativas entre CVRS y las respuestas de ansiedad, hallazgos similares a los de González-Celis y Martínez (2009) quienes inclusive hallaron peor CV en universitarios que en adultos mayores.

En lo concerniente a los análisis de regresión múltiple, la presente investigación muestra que de las variables medidas, la única que tiene un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud física es el estrés percibido, destacando que el impacto es muy bajo. Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud mental, en hombres las variables que predicen este componente son estrés percibido y depresión, mientras que en las mujeres las variables que impactan en dicho componente de salud mental son estrés percibido, depresión, ansiedad y semestre en curso. Tras la revisión teórica, los estudios que establecen el impacto de variables psicológicas en la calidad de vida relacionada con la salud son limitados, especialmente en el contexto colombiano, lo cual plantea este estudio como inicialista en esta área.

Estos resultados ponen de manifiesto que dicha emociones negativas parecen preponderar en las evaluaciones subjetivas de los universitarios y van de la mano con los planteamientos de varios autores sobre dicho impac-

to en la salud y la calidad de vida; en esta línea, Piqueiras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) ya destacaban que las emociones negativas tenían un importante impacto en la salud no sólo mental sino física, debido a la influencia de las emociones negativas en la conducta, de manera que se alteran los hábitos saludables y se favorece el desarrollo de conductas inadecuadas que ponen en peligro la salud, así como por la repercusión de la activación psicofisiológica en los sistemas orgánicos, afectando a la inmunidad, y por los vínculos entre las emociones negativas y los trastornos mentales y físicos, tanto en su inicio y como en su curso.

En esta corriente, son varias las investigaciones que señalan y concuerdan con el presente estudio, sobre el impacto de dichas emociones negativas en la CVRS, por ejemplo en enfermos crónicos (Vinaccia y Quiceno, 2012a; Vinaccia y Quiceno, 2012b) como en adolescentes colombianos (Quiceno y Vinaccia, 2014), quienes en este último estudio utilizaron regresiones lineales múltiples, al igual que en esta investigación, hallando que las fortalezas personales y las emociones negativas pesan sobre la calidad de vida, concluyendo que la calidad de vida en adolescentes es mediada por la autotranscendencia, la felicidad y las emociones negativas como las asociadas a la depresión.

En torno a las limitaciones del presente estudio, cabe destacar que si bien se contó con una muestra amplia que soportara los análisis, con proveniencias variadas, la totalidad de la muestra estudia en la ciudad de Bogotá, por lo que se proponen réplicas del presente estudio en otras ciudades distintas a la capital, que permitan comparar hallazgos. Otra limitante es la disparidad en el tamaño muestral de hombres y mujeres, recomendando también réplicas de este estudio con muestras más equilibradas. Al respecto de la forma de recolección de datos, se utilizaron pruebas de auto informe y no se contó con medidas objetivas de la condición de salud de los participantes lo que debe tenerse en cuenta en torno a estos resultados. Finalmente debe también decirse que este fue un estudio transversal, que no permite ver los cambios de la CVRS en el tiempo, por ejemplo según los semestres o según el momento del semestre en que el estudiante se encuentre, por lo que se recomienda realizar estudios de tipo transversal para ver el impacto del tiempo en dichas variables.

Ante los resultados obtenidos en el presente estudio, donde se explica la varianza de la CV frente al componente de salud mental, pero la explicación es escasa en CV frente a la salud física, para futuras investigaciones se propone ahondar en qué variables pueden impactar en los componentes de salud física. Frente a ello, algunas propuestas pueden encaminarse a determinar el impacto

de la actividad física en la CVRS, en tanto que varias investigaciones (Cantón, 2001; Sánchez et al., 2009; Hidalgo et al., 2013) ya han mostrado su relación en otros contextos distintos al colombiano, sin embargo fue una variable que desbordaba los alcances del presente estudio. Adicional a ello, y reconociendo el aporte del presente estudio, se proponen futuros procesos de investigación de tipo interventivo, con el fin de mejorar la CVRS en universitarios colombianos y prevenir percepciones bajas de la misma, la cual ya se ha mostrado su importancia en el presente documento.

Finalmente, esta investigación mostró cuales son las variables que se asocian e impactan en la CVRS, especialmente en el componente de salud mental, en universitarios colombianos, por lo que se espera que esta investigación se transforme en un insumo que encamine proyectos de intervención mejor enfocados, con evidencia empírica, sobre los elementos a trabajar en universidades y servicios de bienestar universitario en favor de la Calidad de vida de los estudiantes colombianos.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Referencias

- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1, 34-39.
- Álvarez, L. y Cáceres, L. (2010). Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*, 18, 37-46.
- Amador, O., Contreras, F., Fernández, H., Sandín, B., Tamayo, R. E., Tobón, S., Vázquez, A. y Vinaccia, S. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndromes de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23, 65-74.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 161-164.
- Aydin, K. (2010). Strategies for coping with stress as predictors of mental health. *International Journal of Human Sciences*, 7, 534-547.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20, 177 – 187.
- Banda, A. y Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17, 29 – 43.
- Cadena, J., Vinaccia, S., Rico, M., Hinojosa, R. & Anaya, J. (2003). The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal Clinical Rheumatology*, 9, 142-150.
- Campbell, L. & Stein, M. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Trauma Stress*, 20, 1019-1028.
- Campo, A., Bustos, G. y Romero, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9, 271-280.
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A.M., Tobón, S. y Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5, 511-520.
- Cantón, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1, 27-38.
- Chaves, E., Iunes, D., Moura, C., Carvalho, L., Silva, A. & Carvalho, E. (2015). Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 504-509.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24, 385-396.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20, 147 – 172.
- Estupiñán, M. y Vela, D. (2012). Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 536 – 549.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-136.
- Flanagan, J., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S., & Sullivan, T. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220, 391-396.
- González-Celis, A. y Martínez, R. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1, 98-110.
- Hassim, T., Strydom, C. & Strydom, H. (2013). *Resilience in a group of first-year psychosocial science students at the North-West University (Potchefstroom campus)*. Ponencia en el WEI International Academic Conference Proceedings, January 14-16.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hidalgo, C., Ramírez, G. y Hidalgo, F. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1943 – 1952.
- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N., Ekenberg O. & Vaglum, P. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – a six year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6, 1-8.
- Kulsoom, B. & Afsar, N. (2015). Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1713-1722.

- Leiner, M. y Jiménez, P. (2011). Un estudio comparativo del estrés percibido en estudiantes de ciencias administrativas y biológicas en tiempos de violencia. *Contaduría y Administración*, 233, 99-119.
- Londoño, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 95 – 107.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 37-50.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B. & Willing, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Martínez-Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29, 63-78. Recuperado el 11 de mayo de 2015 de <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos>
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003*. Recuperado el 15 de octubre de 2014 de [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf)
- Notario, B., Martínez, V., Trillo, E., Perez, M., Serrano, D. & García, J. (2014). Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 14-14.
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A., y Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 3, 11-32.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Measuring Quality of life*. Recuperado el 20 de marzo de 2014 de [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pacheco, M., Michelena, M., Mora, R. y Miranda, O. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43, 157-168.
- Pamies, L., y Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24, 230-235.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Pekmezovic, T., Popovic, A., Tepavcevic, D., Gazibara, T. & Punic, M (2011). Factors associated with health-related quality of life among Belgrade university students. *Quality of Life Research*, 20, 391–397.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112.
- Qian, X., Yarnal, C. & Almeida, D. (2014). Using the dynamic model of affect (DMA) to examine Leisure Time as a stress-coping resource. Taking into account stress severity and gender difference. *Journal of Leisure Research*, 46, 483–505.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villareal, D. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 107-117.
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9, 69-82.
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32, 185-200.
- Quiceno, J., Vinaccia, S. y Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 27-47.
- Ramírez, R., Agredo, R. y Jeréz, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud pública*, 12, 807-819.
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2016). Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud y Sociedad*, 7, 130 - 137.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10, 91-102.
- Rodríguez, M., Molina, J., Jiménez, C. y Pinzón, T. (2011). Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. *Cuadernos Hispánicos de Psicología*, 11, 19-37.
- Rueda, P. y Vélez, B. (2010). Características psicométricas de un cuestionario de estilo de afrontamiento. *Típica*, 6, 281-297.
- Rutter, M. (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Sánchez, R., Ballesteros, M. & Arnold, A. (2010). Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. *Quality of life Research*, 20, 19-29.
- Sánchez, D., Moyano, E., (coordinadores), Biedma, L., Fernández, R., Martín, M., Ramos, C., Rodríguez, L. y Serrano, R. (2009). Deporte, salud y calidad de vida. *Colección Estudios Sociales*, (26).
- Shen, L., H. Kong, H & X. Hou (2009). Prevalence of irritable bowel syndrome and its relationship with psychological stress status in Chinese university students. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 24, 1885-1890.
- Somarrriba, N. y Pena, B. (2009). La medición de la calidad de vida en Europa, el papel de la información subjetiva. *Estudios de economía aplicada*, 27, 373-396.

- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30, 61-71.
- Vandehoof, V., Davis, M., Covington, S., Ventura, J., Troendle, J., & Nelson, L. (2008). Self-Blame, emotional health and coping style in women with spontaneous 46XX Primary Ovarian Insufficiency (HyperGonadotropic Hypogonadotropic). *Fertility and Sterility*, 90, S43.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno-San Pedro, E., Cadena, J. y Anaya, J. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2012a). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6, 123-136.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2012b). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 156-163.
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller, S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Wingo, A., Baldessarini, R., & Windle, M. (2015). Coping styles: longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 225, 299-304.
- Zenger, M., Finck, C., Zanon, C., Jimenez, W., Singer, S. & Hinz, A. (2013). Evaluation of the latin american version of the Life Orientation Test-Revised. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 243-252.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.



**Apéndice A.**  
Tabla de correlaciones de las variables de CVRS y las demás variables cuantitativas.

		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Funcionamiento social	Rol emocional	Salud mental	CV componente físico	CV componente mental
Edad	Coeficiente de correlación	.095*	.088	.043	-.023	.059	-.029	.116**	.119**	-.104*	.102*
	Sig. (bilateral)	.035	.051	.342	.610	.198	.523	.009	.008	.025	.028
Horas de trabajo	Coeficiente de correlación	.041	-.028	-.074	-.060	.008	-.098*	.043	-.012	-.090	.021
	Sig. (bilateral)	.366	.542	.103	.183	.868	.030	.348	.796	.056	.653
Duración Enfermedad	Coeficiente de correlación	-.184**	-.069	-.181**	-.135**	-.071	-.076	-.095*	-.052	-.110*	-.063
	Sig. (bilateral)	.000	.126	.000	.003	.120	.091	.036	.254	.019	.179
Ansiedad	Coeficiente de correlación	.178**	.264**	.266**	.182**	.310**	.392**	.387**	.462**	-.183**	.491**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Depresión	Coeficiente de correlación	-.212**	-.378**	-.299**	-.270**	-.400**	-.451**	-.464**	-.547**	.220**	-.592**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Pesimismo	Coeficiente de correlación	-.176**	-.134**	-.143**	-.051	-.071	-.143**	-.146**	-.125**	.025	-.158**
	Sig. (bilateral)	.000	.003	.001	.252	.118	.001	.001	.005	.595	.001
Optimismo	Coeficiente de correlación	.107*	.157**	.091*	.101*	.270**	.281**	.295**	.307**	-.178**	.368**
	Sig. (bilateral)	.017	.000	.043	.023	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Resiliencia	Coeficiente de correlación	.080	.154**	.109*	.198**	.233**	.243**	.217**	.294**	-.077	.334**
	Sig. (bilateral)	.075	.001	.014	.000	.000	.000	.000	.000	.099	.000
Afrontam. dirigido al problema	Coeficiente de correlación	.096*	.186**	.122**	.149**	.156**	.197**	.207**	.244**	-.123**	.269**
	Sig. (bilateral)	.032	.000	.007	.001	.001	.000	.000	.000	.008	.000
Busqueda soporte social	Coeficiente de correlación	.024	.070	.055	.054	.077	.053	.007	.090*	.021	.049
	Sig. (bilateral)	.586	.121	.217	.223	.091	.232	.871	.046	.652	.294
Afrontam. evitativo	Coeficiente de correlación	-.171**	-.139**	-.126**	.002	-.219**	-.194**	-.222**	-.185**	.120**	-.272**
	Sig. (bilateral)	.000	.002	.005	.973	.000	.000	.000	.000	.009	.000
Afrontam. autculpa	Coeficiente de correlación	.015	-.010	-.021	-.002	-.077	-.027	-.099*	-.024	.067	-.095*
	Sig. (bilateral)	.740	.829	.647	.955	.089	.541	.027	.590	.149	.041
Afrontam. Fantasiioso	Coeficiente de correlación	-.098*	-.118**	-.094*	-.068	-.208**	-.204**	-.262**	-.252**	.134**	-.314**
	Sig. (bilateral)	.028	.009	.036	.126	.000	.000	.000	.000	.004	.000
Estrés percibido	Coeficiente de correlación	-.230**	-.325**	-.265**	-.220**	-.354**	-.465**	-.455**	-.508**	.179**	-.559**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000

