

Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia

Predictive factors related to general well-being in adolescent students in Cartagena, Colombia

Edna M. Gómez-Bustamante y Zuleima Cogollo

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. egomezb@unicartagena.edu.co, zcogollo@unicartagena.edu.co

Recibido 31 Julio 2009/Enviado para Modificación 31 Enero 2010/Aceptado 10 Febrero 2010

RESUMEN

Objetivo Determinar los factores predictores relacionados con el bienestar general de adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia.

Método Se diseñó un estudio analítico, encuesta transversal, con una muestra probabilística de estudiantes adolescentes matriculados en colegios públicos y privados de la ciudad de Cartagena. Los estudiantes diligenciaron en forma individual y anónima un cuestionario que indagaba sobre autoestima, religiosidad (actitud hacia el cristianismo), bienestar general (síntomas depresivos) y funcionamiento familiar. Se realizó un análisis descriptivo de las variables investigadas, posteriormente, todas las variables, cualitativas y cuantitativas, se dicotomizaron. Se estimaron razones de disparidad (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC95 %).

Resultados Un grupo de 1 014 estudiantes completó satisfactoriamente la encuesta. La media para la edad fue 15,1 años (DE=1,8) y 54,5 %, mujeres. Las variables que se asociaron significativamente al bienestar fueron: alta autoestima (OR 3,5; IC95 % 1,2-5,7), alta religiosidad (OR 2,2; IC95 % 1,3-3,4) y tener familia funcional (OR 2,0; IC95 % 1,2-3,1).

Conclusión Alta autoestima, alta religiosidad y familia funcional predicen bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia.

Palabras Clave: Adolescente, estudiantes, depresión, estudios transversales (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Determining predictive factors related to well-being amongst adolescent students in Cartagena, Colombia.

Methods An analytical, cross-sectional study was designed using a random sample of adolescent students who were enrolled in public and private schools in Cartagena. The students filled out an individual, anonymous questionnaire to investigate self-esteem, the intensity of their religious feeling (attitude towards Christianity), their general well-being (depressive symptoms) and level of family functioning. A descriptive analysis of the variables was made; all qualitative and quantitative variables were then

dichotomised. Odds ratios (OR) were estimated using 95 % confidence intervals (95 % CI).

Results A group of 1,014 students successfully completed the survey. Mean age was 15.1 (SD=1.8); 54.5 % were girls. The variables significantly associated with well-being were high self-esteem (3.5 OR, 1.2-5.7 95 %CI), intense religiousness (2.2 OR, 1.3-3.4 95 %CI) and having a functional family (2.0 OR, 1.2-3.1 95 %CI).

Conclusion High self-esteem, intense religiousness and having a functional family were predictors of well-being among adolescent students in Cartagena, Colombia.

Key Words: Adolescent, student, depression, cross-sectional study (*source: MeSH, NLM*).

El bienestar es definido como el grado en que una persona juzga globalmente su vida en términos favorables e indica la manera en que la persona evalúa la vida, con la inclusión de la satisfacción personal, la ausencia de síntomas depresivos y las experiencias positivas (1,2). El bienestar puede experimentar variaciones circunstanciales en función de los efectos predominantes personales, sociales y culturales (3).

Históricamente, el bienestar se asocia a estados emocionales positivos; pero el bienestar es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de estados emocionales positivos a lo largo del tiempo. Es una dimensión evaluativa, que vincula la valoración que cada persona hace de acuerdo con el estilo de vida. Ryff considera que el bienestar no es ausencia de malestar o de trastorno psicológico; por el contrario tiene otros componentes como la autorrealización, el significado vital, ciclo vital y el funcionamiento mental óptimo (4). De igual manera, otros autores relacionan, el bienestar psicológico con variables como la personalidad (5), la calidad de las interacciones sociales, las relaciones familiares positivas y la autoestima (6,7).

La adolescencia se considera una etapa del desarrollo con continuos cambios y desafíos, no necesariamente negativos y problemáticos, al menos que condiciones socioculturales o neurobiológicas específicas lo provoquen, las experiencias de transición alteran el equilibrio afectivo y la percepción subjetiva y objetiva de bienestar (8,9).

Las principales transiciones que se llevan a cabo durante la adolescencia suponen un movimiento hacia comportamientos más libres y responsables; junto a los cambios puberales y cognoscitivos se producen modificaciones emocionales, familiares, académicos o laborales que facilitan el logro de la identidad personal. Este logro es posible cuando las metas que el sujeto se propone alcanzar, armonizan

con sus desarrollos físico, emocional, cognoscitivo, social y las condiciones de vida. El estilo y las estrategias para la resolución de problemas se relacionan con un alto bienestar; mientras el estilo improductivo se relaciona con un bajo o pobre bienestar, en ambos géneros (4,6).

La sociedad, en general, espera que el niño se convierta en un adulto competente, capaz de sostener relaciones cercanas con otros y que adquiera habilidades para que en los diferentes contextos en los que se desempeña, promueva comportamientos en beneficio de los demás y evite aquellos que, de alguna manera, sean disfuncionales y contribuyan a alteraciones psicopatológicas (10).

La salud de los adolescentes, especialmente la salud mental, es importante para el desarrollo de la sociedad y los países; no se duda de la importancia de fomentar comportamientos prosociales e inhibir comportamientos desajustados en cualquier etapa del desarrollo (9); sin embargo, los profesionales de la salud restan importancia algunas veces a abordar los factores protectores de la salud mental y se centran en los factores de riesgo. Por tanto sólo se implementan programas integrales de salud para los adolescentes que se basan en la psicopatología. De allí la necesidad de realizar estudios que tomen en consideración los elementos que inciden sobre el desarrollo de los comportamientos de los adolescentes, tanto positivos como negativos, y hagan énfasis en los positivos, de tal manera, que fortalezca la capacidad de afrontamiento, seguridad, la satisfacción y el bienestar personal, entre otros, que a su vez, le permitan hacer frente a las demandas tanto internas y como externas.

El objetivo del presente estudio fue determinar los predictores relacionados con el bienestar general de los adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Se realizó un estudio analítico, encuesta transversal, con una muestra probabilística de estudiantes adolescentes de colegios públicos y privados de Cartagena, Colombia.

Población. Durante el año 2007 se encontraban matriculados en las instituciones de educación secundaria de la ciudad aproximadamente 118 800 estudiantes, 94 274 matriculados en colegios públicos y 24 526 en colegios privados.

Muestra. Se tomó una muestra probabilística de 1 152 estudiantes, un nivel de confianza del 95 % y una precisión de 1,5 %. Se realizó un muestreo multietápico. Los centros educativos participantes en el estudio se seleccionaron a partir de los registros de la Secretaría de Educación Distrital. El muestreo se estratificó por el tipo de institución para obtener una proporción similar al universo de colegios públicos y privados, la selección de los colegios se realizó en forma aleatoria. Se consideró cada aula de clases como un conglomerado. Se seleccionaron al azar 29 conglomerados (23 de colegios públicos y 6 privados).

Se incluyeron estudiantes que los colegios y los padres de familias dieron el consentimiento. Se excluyeron los estudiantes que no asistieron a clase el día de aplicación de la encuesta.

Instrumentos. Los estudiantes diligenciaron en forma individual y anónima un cuestionario que incluía las características sociodemográficas y psicosociales. Se evaluó autoestima, religiosidad (actitud hacia el cristianismo), bienestar general (síntomas depresivos) y funcionamiento familiar.

La escala de Rosenberg para autoestima consta de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico. Las puntuaciones se encuentran entre 0 y 10. Para este estudio se consideró un adecuado nivel de autoestima las puntuaciones iguales o superiores a 8 (11). Dado que esta escala no cuenta con una validación formal en Colombia se calculó el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder-Richardson para estimar la consistencia interna (12).

El Índice de Bienestar General (Well-Being Index, WHO-5) es un instrumento autoaplicado cuantifica síntomas depresivos con importancia clínica en diferentes poblaciones. La escala consta de 5 ítems con un patrón de respuesta politómica que da puntuaciones entre cero (0) y quince. Se tomó como bienestar general presente las puntuaciones en WHO-5 iguales o superiores a 6 puntos (13). Esta escala mostró alta consistencia interna estudiantes de secundaria de Cartagena (14).

La versión de cinco ítems de la escala de Francis de actitud hacia el cristianismo evalúa la actitud ante Dios, Jesús y la oración. Consta de un patrón de respuesta tipo Likert con puntuaciones entre cero y veinte. Para estudio se clasificaron como alta religiosidad puntuaciones iguales o superiores a 19 puntos (15). Esta escala mostró alta consistencia interna en estudiantes adolescentes de Cartagena, Colombia (16).

La escala de APGAR para funcionamiento familiar es un instrumento diseñado que se compone de cinco ítems que evalúan la percepción del sujeto sobre cinco dimensiones del funcionamiento familiar durante los seis últimos meses. Esta escala tipo Likert da puntuaciones entre cero y veinte. Se consideró funcionalidad familiar puntuaciones iguales o superiores a 19 puntos (17) Esta escala muestra excelente desempeño psicométrico en estudiantes de secundaria (18).

Procedimientos. Los estudiantes diligenciaron la encuesta en el aula de clases bajo la supervisión de una persona adscrita a la investigación, quienes previamente explicaron los objetivos del estudio, solicitó la participación voluntaria y garantizó la confidencialidad.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables investigadas. Se establecieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y se calcularon medias y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Posteriormente, todas las variables, cualitativas y cuantitativas, se dicotomizaron. Se estimaron razones de disparidad (OR) con intervalos de confianza del 95 %.

Para ajustar las asociaciones y controlar variables confusoras se hizo un modelamiento con regresión logística. Para ello se calcularon OR e IC 95 %. Se incluyeron en el modelo final las variables que mostraron asociación significativa o las que produjeron cambios mayores del 10 % en la asociación más robusta (Recomendaciones de Greenland) (19). Para conocer la adecuación del ajuste del modelo final se aplicó la prueba de Hosmer-Lemeshow (20).

Aspectos éticos. Para la realización de esta investigación se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, de los rectores de los colegios y de los padres de familia. Se solicitó la autorización escrita de los padres o tutores por ser una población subrogada, en su mayoría, menores de edad, menos de 18 años para las leyes colombianas (21).

RESULTADOS

Un total de 1 014 estudiantes respondieron consistentemente los instrumentos, con edades entre 11 y 22 años, con una media de 15,1 años (DE=1,7); 299 (29,5 %) menores de 15 años; 461 (45,5 %) hombres; 347 (34,2 %) de estrato socioeconómico medio o alto; 668 (34,1 %) estudiantes de media vocacional; 219

(21,6 %) de colegios privados; 549 (54,1 %) con alta autoestima; 479 (46,9 %) con alta religiosidad; 523 (51,6 %) con familia funcional; y 918 (90,5 %) con bienestar general presente. A todas las escalas se le valoró el comportamiento psicométrico (Tabla 1).

Tabla 1. Consistencia interna (alfa de Cronbach o Kuder-Richardson) de los instrumentos en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia

Escala	Consistencia interna
Índice de Bienestar General-WHO-5	0,706
APGAR familiar	0,846
Escala breve de Francis para religiosidad (Francis-5)	0,878
Escala de Rosenberg para autoestima	0,564

En el análisis bivariado para variables cuantitativas se incluyeron: edad, grado de escolaridad, el bienestar general, la religiosidad, la autoestima y el funcionamiento familiar. Las asociaciones se presentan en la Tabla 2. El ajuste final de estas variables se presenta en la Tabla 3.

Tabla 2. Razones de oportunidad (OR) para algunas variables y bienestar general presente en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia

Variable	OR	IC95 %
Edad menor de 15 años	1,3	0,70-2,1
Sexo masculino	1,2	0,77-1,8
Estrato medio o alto	1,3	0,82-2,1
Estudiante de media vocacional	1,4	0,93-2,2
Colegio privado	1,3	0,76-2,3
Fuma actualmente	1,4	0,55-3,6
Alta autoestima	4,0	2,5-6,5
Alta religiosidad	2,4	1,5-3,9
Familia funcional	2,0	1,2-3,1

Tabla 3. Modelo de regresión logística para bienestar general presente en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia

Variable	OR	IC95%
Alta autoestima	3,5	1,2-5,7
Alta religiosidad	2,2	1,3-3,4
Familia funcional	2,0	1,2-3,1

Prueba de la bondad del ajuste de Hosmer y Lemeshow $X^2=5,422$; $gl=6$; $p=0,491$

DISCUSIÓN

En el presente estudio los predictores que se asociaron significativamente al bienestar general de los adolescentes fueron tener alta autoestima, alta religiosidad y familia funcional.

Referente al bienestar general y la autoestima de los adolescentes, en este estudio se observa una fuerte asociación. Resultados similares a los encontrados por Casullo et al., quienes informaron que los adolescentes de riesgo alto percibían menor bienestar psicológico y las preocupaciones más frecuentes se relacionaban con la autoimagen y la autopercepción (difusión de identidad, autodesvalorización, desaprobación corporal), dimensiones relacionadas con la autoestima (22).

De igual manera, Haquin et al. informaron que los factores de riesgo predominantes para la salud mental fueron falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoestima y situación familiar irregular (23). Resultados similares hallaron Garaigordobil et al., quienes observaron que los adolescentes con altas puntuaciones en autoestima mostraban mayor probabilidad de estar estables emocionalmente, sociables, responsables, con mucho sentimientos de bienestar y baja impulsividad (24). La autoestima estaría relacionada con el bienestar de manera bidireccional de modo que cuando la valoración con la vida es negativa la autoestima decrece (25).

Los hallazgos confirman que la autoestima es un predictor significativo en el bienestar general y la estabilidad emocional de los adolescentes disminuyendo a su vez el riesgo de psicopatología (10).

La autoestima fortalecerá las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento de diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logros, disminuyen la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas. Además afecta la interacción de la persona con los demás y su forma particular de desenvolverse frente en diversas tareas, desafíos y el mundo real (26).

Los resultados de este estudio señalan que la alta religiosidad se relaciona significativamente con el bienestar general de los adolescentes. Estos datos son consistentes con los de Barnes et al., quienes observaron que la religión se consideraba como fuente de apoyo social significativo para los jóvenes de su estudio (27). Así mismo Campo-Arias et al., determinaron que la baja

religiosidad se asocio significativamente a comportamientos de riesgo para la salud (28). De la misma forma Campo-Arias et al., observaron que la menor religiosidad se relaciona con síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes (29).

Respecto al bienestar y la funcionalidad familiar, en el presente estudio se observó asociación significativa. Datos similares informó Ballesteros et al. en personas entre 8 y 56 años de edad y concluyeron que las relaciones familiares se relacionan con el bienestar psicológico (30). De igual manera, Casullo et al. encontraron que los adolescentes que perciben menor bienestar presentaban inconformidad con la calidad de los vínculos con los pares y la familia (inseguridad social y discordia familiar). Así mismo, Cassidy observó que la familia puede facilitar o ser fuente de interferencia del bienestar psicológico (31).

Por otra parte, la familia constituye uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social del joven y es, pese a ser muy cuestionada por éste, un espacio contenedor de las ansiedades propias del proceso de desarrollo que vive, la no presencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y autoimagen del adolescente y pueden pasar a ser factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología. Las fuentes principales de autovaloración son; la familia, rendimiento académico, aceptación de los pares, experiencias de éxito y la imagen del propio cuerpo (32).

Los datos anteriores indican que al parecer las familias funcionales y la alta autoestima en los adolescentes ejercen un rol modulador y modelador en el desarrollo de los factores de riesgo de psicopatología temprana, es decir, se constituyen en factores protectores del bienestar emocional en los jóvenes (33). Así mismo, la religión como fuente de apoyo social representa un importante factor que permite evitar conflictos, debido a que la interacción social afianza el apego a la vida; la pertenencia a grupos con los que se mantienen relaciones sociales estables y positivas, aminora la depresión, la ansiedad y la intensidad al estrés, y aumenta la autoestima; si, por el contrario, éstas son negativas o no existen, se acrecienta la vulnerabilidad a las presiones del entorno, sobre todo en los adolescentes.

Este estudio exploró variables relacionadas con el bienestar general de los adolescentes que permitan diseñar y proponer propuestas de intervención desde los ámbitos clínicos y educativos, orientadas a fortalecer aspectos positivos, centradas en la promoción de la salud y no únicamente en aquellos

factores condicionantes de enfermedad. Las intervenciones profesionales deben estar dirigidas al desarrollo de un ambiente familiar armónico; que estimule el fortalecimiento de la autoestima, la construcción del proyecto de vida personal, el desarrollo del sentido de autocompetencia y el logro de estrategias de afrontamiento que posibiliten un mejor control del entorno donde se desenvuelve el adolescente.

El estudio tiene limitaciones propias de un estudio transversal como la imposibilidad de indicar la dirección de causalidad y la baja consistencia interna de la escala de Rosenberg para autoestima. De la misma forma, no se indagaron otras dimensiones que hacen parte del bienestar, como los ingresos familiares, la situación sociopolítica, satisfacción personal y el apoyo social, entre otras.

Se concluye que el bienestar general de los adolescentes se relaciona con alta autoestima, alta religiosidad y buena función familiar. Sugerencia para investigaciones futuras ♣

REFERENCIAS

1. Veenhoven R. Developments in satisfaction research. *Soc Indic Res* 1996; 37: 1-46.
2. Fierro A, Cardenal V. Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Rev Psicol Gen Aplic* 1996; 49: 65-81.
3. Diener ED. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Soc Indic Res* 1994, 31; 103-157.
4. Ryff C, Keyes LM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-727.
5. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *J Pers Soc Psychol* 1997; 73: 549-559.
6. Shek DT. Parental marital quality and well-being, parent-child relational quality, and Chinese adolescent adjustment. *Am J Fam Ther* 2000; 28: 147-162.
7. Figueroa M, Contini N, Lacunza A, Levin M, Suedan A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *An Psicol* 2005; 21: 66-72.
8. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *J Adolesc* 1987; 10: 163-186.
9. Lemos S, Fidalgo A, Calvo P, Menéndez L. Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psichotema* 1992; 4: 21-48.
10. Guevara I, Cabrera V, Barrera F. Factores contextuales y emociones morales como predictores del ajuste psicológico. *Univ Psychol* 2007; 6: 269-283.
11. Rosenberg M. *Society and self-esteem and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
12. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151-60.
13. World Health Organization. Regional Office for Europe. Well-Being measures in primary care: the DepCare Project. Consensus Meeting, Stockholm; 1998.

14. Campo-Arias A, Miranda-Tapia G, Cogollo Z. Reliability of the WHO-5 Well-Being Index among Colombian adolescent students. Presentado como poster en el XIV World Congress of Psychiatry, Prague, Czech Republic; 2008.
15. Campo-Arias A, Oviedo HC, Díaz CE, Cogollo Z. Internal consistency of a Spanish translation of the Francis scale of attitude toward Christianity short form. *Psychol Rep* 2006; 99: 1008-1010.
16. Campo-Arias A, Oviedo H, Cogollo Z. Internal consistency of a five-item form of the Francis scale of attitude toward Christianity among adolescent students. *J Soc Psychol* 2009; 149: 258-262.
17. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
18. Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35: 23-29.
19. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-349.
20. Hosmer D, Taber S, Lemeshow S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health* 1991; 81: 1630-1635.
21. Ministerio de Protección Social. Resolución 008430 de 1993 por lo cual estipula el consentimiento informado para las investigaciones en salud. Bogotá;1993.
22. Casullo M, Castro A. Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2002; 7: 129-140.
23. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 425-433.
24. Garaigordobil M, Durá A. Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en los adolescentes de 14-17 años. *Anal Modif Cond* 2006; 32: 38-64.
25. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68: 653-663.
26. Valdés M, Serrano T, Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia. *Rev Psiquiatr Clin* 1995; 32: 49-56.
27. Barnes L, Ikeda R, Kresnow M.J. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32, 68-75.
28. Campo-Arias A, Cogollo Z, Díaz C. Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes de Cartagena Colombia. *Salud Uninorte* 2008; 24: 226-234.
29. Campo-Arias A, Díaz C, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 30: 167-183.
30. Ballesteros B, Medina A, Caicedo C. El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Univ Psychol* 2006; 5: 239-258.
31. Cassidy T. Social background, achievement motivation, optimism and health: a longitudinal study. *Couns Psychol Q* 2000; 13: 399-415.
32. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. *Rev Salud Publica Mex* 2007; 49: 3-10.
33. Serrano M, Galaz M. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* 2004; 16: 203-210.