

## CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Magaly Solmar Ortunio Calabre<sup>1</sup>, Harold Guevara Rivas<sup>2</sup> y Rosa Cardozo Castellano<sup>3</sup>.

Fecha de recepción 25.02.13

Fecha de aceptación 15.03.13

---

### Resumen

**Introducción:** Calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, cultura y sistema de valores en el cual vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Aunque una óptima calidad de vida en la adolescencia no asegura un destino brillante, sí puede favorecer que el adulto del mañana sea mejor. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida de los adolescentes de una Unidad Educativa. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, con un diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 176 adolescentes de ambos sexos. La recolección de datos se hizo mediante el GHQ-12 y la escala de Graffar. **Resultados:** El 90,91% pertenecieron a la adolescencia intermedia, 57,39% al sexo femenino, el 13,07% presentó patologías de base, de estos 86,96% padecían asma bronquial. 92,05% no poseían psicopatologías, 96,02% demostró buena autovaloración, 97,73% fueron capaces de enfrentar dificultades y 96,02% gozaban de propósitos en la vida. Hubo asociación entre el estado de salud mental y la presencia de patologías de base ( $\chi^2 = 4,82$ ;  $p = 0,0273$ ). **Conclusión:** Las condiciones socioeconómicas de la mayoría de los participantes fueron adecuadas, sin hallarse psicopatologías. Se asoció la calidad de vida con la presencia de patologías de base. Se debe fomentar la autovaloración, el adecuado enfrentamiento a dificultades, y visualización de propósitos en la vida.

**Palabras Clave:** Adolescencia, calidad de vida, salud mental, psicopatología.

---

<sup>1</sup> Médico Familiar, Especialista en Salud Ocupacional. Docente Asociado. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo – Venezuela. Correo electrónico: [mortunio@gmail.com](mailto:mortunio@gmail.com). Teléfono 0416-7342859.

<sup>2</sup> Médico Ocupacional, Doctor en Ciencias Médicas. Docente Titular, Universidad de Carabobo. Departamento de Salud Pública.

<sup>3</sup> Médico Familiar, Doctora en Patología Existencial. Docente Titular, Universidad de Carabobo. Departamento de Salud Pública.

### **Abstract**

**Introduction:** Life quality is defined as the individual's perception of its position on life, culture and value system in which he or she lives, in relation to their objectives, expectations, standards and interests. Although a good quality of life in adolescence does not ensure a bright target, it can get that the adult of tomorrow can be a better person. **Objective:** Determine the life quality in adolescents who study in an educative unit. **Materials and Methods:** The type of investigation was quantitative and with a descriptive level. It was a non-experimental and transversal design. The sample consisted on 176 adolescents of both sexes. Data collection was done by the GHQ-12 and the Graffar scale. **Results:** 90.91% belonged to middle adolescence, female 57.39%, and 13.07% had underlying pathologies, it was an 86.96% who suffered bronchial asthma. 92.05% did not have psychopathology and 96.02% possessed a good self-worth. Also, it was 97.73% who were able to face difficulties, and 96.02% had life goals. There was an association between mental health status and the presence of underlying pathologies ( $\chi^2 = 4.82$ ; p-value = 0.0273). **Conclusion:** The socioeconomic conditions of the majority of participants were adequate without found psychopathology. There was an association between the quality of life and the presence of underlying conditions. It should be promote the self-assessment, adequate coping with difficulties and viewing of purposes in life.

**Key words:** Adolescence, quality of life, mental health, psychopathology.  
Puerto Cabello, Estado Carabobo. Venezuela. 2012

## **INTRODUCCIÓN**

En el marco de la sociedad del conocimiento, en la que los individuos y las organizaciones están en capacidad de usar éste como factor de desarrollo y elemento dinamizador de cambio social, se hace necesario que la bioética salga en defensa de la vida, de su calidad y de su sentido, a modo de una nueva ética inter e intradisciplinaria, que asegure la convivencia armónica y conduzca al todo social a descubrir de manera autoconsciente los valores que dignifiquen al ser humano con su entorno social y natural. Por ello, la bioética debe ser el producto libre de un constructo social con base en el conocimiento científico, que negocie consensos que dignifiquen la vida humana y permitan mejorar la calidad de vida de todos, en armonía con la naturaleza, Cely (2008).

En la naturaleza, el hombre además de relacionarse con la flora y la fauna, se relaciona también con seres del mismo género, asevera Ramos (2004) siendo esto tan importante como tener donde vivir y de donde tomar alimentos, del mismo modo es indispensable lograr un ambiente propicio para desarrollarse como persona.

En este mismo orden de ideas, para Rodríguez, Rondón y Guerra (2009) la ética, se ocupa del actuar de los humanos y de los problemas en sus relaciones. El ethos, por su parte alude al conjunto de actitudes y convicciones, de una persona o de un grupo. De allí, la importancia de la ética en el ser humano, ya que el cuidado, requiere cuidar de sí mismo, de otros y del medio ambiente donde habita. El arte de “cuidar” como lo define el Diccionario de la Lengua Española (2001) implica diligencia y atención, mirar por la salud y procurar una vida óptima. Los autores afirman que el cuidado es la razón del ser y del quehacer humano dentro de la sociedad.

Mientras que Watson (1999) señala que cuidar debe basarse en un conjunto de valores universales humanísticos que incluyen la amabilidad, la empatía, la preocupación y el amor por lo demás.

Por su parte, el estilo de vida, es la capacidad que tienen las personas de incrementar el control sobre su salud para mantenerla o mejorarla, mediante estrategias que le permitan tener un equilibrio entre personas y su ambiente, que a su vez favorezca un futuro más sano. En sociología, es la manera en que viven las personas; esto incluye la forma de

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

relacionarse, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir, actitudes, valores o visión del mundo de un individuo. En términos epidemiológicos, Rodríguez, Rondón y Guerra (2009) señalan que el estilo de vida, hábitos de vida o forma de vida, es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que algunas veces son saludables y otras nocivas para la salud.

Del mismo modo los autores antes mencionados afirman que esta conceptualización de estilos de vida sirve como fundamento para las políticas de promoción y educación, dado que son patrones aprendidos a lo largo de la vida durante el proceso de socialización y orientación y que puede ser modificado por factores externos.

Para Nussbaum y Sen (1998), la calidad de vida involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad, al considerarla es necesario no solo identificar la cantidad de dinero que tienen las personas, sino también conocer sus expectativas de vida, salud, servicios médicos accesibles, disponibilidad y calidad de su educación, trabajo, derechos que tienen, privilegios legales y políticos que disfrutan, el cómo están estructuradas las relaciones familiares y de género, y cómo la sociedad les permite sentir emociones como el amor y la gratitud.

Debido a la necesidad de unificar criterios y posiciones sobre la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 citado en Baldi y García (2005), propuso una definición de consenso: "Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses". Señalando Lolas (1997) que en esta definición se hace evidente el carácter subjetivo, multidimensional y complejo del constructo calidad de vida.

De igual forma Cely (2008) señaló que la calidad de vida tiene que ver con las condiciones que favorezcan modos de vida que privilegien el ser-más sobre el tener-más, puesto que está íntimamente relacionada con el sentido que se tenga de la misma y con un sentimiento de realización existencial.

Por esta razón describe Casas (2010), que profundizar en la calidad de vida del adolescente es muy difícil, porque el concepto «calidad de vida» es hoy más amplio y

abarcador. La adolescencia se define como el período que va desde los 10 hasta los 19 años, en el cual no sólo se producen un crecimiento y maduración físicos acelerados sino que también existen cambios de orden psicológico, sexual, de comportamiento y socialización. También se define como el proceso continuo y complejo de naturaleza biopsicosocial a través del cual los adolescentes construyen, con el apoyo de su entorno, un conjunto de capacidades y aptitudes que les permiten satisfacer sus necesidades con vistas a alcanzar un estado de completo bienestar.

Razón por la que resulta indispensable que su calidad de vida sea buena, y el adolescente pueda cubrir sus necesidades para que el adulto del mañana viva y se desarrolle individual y socialmente.

Por su parte Infante (2006) afirma que dada la convicción de las especificidades y variabilidad dentro de la propia adolescencia, se ha llegado al consenso de hacer subdivisiones, a fin atender sus peculiaridades en cuanto a crecimiento y desarrollo. Considerando 3 etapas: temprana, media y tardía.

En la adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. Mientras Pineda y Aliño (1999) sostienen que como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de necesidades novedosas. En este período surgen, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional y la búsqueda de comprensión entre pares, lo que se mezcla con la necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto.

Para Ravelo (2003) la adolescencia media, después de los 14 años hasta los 16, siguen los cambios biológicos, entre los que el crecimiento estatural es acelerado. Por estos tiempos, el adolescente adquiere la capacidad biológica de ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente y destaca que la imagen corporal es muy importante, sintiendo sumo interés en resultar atractivos.

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

Siendo para Infante (2006), igualmente frecuente que la interacción con los padres sea fuente de conflictos, por la lucha del adolescente por querer alcanzar su propia identidad y la resistencia que los padres le oponen, siendo las relaciones amorosas inestables comenzando a experimentar la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas. Por último, éste mismo autor asevera que en la adolescencia tardía, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye por tanto y visiona un sistema propio de valores y proyectos de vida.

Para Lule y Mangiaterra (citado en Castro y Guerra, 2009), es en este punto donde cobra vital importancia el hecho de que más de la cuarta parte de la población mundial está entre los 10 y los 24 años. La mayoría (86%) de los 1,7 mil jóvenes viven en países en desarrollo, donde a menudo forman el 30% o más de la población. Los jóvenes comprenden el 15% de la carga de morbilidad en todo el mundo y más de un millón mueren cada año, principalmente por causas prevenibles. Sin embargo, alrededor del 70% de las muertes prematuras entre adultos, están relacionadas con comportamientos iniciados durante la adolescencia.

Sin embargo, no son pocos los que ven a los adolescentes como seres molestos. Por consiguiente, ven la adolescencia no como una etapa de tránsito sino casi como una «enfermedad» que «se le va a pasar» al muchacho. De este modo, cabe preguntarse ¿qué calidad de vida tienen los adolescentes en este contexto? O en el mejor de los casos, como dice Casas (2010), cuando el adolescente se encuentre inmerso en un círculo donde la buena comunicación fluye, también vale plantearse la misma interrogante.

Al respecto, Clemente (2009) cita que las estadísticas en cuanto al desarrollo del adolescente en la sociedad en Venezuela, señalan que el 21% de los Recién Nacidos Vivos son producto de adolescentes entre 15 y 19 años, 50% de los adolescentes se inicia sexualmente entre los 15 y 19 años y 10% lo hace antes de los 15 años, además 9 de cada 10 adolescentes conoce los métodos anticonceptivos pero solo 1 de cada 10 los usa.

Constituyendo estas cifras para Castro y Guerra (2009) un problema de salud pública, ya que el alto índice de embarazos en la población adolescente, conlleva a un alto índice de complicaciones obstétricas y a un aumento de la morbi-mortalidad materna y fetal.

Y como consecuencia de lo antes señalado, existen medidas fundamentales para la creación de un nuevo paradigma de la salud y el desarrollo dirigido a los jóvenes tales son: mejorar el entorno donde viven, recopilar información, mejorar el acceso a los servicios de salud, fortalecer la educación y la promoción de la salud de los adolescentes, crear asociaciones intersectoriales en los ámbitos comunitario, regional y nacional y de esta manera, se brindarán respuestas integradas y bien coordinadas a las cuestiones relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes.

En ese sentido, Awasthy, Agnihotri, Singh, Thakur y Chandra (2011), realizaron un estudio sobre los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estudiantes adolescentes al norte de India mediante el instrumento WHOQOL-BREF. Concluyeron que la adolescencia precoz y la matrícula en las escuelas privadas son factores determinantes en la CVRS de los estudiantes adolescentes.

Con una inquietud semejante, Mazur y Małkowska-Szkutnik (2010), realizaron un estudio para evaluar el impacto de las condiciones de vida en la primera infancia sobre la salud y calidad de vida a los 13 años de edad, en el que se concluyó que el estrato social es importante durante el primer año de vida del niño pues tiene un fuerte impacto en la salud psicosocial durante la adolescencia.

Con respecto a lo antes planteado, Casas (2010) asevera que aunque ciertamente una óptima calidad de vida en la adolescencia no asegura un destino brillante, probablemente sí puede hacer que el adulto del mañana sea una mejor persona. Siendo por ello que debe propiciarse en los adolescentes el respeto a la vida, por todos los seres que habitan el planeta y el reconocimiento de la inmensidad de las relaciones que existen entre él y el medio ambiente, por lo que el presente estudio tiene como objetivo determinar la calidad de vida en base a la salud mental de los adolescentes así como distribuirlos según sexo, edad, etapa de la adolescencia, año que cursa, patología de base, estrato social y esfera

de riesgo de mala salud mental: autovaloración del individuo, enfrentamiento a dificultades, propósitos en la vida, determinar el riesgo de mala salud mental mediante la escala de salud general GHQ-12, y relacionar la calidad de vida en la esfera de la salud mental con el sexo, etapa de la adolescencia, grado de instrucción, patología de base y estrato social en los estudiantes de una Unidad Educativa, en Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa y nivel descriptivo, con un diseño no experimental y transversal. La población estuvo constituida por 420 alumnos pertenecientes a la matrícula de estudiantes de una Institución Educativa en Puerto Cabello, Estado Carabobo. La muestra fue no probabilística, opinática, representada por los alumnos de cuarto y quinto año del ciclo diversificado de la institución, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Adolescentes en etapa intermedia y tardía, pertenecientes a ambos sexos, con o sin patologías de base.

La técnica de recolección de datos fue el interrogatorio, mediante la aplicación de un cuestionario a los alumnos que formaron parte de la muestra, el instrumento aplicado se conoce como el General Health Questionnaire 12, técnica elaborada por David Goldberg, utilizada para evaluar específicamente el grado de salud mental como una de las esferas de la calidad de vida, que inicialmente consistía en 60 preguntas, siendo elaboradas posteriormente versiones más cortas, como la utilizada en este estudio. Este cuestionario evalúa de igual manera el bienestar del individuo, especialmente en lo que se refiere a distintos estados emocionales. También valora algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2, así como la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida en los ítems 10 y 11 y además del enfrentamiento a las dificultades, ítems 6 y 8. La escala utilizada es tipo Likert con puntuaciones asignadas de 0, 1, 2 y 3. Se asumió que el punto de corte para asignar el riesgo de mala salud mental se encontrará entre 11 y 13, en base a Vilagut y col. (2005) y Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y De la Fuente (1998).



De igual manera se aplicó una versión modificada por Méndez (1990), de la escala de Graffar para clasificar a la población en estratos sociales, la cual considera 4 variables: procedencia del ingreso, profesión del jefe de hogar, nivel de instrucción de la madre y condiciones de alojamiento, manejando un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos), Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos), Estrato III: clase media (10 a 12 puntos), Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) y Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos).

Se aplicaron los instrumentos a 176 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de cuarto y quinto año del ciclo diversificado que cumplieron con los criterios de inclusión.

Una vez obtenidos los datos se procedió a tabular en Microsoft Office Excel 2007. Estando contabilizados estos datos, se organizaron los mismos considerando las variables, sexo, edad, etapa de la adolescencia, año que cursa, patología de base, estrato social y esfera de riesgo de mala salud mental. Posteriormente se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y de asociación a través del paquete estadístico SPSS 15.0.

También se asoció la presencia o ausencia de psicopatología con las variables sexo, etapa de la adolescencia, año que cursa, presencia o ausencia de patologías de base, y estrato socioeconómico según la prueba chi cuadrado ( $\chi^2$ ) con la corrección de Yates, asumiendo un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

La edad promedio fue 15,72 años, siendo el valor mínimo 15 años y el valor máximo de 18 años, con una desviación estándar de 0,65 años.

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

Con respecto a la distribución según el sexo, un 57,39% fueron del sexo femenino, y 42,61% del sexo masculino.

De igual manera, en lo que respecta a la etapa de la adolescencia en las que se distribuye la muestra en estudio el 90,91% pertenecieron a la adolescencia intermedia, y el 9,09% a la adolescencia tardía. De estos 56,82% cursaban cuarto año del ciclo diversificado.

Referente a la presencia o no de patologías de base: 86,93% no las refirió. Dentro de los individuos que poseen patologías el 86,96% fueron portadores de asma bronquial, el 8,70% de migrañas y el 4,35% de hipertensión portal.

Los resultados para los estratos sociales fueron los siguientes: en el estrato II 44,89% de los adolescentes, y en el III 37,50% (Ver tabla N° 1).

En lo que respecta a la evaluación de una de las esferas de la calidad de vida, más específicamente del estado de salud mental mediante el instrumento GHQ-12, que se presenta en la tabla N° 2, se obtuvo que del puntaje total el 92,05% de la muestra no presentó psicopatologías y 7,95% tuvo sospecha de las mismas. En lo concerniente a la distribución de las esferas que valora este instrumento 96,02% manifestaron una buena autovaloración, 97,73% son capaces de enfrentar de manera satisfactoria las dificultades, y 96,02% goza de propósitos en la vida (Tabla N° 3).

En la tabla N° 4 se presenta la relación que existe entre la ausencia y sospecha de psicopatologías que se obtienen del puntaje total con las variables: sexo, grado de escolaridad, presencia o no de patologías de base, etapa de la adolescencia y estrato socioeconómico. Encontrándose una asociación estadísticamente significativa solo con la presencia o ausencia de patologías de base ( $\chi^2 = 4,82$ ; 1Gl; p-valor= 0,0273), al contrario del resto de las variables, sexo ( $\chi^2 = 0,68$ ; 1Gl; p-valor= 0,4089), grado de escolaridad ( $\chi^2 = 0,09$ ; 1Gl; p-valor= 0,7590), etapa de la adolescencia ( $\chi^2 = 0,00$ ; 1Gl; p-valor= 1) y estrato socioeconómico ( $\chi^2 = 1,91$ ; 3Gl; p-valor= 0,5) donde no se obtuvo dicha asociación.

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, del total de la muestra la mayoría fue de sexo femenino (59,37%), lo cual se asemeja a los resultados obtenidos Parés y col. (2006), en un estudio de calidad de vida en adolescentes con o sin discapacidad en España

donde el 58,3% de la muestra perteneció al sexo femenino. En cuanto a los valores obtenidos en la presente investigación, referentes a bienestar material o estrato social, se encontró que el 82,39% de la muestra formó parte de estratos sociales que indicaron un buen nivel socioeconómico, a diferencia de los resultados obtenidos por Parés y col. (2006) en su estudio, donde solo el 50% de la población estudiada manifestó poseer ese nivel.<sup>(23)</sup>

Comparando los mismos estudios, hubo diferencia con respecto a la esfera de autovaloración, ya que dentro de esta investigación un 96,02% poseía adecuada autovaloración a diferencia del estudio realizado en España (2006), dentro del cual solo el 50% de los adolescentes se encontraban en la misma condición.

En relación a la asociación entre el estrato socioeconómico y la calidad de vida en la esfera de salud mental, en este estudio se observó que los individuos presentaron buenas puntuaciones para ambos, tal como en los hallazgos obtenidos en una investigación realizada en Barranquilla por Tuesca, Centeno, Salgado, García y Lobo (2008), donde se encontró que a medida que aumentaba la escala socioeconómica también lo hacía la puntuación de la calidad de vida en la esfera de salud mental.

Por el hecho de que la muestra de este estudio se obtuvo de un instituto educativo privado, y que los resultados obtenidos mostraron una buena calidad de vida en la esfera de salud mental (92,05%), se podría pensar que existe alguna relación entre estos dos aspectos, similar a lo encontrado por Urzúa y Mercado (2008), en un estudio titulado La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo – Kindl, quienes afirmaron que existía relación entre la calidad de vida y la institución de estudio ya que los adolescentes que cursaron en institución pública mostraron un menor nivel de calidad de vida.

Los resultados de nuestro estudio demostraron que existe asociación entre las patologías de base y la calidad de vida, tal como lo señaló el realizado por Aguirre y cols. (2010), donde se denotó que los pacientes con patologías de base específicas reflejaron un notable y progresivo deterioro de la calidad de vida.

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

Se concluye que en la muestra de los adolescentes estudiados, hubo predominio de los participantes en etapa intermedia de la adolescencia, así como del sexo femenino. De igual manera las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelven la mayoría de los participantes se pueden considerar adecuadas, ya que la gran mayoría de los adolescentes se encontró en estratos socioeconómicos medio y medio alto.

En lo referente a la calidad de vida, no hubo hallazgos de psicopatología. La mayoría, en ambos sexos, presentó buena salud mental: autovaloración, enfrentamiento ante las dificultades, visión y alcance de propósitos en la vida, no existió asociación entre el estrato socioeconómico y la esfera de salud mental de la calidad de vida.

Hubo asociación estadísticamente significativa entre la esfera de salud mental en la calidad de vida de los adolescentes estudiados con la presencia de patologías de base.

Partiendo de lo antes expuesto, y considerando la adolescencia como una de las etapas más vulnerables en la vida del individuo, así como determinante en la formación del carácter del adulto, se hace necesario velar por el desarrollo adecuado del adolescente, garantizando calidad de vida en los individuos durante esta etapa.

Los trabajadores del sector salud, deben velar por el bienestar físico del individuo, proporcionarle las mejores condiciones en medio de cualquier enfermedad y/o ausencia de ella, implementando una buena promoción de salud, mediante un sistema de vigilancia periódica donde se evalúen las condiciones físicas y mentales en cada etapa del adolescente tomando en consideración que su bienestar afecta notablemente su salud mental, y por ende su desarrollo como individuo en medio de una sociedad.

Se recomienda a las instituciones educativas gestionar consultas médicas donde se valore de manera detallada el estado de salud de los estudiantes haciendo especial énfasis en aquellos que refieran o presenten patologías de base, e integrar a los padres y representantes en dicho control para que de mano de la institución y un personal de salud capacitado brinden la posibilidad del desarrollo integral al adolescente.

Es importante reflexionar respecto a que no es solamente la condición socioeconómica del individuo lo que determina su calidad de vida, ya que, se ha demostrado que el bienestar emocional y físico, el desarrollo personal, la inclusión social y el respeto de los

derechos entre otros aspectos inherentes a las necesidades de cada individuo, cobran gran relevancia al momento de evaluar la calidad de vida.

Por ser un grupo etario considerado por algunos como inestable, es necesario seguir fomentando en ellos una correcta autovaloración, adecuado enfrentamiento a las distintas dificultades, así como la visualización y alcance de propósitos en la vida que le permitan desenvolverse satisfactoriamente en la sociedad.

## **REFERENCIAS**

- 1.- Aguirre, O., Alvarez, M., González, E., Dotres, C., Balado, R., Sardiñas, M. (2006). Calidad de vida en el paciente asmático. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_26\\_4\\_10/mgi06410.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_4_10/mgi06410.htm).

**CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**  
**Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano**

- 2.- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin Barc*, 111, 410-416.
- 3.- Awasthi, S., Agnihotri, K., Singh, U., Thakur, S., Chandra, H. (2011). Determinants of Health Related Quality of Life in School-Going Adolescents in Northern India. *Indian J Pediatr.* 78 (5), 555-61.
- 4.- Baldi, C., García, E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. *La psicología ambiental*, 30, 9-16.
- 5.- Casas, M. (2010). Calidad de vida del adolescente. *Rev Cubana Pediatr*, 82 (4), 112-116.
- 6.- Castro, Y., Guerra, A. (2009). Importancia de la salud para los y las adolescentes. *Revista Electrónica de PortalesMédicos.com*, 4 (21), 269. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1906/1/Importancia-de-la-salud-para-los-y-las-adolescentes>
- 7.- Cely, G. (2008). Una mirada Bioética del proceso de Globalización. *Rev. Latinoam. Bioet.*, 8 (1), 14-21.
- 8.- Clemente, S. Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Venezuela: Programa Nacional de Salud de Niños, Niñas y adolescentes.
- 9.- Diccionario de la Lengua Española. (2001). Vigésima Segunda Edición. Colombia: Editorial Espasa.
- 10.- Infante, O. (2006). *Psicología y salud. Psicología de las edades, adolescencia.*
- 11.- Lolas F. (1997). *Discursos y narrativas en medicina: origen, ejemplos, comentario. En: Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud.* Santiago: Editorial Andrés Bello.
- 12.- Mazur, J., Małkowska-Szcutnik, A. (2010). Health-related quality of life in 13-year-old Polish adolescents measured by CHQ-PF28 questionnaire in relation to family socioeconomic status in the first year of life. *Med Wieku Rozwoj.* 14 (3), 260-71.
- 13.- Méndez, H., de Méndez, M. (1994). Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez Castellano. Caracas, FUNDACREDESA.
- 14.- Nussbaum, M., Sen, A. (1998). *La Calidad de vida.* México: Fondo de Cultura Económica.

- 15.- Parés, B., Giacumbo, O., Castilla, M., Sáez, L., Reginatto, L., Gil, E., y col. (2006). Calidad de vida en Adolescentes con y sin discapacidad de la Provincia de Mendoza. Recuperado de <http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/posjornadasinve/area2/Educacion%20especial/251%20-%20Pares%20y%20equipo%20-%20FEEyE.pdf6.->
- 15.- Pineda, S., Aliño, M. (1999). *El concepto de adolescencia*. En Pineda, S., Aliño, M. *Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia*. (15-23). Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/.../capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/.../capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
- 16.- Ramos, M. (2004). Valores y Autoestima. Conociéndose a sí Mismo, en un Mundo con Otros. Valencia-Venezuela. Universidad de Carabobo.
- 17.- Ravelo, A. (2003). Las transformaciones biológicas y psicosexuales de la adolescencia. Salud para la vida. Infomed.sld.cu.
- 18.- Rodríguez, L., Rondón, R., Guerra, C. (2009). Valor Ecológico del Cuidado en la formación de los y las Estudiantes de Enfermería. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*, 4 (13), 269. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1655/2/Valor-ecologico-del-cuidado-en-la-formacion-de-las-y-los-estudiantes-de-Enfermeria>.
- 19.- Tuesca-Molina, R., Centeno, H., Salgado, M., García, N., Lobo, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla. (Colombia). *Salud Uninorte*. (03), 53-63. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81724107>
- 20.- Urzua, A., Mercado, G. (2008). La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo - Kindl. *Ter Psicol*, 26 (1), 133-141.
- 21.- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, M., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., y col. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 19 (2), 135-50.
- 22.- Watson, J. (1999). *Post Nursisng and Beyond*. Livingstone: Editorial Churchill.

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

**ANEXOS**

**Tabla N° 1**

**Distribución de los adolescentes estudiados según sexo, edad, etapa de la adolescencia, año que cursa, patologías de base, tipo de patología y estrato social.**

<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Femenino	101	57,39
Masculino	75	42,61
<b>Edad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
15	68	38,64
16	92	52,27
17	14	7,95
18	2	1,14
<b>Etapa de la adolescencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Intermedia	160	90,91
Tardía	16	09,09
<b>Año que cursa</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
4	100	56,82
5	76	43,18
<b>Patología de base</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No	153	86,93
Si	26	13,07
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>



<b>Tipo de Patol. de base</b>	f	%
Asma Bronquial	20	86,96
HT Portal	1	14,35
Migraña	3	8,70
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

  

<b>Estrato Social (Graffar)</b>	f	%
I	18	10,23
II	79	44,89
III	66	37,50
IV	13	7,39
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el equipo investigador

**Tabla N° 2**

**Distribución de los adolescentes en estudio según la ausencia, sospecha o presencia de psicopatologías.**

<b>Psicopatologías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ausencia de Psicopatologías	162	92,05
Sospecha de Psicopatologías	14	7,95
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado por el equipo investigador**

**Tabla Nº 3**

**Distribución de los adolescentes en estudio en las esferas de autovaloración, enfrentamiento a dificultades, propósitos en la vida**

<b>Esferas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Autovaloración</b>		
1	169	96,02
2	7	3,98
<b>Enfrentamiento a las dificultades</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	172	97,73
2	4	2,27
<b>Propósitos en la vida</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	169	96,02
2	7	3,98
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado por el equipo investigador**

*CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA*  
*Magaly Ortunio Calabre, Harold Guevara Rivas y Rosa Cardozo Castellano*

**Tabla N° 4**

**Relación entre la ausencia o sospecha de psicopatologías con el sexo, edad, presencia o ausencia de patologías de base, etapa de la adolescencia y estrato socioeconómico.**

Variable	Psicopatologías				Total	
	Ausencia		Sospecha			
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	91	51,70	10	5,68	101	57,39
Masculino	71	40,34	4	2,27	75	42,61
Etapa Adolescencia	f	%	f	%	f	%
Media	147	83,52	13	7,39	160	90,91
Tardía	15	8,52	1	0,57	16	9,09
Año que cursa	f	%	f	%	F	%
4º	91	51,70	9	5,11	100	56,82
5º	71	40,34	5	2,84	76	43,18
Presencia de patologías de base*	f	%	f	%	f	%
NO	144	81,82	9	5,11	153	86,93
SI	18	10,23	5	2,84	23	13,07
GRAFFAR	f	%	f	%	f	%
I	17	9,66	1	0,57	18	10,23
II	73	41,48	6	3,41	79	44,89
III	59	33,52	7	3,98	66	37,50
IV	13	7,39	0	0,00	13	7,39
Total	162	92,04	14	7,95	176	100

\*Asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=4,82$ ; 1Gl; p-valor= 0,0273)

Fuente: Cuestionario aplicado por el equipo investigador