

**RESILIENCIA Y DEPRESIÓN: UN ESTUDIO EXPLORATORIO  
DESDE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA**  
**RESILIENCE AND DEPRESSION: AN EXPLORATORY STUDY FROM THE  
QUALITY OF LIFE IN THE ADOLESCENCE**

**Claudia Restrepo-Restrepo**

*Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia*

**Stefano Vinaccia Alpi**

**Japcy Margarita Quiceno**

*Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia*

---

**RESUMEN**

---

**Palabras clave:** resiliencia, calidad de vida, depresión, adolescencia.

---

**Recibido:** Diciembre 7 2010

**Aceptado:** Agosto 30 2011

---

*La presente investigación tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en 36 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio-correlacional-transversal. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario de calidad de vida infantil Kid-Kindl, la escala de resiliencia para adolescentes ARS y el inventario de depresión infantil CDI. Los resultados a nivel descriptivo evidenciaron una calidad de vida favorable, altas puntuaciones de resiliencia y niveles clínicamente no significativos de depresión infantil. En el análisis de regresión lineal múltiple se encontró que la dimensión regulación emocional de la escala ARS tuvo un peso positivo sobre la calidad de vida mientras que la depresión infantil tuvo un peso negativo sobre esta variable. En conclusión, la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión.*

**ABSTRACT**

**Keywords:** *resilience, quality of life, depression, adolescence.*

*The present research had as aim to evaluate the relationships between resilience, depression and the health-related quality of life in 36 adolescents from schools in the city of Medellin, Colombia. The design of this study was exploratory-transversal-correlation. The instruments used were: the quality of life questionnaire for children Kid-Kindl, the adolescent resilience scale -ARS; children's depression inventory -CDI.*

*The results to descriptive levels demonstrate a favorable quality of life, high resilience scores and not clinically significant levels of childhood depression. In multiple linear regressions analysis showed that emotion regulation dimension ARS scale had a positive weight on the quality of life as childhood depression had a negative weight on this variable. In conclusion, the perception of quality of life in adolescents can be modulated positive or negatively by the resilience and depression.*

El periodo de la adolescencia es coyuntural con matices y cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y socio-familiar, que demanda en la población infanto-juvenil el uso de estrategias de afrontamiento activas que les permita una mejor adaptación frente una variabilidad de eventos vitales estresantes propias de su edad (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). En lo que respecta a los estados emocionales negativos son factores de riesgos para la calidad de vida en general sobre todo si están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales en esta etapa (Vinaccia, Quiceno & Moreno, 2007). Se entiende entonces por calidad de vida infantil (CVI) “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales” (Quiceno, 2007 pág. 7). Más concretamente entre las diferentes emociones negativas, la depresión se ha relacionado con la peor percepción de la calidad de vida (Gourion, 2009), ya que esta se acentúa en la adolescencia hasta alcanzar su nivel más alto en la etapa adulta (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Los factores relacionados a una evolución negativa de la depresión han sido: alta expresión emocional, padres depresivos, depresión materna, padres divorciados y con múltiples episodios depresivos, alcoholismo de los padres, inicio temprano (especialmente a partir de los 13 años de edad) y severo deterioro teniendo un largo episodio

depresivo antes del inicio del tratamiento, comportamiento e ideación suicida, comorbilidad con otros trastornos especialmente con la distimia e historia temprana psiquiátrica, deterioro en las relaciones con los pares después del inicio de la depresión, bajo estatus socioeconómico, eventos vitales estresantes y afrontamiento negativo, y presencia de trastornos por uso de sustancias (Essau & Chang, 2009).

Según Essau y Chang (2009) la depresión mayor es uno de los trastornos más frecuentes en adolescentes y su prevalencia es del 0.5% en población mundial, siendo el problema de salud mental más significativo en este periodo de vida (Dopheide, 2006; Hamrin & Pachler, 2005). Más concretamente en estudios desarrollados en el departamento de Antioquia (Colombia) se ha encontrado que la prevalencia de síntomas depresivos en los adolescentes tiene cierta importancia clínica (Vinaccia et al., 2007; Garcés, Henao, Henao & Naranjo, 2008; Gómez, Alviz & Sepúlveda, 2003).

Por otro lado, se ha encontrado que la resiliencia es una variable protectora y moduladora de la salud física y mental en la adolescencia (Vinaccia et al., 2007). El término resiliencia cobra importancia a través de los trabajos del psiquiatra Michael Rutter, quien considera que la resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de

ello (Rutter, 1986, 1993, 2006). La literatura reporta que los factores protectores implicados en los procesos de la resiliencia han sido tanto los factores individuales como ambientales. A nivel individual se consideraron entre otros los siguientes: habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento, autoeficacia, lugar de control, autonomía e independencia, empatía, significado y propósito por la vida y el futuro, y sentido del humor. Respecto con los factores ambientales se consideraron los siguientes tres niveles: familia, escuela y comunidad. La familia fue relacionada con factores que incluían las relaciones intrafamiliares de confianza y cercanía, altas expectativas, apoyo social entre miembros de la familia, competencia, padres pacientes y amorosos, crianza eficaz, ventajas socioeconómica, estilos de comunicación saludables, y respeto por la autonomía y la individualidad. Entre los factores de escolaridad se encontraron los siguientes: enseñanza eficaz, conexión pro-social y reglas compartidas entre pares, una red de amigos, una mejor experiencia educativa, apoyo social fuera de la familia y buenos modelos de conducta. Y entre los factores protectores del nivel de comunidad se encontraron: una buena comunicación activa de la comunidad, un sistema externo de soporte, conexión con organizaciones sociales, compromiso en actividades religiosas y de fe, y conexión con otros adultos competentes. En estos tres niveles ambientales parece ser que el apoyo social ha sido un factor muy importante para facilitar la resiliencia (Earvolino-Ramírez, 2007; Pan & Chan, 2007; Walsh, 2004).

En definitiva, la depresión es un factor de vulnerabilidad sobre la calidad de vida mientras que la resiliencia es un factor de protección sobre la CVRS en los adolescentes. La mayoría de los estudios se centran en la relación de la CVRS y el papel de la resiliencia más en adultos que en adolescentes (p. ej. Becker & Newsom, 2005; King et al., 2003; Kralik, van Loon & Visentin, 2006; Smith & Zautra, 2008). Mientras que se encuentra un sinnúmero de estudios que evalúan las relaciones entre depresión y CVRS

en adolescentes (p. ej. Camelo-Nunes & Solé, 2010; Chen et al., 2010; Libby & Glenwick, 2010; Sahli, Arslan & Belgin, 2009; Szigethy, McLafferty & Goyal, 2010; van der Veek, Derkx, de Haan, Benninga & Boer, 2010). De otro lado, son escasos los estudios que plantean las relaciones entre estas variables con adolescentes escolarizados. En el contexto antes descrito, el propósito de este estudio exploratorio-correlacional-transversal fue evaluar las relaciones entre resiliencia y depresión sobre la CVRS en adolescentes entre 10 a 12 años escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia.

## Método

### Participantes

Participaron en este estudio 36 adolescentes voluntarios de ambos géneros entre los 10 a 12 años de edad (media=10.7) de quinto a séptimo grado de educación básica de un colegio oficial de la ciudad de Medellín, Colombia. En la Tabla 1 se pueden apreciar las características socio-demográficas de la muestra.

### Instrumentos

**Cuestionario Kid-Kindl** (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998): este cuestionario fue adaptado y validado al español por Rajmil et al. (2004) obteniendo un coeficiente de fiabilidad total de .84. El Kid-Kindl es un instrumento genérico que evalúa la calidad de vida en niños y adolescentes de 8 a 12 años. Consta de 24 preguntas distribuidas en seis dimensiones: *bienestar físico*, *bienestar emocional*, *autoestima*, *familia*, *amigos y colegio*, y una escala total. Contiene además un módulo adicional con preguntas dirigidas a niños y adolescentes que padecen enfermedades crónicas. Las respuestas del Kindl se recogen en una escala tipo Likert de cinco categorías, las preguntas hacen referencia a la semana anterior a la entrevista y las puntuaciones obtenidas a partir de las medias de cada dimensión se transforman a una escala de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representa mejor CVRS.

**Tabla 1**  
**Características socio demográficas de la muestra**

	n	%		n	%
Género			Edad (años)		
Masculino	21	58.3	Media (D.T)	10.72	(0.57)
Femenino	15		41.7	Mediana	11.00
			Rango (Min-Max)	10-12	
Estrato Socioeconómico			Escolaridad (en años)		
Bajo (nivel 1 y 2)	11	30.6	Media (D.T)	5.19	(0.47)
Medio (nivel 3 y 4)	22	61.1	Mediana	5.00	
Alto (nivel 5 y 6)	3	8.3	Rango (Min-Max)	5-7	
Con quien vive			No. de hermanos		
Ambos padres	21	58.3	0	10	27.8
Sólo con mamá	10	27.8	1	9	25.0
Sólo con papá	0	0.0	2	12	33.3
Abuelos	1	2.8	3	3	8.3
Familiares	4	11.1	4	1	2.8
Amigos	0	0.0	6	1	2.8

Nota: n= Número de participantes; D.T.= Desviación típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo

**Escala de resiliencia para adolescentes** (The Adolescent Resilience Scale -ARS; Oshio, Kaneko, Nagamine & Nakaya, 2003): para este estudio se realizó la traducción al español de la escala original por Restrepo (2009). La escala ARS consta de tres dimensiones en un formato tipo Likert que puntúa de 1-5, también comprende una escala total de los 21 ítems que lo conforman. La dimensión *busca de novedad* hace referencia a la habilidad de mostrar interés acerca de una amplia variedad de eventos. La dimensión *regulación emocional* es un rasgo individual de quien exhibe compostura y control de sus emociones internas. Y la dimensión *orientación positiva hacia el futuro*, es el interés por el enfoque de las perspectivas, sueños y metas en el futuro. A mayor puntuación altos niveles de resiliencia.

**Inventario de Depresión Infantil** (Children's Depression Inventory -CDI; Kovacs, 1992): se cuenta con la versión en español desarrollada por Davanzo et al. (2004), obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de .85. El CDI es aplicable a niños de entre 7 y 17 años. Consta de 27 preguntas con un formato tipo likert con

3 posibilidades de respuesta (0= *ausencia de síntomas*, 1= *síntomas moderados*, 2= *síntomas severos*). A mayor puntuación más severidad del síntoma de depresión.

### Procedimiento

Previa autorización de los representantes legales de la institución educativa y de los padres o acudientes de los estudiantes que participaron en el estudio, se dieron a conocer los objetivos de la investigación y se aclaró que cuando lo consideraran pertinente podrían retirarse del proceso de la investigación sin que esto afectara su vinculación a la institución escolar. Posteriormente se solicitó a los representantes (padres o acudientes) y estudiantes la firma del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. Luego en un aula de clase de la institución educativa destinada para este estudio, se prosiguió con la administración por parte de cada estudiante de la ficha de datos sociodemográficos y de los instrumentos Kid-Kindl, ARS y CDI. Los estudiantes contaron además con la supervisión del investigador a cargo en caso de

requerir su apoyo. La duración aproximada en la aplicación de las pruebas fue de 40 minutos.

## Resultados

Se presentan a continuación los análisis estadísticos de la investigación. Para el análisis descriptivo de las variables del estudio como edad, escolaridad, calidad de vida infantil, resiliencia y depresión se usaron las medidas usuales de tendencia central: media, mediana y moda. Así mismo, se calculó la desviación típica (D.T.) y las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) de las diferentes subescalas de los instrumentos psicométricos utilizados. En relación a las variables nominales o categóricas (género, estrato socioeconómico y con quien vive) y discretas (número de hermanos), se calcularon los respectivos porcentajes. Se empleó además el coeficiente alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad de los instrumentos psicométricos empleados. Para el análisis correlacional de las diferentes dimensiones de los cuestionarios utilizados (Kid-Kindl, ARS y CDI) se calculó el coeficiente  $r$  de Pearson. Por último, para examinar el peso de las características sociodemográficas (variables control) y predictoras (resiliencia y depresión) sobre la calidad de vida infantil (variable criterio) se empleó un modelo de regresión lineal múltiple.

### **Análisis Descriptivo según las Variables Psicológicas del Estudio**

Se presenta en la Tabla 2 las diferentes medidas de tendencia central como son la media, la mediana. Además se muestra como medida de dispersión la desviación típica (D.T.). Por otro lado, se indica las puntuaciones mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos psicométricos y sus respectivas dimensiones y el respectivo alfa de Cronbach.

A nivel general se observa que las dimensiones y escalas totales de calidad de vida infantil y de resiliencia tuvieron puntuaciones medio altas, siendo la dimensión escuela la que tuvo la puntuación media más baja y amigos la más alta en relación a las demás dimensiones del Kid-Kindl, y respecto a la escala ARS fue la dimensión orientación positiva al futuro la que

tuvo los niveles promedios más altos, mientras que el inventario de depresión infantil tuvo puntuaciones bajas.

**Tabla 2**  
**Estadísticos descriptivos de las variables calidad de vida, resiliencia y depresión infantil.**

	Media	D.T.	Mín.	Máx.	Alfa
Cuestionario Kid-Kindl					
Bienestar físico	67.08	22.07	0	100	
Bienestar emocional	76.56	15.24	47	100	
Autoestima	74.94	19.64	20	100	
Familia	74.64	18.86	20	100	
Amigos	81.11	16.90	47	100	
Escuela	61.72	18.66	20	100	
Puntuación Total Kid-Kindl	72.72	10.51	52	96	.700
Escala de resiliencia adolescente - ARS					
Búsqueda de novedad	23.86	4.30	11	31	
Regulación emocional	29.89	4.49	22	40	
Orientación positiva al futuro	17.67	2.59	8	20	
Puntuación Total ARS	71.42	7.95	45	87	.526
Inventario de depresión infantil - CDI	9.39	5.64	0	22	.788

Nota: D.T.= Desviación típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo

### **Asociaciones entre las Variables Psicológicas del Estudio**

En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis de correlación de Pearson donde hubo la existencia de relación estadísticamente significativa tanto al nivel .05 como de .01 entre algunas variables del estudio.

Respecto a la escala de resiliencia adolescente (ARS) y el cuestionario Kid-Kindl se observan relaciones positivas y negativas entre algunas de sus dimensiones. Más específicamente hubo

correlaciones positivas entre la dimensión búsqueda de novedad con la dimensión autoestima (.493) y puntuación total del Kid-Kindl (.423), y entre la dimensión regulación emocional con la dimensión familia (.336) y puntuación total del Kid-Kindl (.471). Por otro lado, se aprecia una correlación negativa entre la dimensión búsqueda de novedad con la dimensión escuela (-.412) del cuestionario del Kid-Kindl. En cuanto al inventario de depresión infantil (CDI) se aprecia que tuvo correlaciones negativas con las dimensiones del cuestionario Kid-Kindl bienestar emocional (-.525), familia (-.449), escuela (-.330) y la puntuación total del Kid-Kindl (-.417), y con la dimensión orientación positiva al futuro (-.408) de la escala de resiliencia adolescente (ARS).

Se encontró además correlaciones positivas de algunas dimensiones del cuestionario del Kid-Kindl entre sí, véase la dimensión bienestar

físico con la dimensión familia (.405); la dimensión bienestar emocional con las dimensiones familia (.729), amigos (.330) y escuela (.365); y la dimensión familia con la dimensión amigos (.418). Además se aprecia que todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida infantil tuvieron correlaciones positivas con la puntuación total del Kid-Kindl menos la dimensión autoestima.

### **Análisis de Regresión Lineal Múltiple**

Se presentan los resultados encontrados en los modelos finales de regresión lineal encontrándose que la calidad de vida infantil presentó un coeficiente de determinación  $R^2c=28\%$ , explicado positivamente por la dimensión regulación emocional de la escala de resiliencia adolescente ARS ( $\beta = .402$ ;  $t=2.752$ ;  $p = .010$ ), y negativamente por la variable depresión infantil del cuestionario CDI ( $\beta = -.333$ ;  $t = -2.283$ ;  $p = .029$ ).

**Tabla 3**

**Análisis de correlación de Pearson de las variables calidad de vida, resiliencia y depresión infantil.**

Dimensión	Escala de resiliencia adolescente (ARS)			CDI
	Búsqueda de novedad	Regulación emocional	Puntuación Total ARS	Depresión
Bienestar emocional Kid-Kindl				-.525(**)
Autoestima Kid-Kindl	.493(**)		.423(*)	
Familia Kid-Kindl		.336(*)		-.449(**)
Escuela Kid-Kind	-.412(*)	-		-.330(*)
Puntuación Total Kid-Kindl		.471(**)		-.417(*)
Orientación positiva al futuro ARS				-.408(*)

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

### **Discusión**

La mayoría de los participantes de este estudio fueron adolescentes escolarizados en su mayoría en quinto grado de educación básica primaria, quienes tenían alrededor de 10 años de edad, de estrato socioeconómico colombiano medio bajo (niveles 4-1) y quienes vivían con sus padres y hermanos, aunque se percibe una tendencia socio-familiar al único hijo y a niños(as) que viven sólo con la madre.

A nivel general se encontró que los estudiantes que participaron en este estudio tuvieron una

percepción favorable de su calidad de vida infantil y tuvieron mínimos síntomas de depresión que afectaran su vida social, familiar y escolar habitual. Por otro lado, percibían que tenían control personal frente a sus estados emocionales, y, especialmente, que tenían muy claras sus metas y objetivos personales viendo de forma optimista su futuro, y percibían, además, que podían lograr encontrar en la medida de sus capacidades el lado positivo a las diferentes situaciones de la vida. Cabe anotar que las escalas utilizadas en este estudio aún no son validadas para el contexto colombiano, pero permitieron hacer

una exploración sobre el comportamiento de las variables en mención para focalizar y redireccionar futuros estudios. Respecto al cuestionario CDI, sí se han realizado caracterizaciones (más no validaciones) en la ciudad de Medellín y sus municipio aledaños con muestras de niños(as) antioqueños escolarizados con el mismo rango de edad de esta investigación, encontrándose igualmente resultados similares, véase la investigación de Vinaccia et al. (2006) donde se encontró una media=10.52 y D.T.= 5.61, y el de Gómez, Alvis y Sepúlveda (2003) que tuvo una media= 7.94 y D.T.=5.2, mientras que la media de este estudio fue de 9.39 y D.T.=5.64.

A nivel correlacional respecto a la CVR se encontró que a mayor búsqueda de la novedad mayor autoestima y percepción de calidad de vida o viceversa. Esto indica que el interés y curiosidad acerca de una amplia variedad de eventos de la vida y buscar cosas nuevas y retarse se asocia positivamente a los sentimientos de autoestima como orgullo, gusto personal, satisfacción y buenas ideas, y con una percepción favorable de la calidad de vida en general. Por el contrario se aprecia que a mayor interés por la escuela hay menos búsqueda de la novedad o viceversa. Parecería entonces que todo lo que implica la escuela (tareas, clases, el pensar en las semanas siguientes y las notas) paradójicamente estarían en contraposición a la búsqueda de la novedad, es decir, sí los estudiantes perciben la escuela como un ambiente fácil, rutinario, y donde se sienten satisfechos y cómodos pueden sentirse limitados ante la curiosidad y el interés por hacer cosas nuevas y emprender retos. Por otro lado, a mayor regulación emocional mayor satisfacción con la familia y percepción de calidad de vida o viceversa. Esto indica que las buenas relaciones de los adolescentes con los padres y la satisfacción con el ambiente de la casa, donde se perciba ausencia de discusiones y prohibiciones irracionales, se asocian positivamente con el control de los estados emocionales y la capacidad de ser calmados frente a circunstancias difíciles de la vida, de ser perseverantes y optimistas respecto a las experiencias, y también les favorece a una mejor percepción de la calidad de vida en general (físico y psico-social). Este resultado se

corroboró además con el análisis de regresión lineal donde la dimensión regulación emocional (ARS) tuvo un peso positivo sobre la percepción general de calidad de vida infantil.

En cuanto al inventario de depresión infantil (CDI) se aprecia que a mayor bienestar emocional, a mayor satisfacción con la familia y la escuela, a mayor percepción de calidad de vida y orientación positiva al futuro menos síntomas de depresión o viceversa. Estos resultados se corroboran además con lo encontrado en el análisis de regresión lineal múltiple donde los síntomas de depresión tuvieron un peso negativo sobre la percepción de calidad de vida infantil. Estos datos indican que las emociones negativas (sentimientos de tristeza, soledad y miedo), un sistema familiar sin comunicación y desamor, un sistema escolar donde el adolescente no se siente a gusto y feliz y encuentra grandes dificultades para desarrollarse en su proceso académico, una desfavorable percepción de su calidad de vida en general, y la falta de interés y de visión optimista sobre las perspectivas, sueños y metas futuras como la falta de confianza personal para lograrlo, son factores que tienen una asociación negativa que detonan de los síntomas de depresión en la infancia.

Este estudio aunque es preliminar y exploratorio brinda información relevante sobre el papel de la resiliencia, especialmente del control emocional, como variable protectora, amortiguadora y moderadora de la calidad de vida infantil, mientras que la depresión constituye un factor de riesgo que vulnera la percepción de bienestar físico y emocional en el adolescente. Es por tanto que sería interesante en futuros estudios replicar esta investigación con muestras mayores de la población infanto-juvenil en condición escolar, haciendo diferenciaciones por género y estrato socioeconómico, ya que se cuenta con poca información de estudios en población infantil no clínicas debido a la complejidad del tema (Gerharz, 1997; Schalock & Verdugo, 2003).

## Referencias

- Becker, G., & Newsom, E. (2005). Resilience in the face of serious illness among chronically ill African Americans in later life. *The Journals of Gerontology*, 60 (4), 214-223.

- Camelo-Nunes, I. C., & Solé, D. (2010). Allergic rhinitis: Indicators of quality of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36 (1), 124-133.
- Chen, Q., Yan, X. X., Shang, N. X., Zhang, G. Z., Gao, Z. J., Wang, Y., Li, E et al. (2010). Emotional and behavioral comorbidities and the impact on the quality of life in epilepsy children. *Zhonghua er ke za zhi. Chinese journal of pediatrics*, 48 (5), 346-350.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S., & Murrelle, L. (2004). Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and humane development*, 35, 75-92.
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American journal of health-system pharmacy*, 63 (3), 233-243.
- Earvolino-Ramírez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), 73-82.
- Essau, C. A., & Chang, W. C. (2009). Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. En C. A. Essau (Ed.), *Treatment of adolescent depression* (pp. 4-25). New York: Oxford University.
- Garcés, M. V., Henao, C., Henao, C., & Naranjo, A. M. (2008). *Salud mental en adolescentes: prevalencia de la depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana* (trabajo de pregrado en medicina). Universidad CES, Medellín.
- Gerharz, E. W. (1997). Quality of life research in children: Fashion or future? *Dialogues in Pediatric Urology*, 20, 1-2.
- Gómez, I., Alvis, A., & Sepúlveda, M. F. (2003). Características psicométricas del instrumento Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín. En PSICOG (Eds.), *Investigaciones de psicología clínica- cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín: Editorial de Universidad de Antioquia*
- Gourion, D. (2009). Events of life and links with severe depression at different ages. *L'Encéphale*, 35 (7), 250-256.
- Hamrin, V., & Pachler, M. C. (2005). Child and adolescent depression: Review of the latest evidence-based treatments. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 43 (1), 54-63.
- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Willoughby, C., & Miller, J. M. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qualitative health research*, 13 (2), 184-206.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI (Manual)*. Toronto: Multihealth Systems.
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14 (2), 187-201.
- Libby, C. J., & Glenwick, D. S. (2010). Protective and exacerbating factors in children and adolescents with fibromyalgia. *Rehabilitation psychology*, 55 (2), 151-158.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Pan, J. Y., & Chan, L. W. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *PSYCHOLOGIA An International Journal of Psychological Sciences*, 50 (3), 164-176.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Quiceno, J. M. (2007). *Calidad de vida infantil*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Fernandez-Lopez, J. A., Berra, S., Aymereich, M., Cieza, A., Ferrer, M et al. (2004). Versión española del cuestionario Alemán de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el Kindl. *Anales de Pediatría*, 60, 514-521.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, 7 (5), 399-407.
- Restrepo, C. (2009). *Anteproyecto de investigación: evaluación de la calidad de vida, la resiliencia y la depresión en adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín* (Manuscrito no publicado). Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- 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 (8), 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sahli, S., Arslan, U., & Belgin, E. (2009). Depressive emotioning in adolescents with cochlear implant and normal hearing. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 73 (12), 1774-1779.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a Two-Factor Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 799-810.
- Szigethy, E., McLafferty, L., & Goyal, A. (2010). Inflammatory bowel disease. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19 (2), 301-318.
- van der Veek, S. M., Derkx, H. H., de Haan, E., Benninga, M. A., & Boer, F. (2010). Abdominal pain in Dutch schoolchildren: Relations with physical and psychological comorbid complaints in children and their parents. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 51 (4), 481-487.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Children Depression Inventory" -CDI-. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 2 (2), 217-227.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Madrid, España: Amorrortu.