

Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión de centros chilenos de salud pública

ELIZABETH SUÁREZ-SOTO^{1,2} Y VANIA MARTÍNEZ^{3,4,5}

RESUMEN

Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión de centros chilenos de salud pública. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) hace referencia a las valoraciones de la percepción de la salud por parte de una persona, recogiendo aspectos objetivos y subjetivos. Participaron 40 adolescentes con diagnóstico de depresión, procedentes de diez centros de salud pública de Chile. Se evaluaron las características del funcionamiento familiar y la CVRS en torno a diez dimensiones. Los resultados sugieren la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindrómico, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto-juvenil. **Palabras clave:** *adolescencia, calidad de vida relacionada con la salud, funcionamiento familiar, depresión, salud pública.*

ABSTRACT

Quality of life and family functioning in adolescents with depression in Chilean public health centres. Health-Related Quality of Life (HRQOL) refers to a person's perception of health, including both objective and subjective aspects. Forty adolescents with a diagnosis of depression from ten public health centres in Chile participated. Characteristics of family functioning and HRQOL were assessed along ten dimensions. The results suggest the importance of obtaining a comprehensive treatment that does not only focus on syndromes, but also on functionality, which is an essential notion in the clinical work of children and adolescents. **Keywords:** *adolescence, health-related quality of life, family functioning, depression, public health.*

RESUM

Qualitat de Vida i Funcionament Familiar a adolescents amb depressió de centres xilens de salut pública. Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS) fa referència a les valoracions de la percepció de la salut per part d'una persona i recull aspectes objectius i subjectius. Van participar-hi 40 adolescents amb diagnòstic de depressió, procedents de deu centres de salut pública de Xile. Es van avaluar les característiques del funcionament familiar i de la QVRS al voltant de deu dimensions. Els resultats suggereixen la importància d'obtenir un tractament integral, que no apunti únicament al que és sindròmic, sinó també a la funcionalitat, que atorgui una noció essencial en l'afer clínic infantil i juvenil. **Paraules clau:** *adolescència, qualitat de vida relacionada amb la salut, funcionament familiar, depressió, salut pública.*

Introducción

La depresión en los jóvenes tiene importantes implicaciones en su desarrollo y representa la mayor carga de enfermedad en este grupo etario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Esta patología, a menudo crónica y recurrente,

está asociada con un deterioro significativo en el funcionamiento familiar, social y académico (Markkula, Zitko, Peña, Margozzini y Retamal, 2017). Particularmente en Chile, la depresión está en aumento, con una prevalencia de síntomas depresivos del 14,4 % en el grupo etario de 15 a 24 años (Ministerio de Salud de Chile, 2011),

¹Psicóloga. Máster en Psicología, mención clínica infanto-juvenil, Universidad de Chile. ²Investigadora predoctoral en el Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), Universitat de Barcelona, España. ³Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ⁴Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile. ⁵Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile. Contacto: ps.elizabethsuarez@gmail.com

Recibido: 1/4/20 - Aceptado: 28/12/20

Las tasas de trastornos depresivos reportadas en niños y adolescentes chilenos, de acuerdo con un estudio llevado a cabo a nivel nacional, es de un 5,1 %, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. En tanto que los jóvenes entre 12 y 18 años, en comparación con los niños entre cuatro y 11 años, presentan mayor frecuencia del trastorno en un 6,9 % y 3,4 % respectivamente (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012).

Según un reporte de la OMS, a nivel mundial, entre un 10 % y 20 % de los niños y adolescentes padece un trastorno de salud mental como la depresión (OMS, 2008), la cual afecta su percepción de la calidad de vida. En caso de no detectarse y tratarse de manera oportuna, puede trascender a la vida adulta con consecuencias considerables en el desarrollo físico, emocional y social de la persona (Rutter et al., 2008), lo que pone de manifiesto la necesidad de la evaluación simultánea de ambas condiciones, es decir, depresión y percepción de la calidad de vida (CV).

A lo largo de estos años, se ha demostrado que la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS) es un constructo relevante en el área de la salud pública (Bisegger, Cloetta, Von Bisegger, Abel y Ravens-Sieberer, 2005; Quinceno y Vinaccia, 2008; Urzúa, 2010) y, a partir del año 2006, se tienen instrumentos para su evaluación en población infantojuvenil (KIDSCREEN Group Europe, 2006), aunque en su mayoría se han centrado en el estudio de enfermedades crónicas (Avendaño y Barra, 2008; Cartes et al., 2014) o en niños con discapacidad física (Tolado, Solís y San Martín, 2011).

La OMS define la CV como una percepción subjetiva, individual y multidimensional de la forma de vida dentro de un contexto social y de valores específicos (Group WHOQOL, 1995); mientras que CVRS se refiere a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud que están influenciados por las percepciones de la persona, su estado de salud y los tratamientos (Ravens-Sieberer et al., 2005). Lo esencial que aporta este concepto al ámbito de la salud es que incorpora la perspectiva del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica

con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Rajmil, Estrada, Herdman, Sutton y Alonso, 2001; Ravens-Sieberer et al., 2014).

En el contexto iberoamericano se han encontrado diferencias en la CVRS de acuerdo al sexo y a la edad, con puntuaciones más bajas en las mujeres y en los adolescentes de mayor edad. Un ejemplo es la investigación conducida por Guedes, Astudillo, Morales, del Campo y Pires (2014), que incluyó 1.357 jóvenes de Argentina, Brasil y Chile. A partir de los datos del Estudio Nacional de CVRS realizado a 7.910 estudiantes en Chile (entre 10 y 18 años), se observa que las dimensiones *bienestar psicológico* y *estado de ánimo y emociones* fueron las más disminuidas y, por el contrario, la dimensión *amigos y apoyo social* obtuvo la puntuación más alta (Molina et al., 2012). En otra investigación con 1.678 niños y adolescentes escolarizados en una ciudad del norte de Chile, se obtuvo que, en general, los hombres, los rangos de menor edad y los niños y adolescentes de colegios privados tienen mejores puntajes de CVRS (Urzúa, Cortes, Prieto, Vega y Tapia, 2009). Otras investigaciones se han focalizado en evaluar la CVRS en pacientes con problemas psicosociales, como, por ejemplo, el *bullying* (Hidalgo-Rasmussen et al., 2015) o con conductas alimentarias de riesgo (Urzúa, Avedaño, Díaz, y Checure, 2010).

En la literatura, se ha reportado que los jóvenes que han sufrido un episodio depresivo mayor presentan más bajos niveles de CV en comparación con otros trastornos de salud mental (e.g., trastorno de déficit atencional con hiperactividad) (Sawyer et al., 2002) y que la población general (Zikić, Tosić-Golubović y Slavković, 2010; Castañeda, Cardona y Cardona, 2017). Algunos de estos estudios, evidencian que menos del 5 % de los pacientes con diagnóstico de depresión reportan tener una adecuada CV, mientras el 50 % reporta tener una peor CV (Rossi, et al., 2019; Zeng, Xu y Wang, 2013).

Cabe destacar que la aparición de síntomas depresivos se encuentra mediada por factores tanto neurobiológicos, personales y psicosociales (Becker-Weidman et al., 2009), donde la percepción del funcionamiento familiar podría jugar un rol fundamental. Centrarse en el estudio de las dimensiones que componen la familia

podría contribuir a avanzar en el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas para la depresión en el grupo estudiado.

La investigación en el área de la evaluación familiar se ha constituido en un campo de estudio muy importante en las últimas tres décadas, lo que ha permitido conocer e identificar diferentes modos de funcionamiento familiar y, a su vez, crear las estrategias de acción que promuevan la salud del grupo y de sus miembros. Diversas investigaciones han constatado la marcada asociación de la disfunción familiar en la vida cotidiana de pacientes con problemas mentales y médicos (Caqueo y Lemos, 2008; Leyva, Hernández, Nava y López, 2006). Sin embargo, también se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar y menos estrés psicológico en algunos pacientes (Fosco, Van Ryzin, Connell y Stormshak, 2016). En este sentido, estudios previos han analizado la relevancia del contexto familiar en la CVRS de los adolescentes con diversos problemas de salud (Herzer, Denson, Baldassano y Hommel, 2011; Baña, 2015), los cuales coinciden en que el funcionamiento familiar es un importante predictor de la CVRS de los adolescentes.

En base a estos antecedentes, se evidencia la importancia de estudiar la relación entre las dimensiones de CVRS y el estilo de funcionamiento familiar en adolescentes con diagnóstico de depresión atendidos en centros de salud pública, con el propósito de aportar información para estrategias de intervención.

Se formularon las siguientes hipótesis de investigación:

a) Existe una relación significativa entre las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones del *estilo de funcionamiento familiar* de los adolescentes con trastorno depresivo.

b) Los hombres difieren en la *calidad de vida relacionada con la salud* con las mujeres.

Material y Método

Participantes

Se encuestó a 40 adolescentes (nueve hombres y 31 mujeres) con diagnóstico de trastorno

depresivo mayor, de entre los 15 y 18 años ($M = 15,9$ años; $DT = 1,00$), procedentes de diez centros chilenos de salud pública, cinco de la Región Metropolitana ($n = 18$) y cinco de la Región de Atacama ($n = 22$), seleccionados mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. La tabla 1 del anexo muestra las características sociodemográficas de la muestra.

Instrumentos

Ficha de selección y caracterización de la muestra. Se obtuvo información sociodemográfica general y clínica usando una hoja de datos creada para el estudio. El nivel socioeconómico se evaluó siguiendo el método ESOMAR (ADI-MARK, 2000). Información específica relativa a diagnóstico y tratamiento fue recuperada de la ficha clínica. Adicionalmente, se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovaks (2004). Es un cuestionario de autoreporte de síntomas de depresión, consta de 27 ítems, puntuados de 0 a 2, con un punto de corte de 18. Se encuentra validado en Chile (Cáceres y Collado, 1994).

Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar (EFF; Dunst, Trivette y Deal, 1988). Se utilizó la versión chilena, adaptada y validada por investigadores de Universidad de los Andes. Se trata de una escala de 22 ítems aplicada en adolescentes y adultos. El EFF proporciona información sobre tres dimensiones: identidad familiar (cohesión y compromiso), información compartida (acuerdos) y movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento a las dificultades (i. e., apoyo y red social, recursos y fortalezas). Cada ítem se valora de acuerdo a una escala tipo *likert*, de 5 puntos. El coeficiente de *alpha de Cronbach* en su versión en Chile ha sido de 0,79 para la escala completa, lo que es considerado aceptable (Larraín, Zegers, Díez y Trapp, 2003).

Cuestionario KIDSCREEN - 52 (CVRS; KIDSCREEN Group Europe, 2006). Este instrumento es un autoreporte de la salud y el bienestar de niños y adolescentes entre los ocho y los 18 años. Las respuestas se recogen en escala *likert* de cinco categorías y mide 10 dimensiones de CVRS (bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar, rechazo social

- *bullying* y recursos económicos). Ha sido validado en más de 13 países europeos. En latinoamérica, destacan Argentina, Brasil, Venezuela y Chile. En Chile, Molina et al., (2012) realizaron la validación del cuestionario en una muestra nacional de 7.910 adolescentes escolarizados entre 10 y 18 años, obteniendo un *alpha de Cronbach* para la escala total de 0,93 (véase también Sepúlveda et al., 2013).

Procedimiento

En primer lugar, se solicitaron los permisos correspondientes a los centros de salud, los cuales firmaron una carta de autorización. Los adolescentes fueron seleccionados de cinco centros de salud pública de la Región Metropolitana y cinco centros de la Región de Atacama de Chile. En el primer caso, los centros pertenecían a las comunas de Pudahuel, Lo Barnechea, Macul y Puente Alto. Con respecto a la Región de Atacama, pertenecían a la comuna de Copiapó. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Los procedimientos respetaron las normas éticas en base a la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2008). Posteriormente, los participantes completaron una batería de dos instrumentos a través de entrevistas realizadas por especialistas en psicología. La elección de los participantes se realizó de manera no probabilística e intencionada. Los criterios de inclusión para este estudio fueron que los jóvenes tuvieran entre 15 y 18 años, con diagnóstico de depresión con episodios leves o moderados, que contarán con consentimiento de las figuras parentales o tutores legales y con su propio asentimiento, teniendo como criterios de exclusión los relacionados con la falta de comprensión de los enunciados, dificultades cognitivas severas y quienes presentaban un cuadro psicótico. No se ofreció asistencia financiera ni compensación a los participantes.

Análisis de datos

Se utilizó el SPSS v. 21 para todos los análisis de datos, con un nivel de significación estadística de $p = 0,05$. En primer lugar, se realizó un

análisis descriptivo de las características sociodemográficas. En segundo lugar, para el análisis de las diferencias de medias entre las variables se utilizó la prueba de *t* de Student, y para determinar la asociación entre los dominios de CVRS y las dimensiones de funcionamiento familiar se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

Para determinar los valores inferiores y superiores de los dominios de CVRS se consideró un valor inferior cuando obtuvo una puntuación igual o menor a 42, siguiendo los criterios establecidos por Revicki et al. (2006).

Para la EFF empleó como marco de referencia las medias obtenidas en el estudio de validación de la escala en Chile (para más información, ver Larraín et al., 2003); así, aquellos factores en los que se obtuvo una puntuación por encima de la media corresponden a las fortalezas familiares que deben emplearse en el tratamiento y se deben modificar los aspectos del funcionamiento familiar que puntúe por debajo de la media.

Resultados

Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra

La tabla 1 del anexo presenta datos descriptivos para las variables sociodemográficas, es decir: edad, nivel socioeconómico y tipo de establecimiento educacional, y las características clínicas. En cuanto a la composición por edad, se encontró una media de 15,9 años ($D.T. = 1,00$). Con respecto al nivel socioeconómico, el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio bajo, correspondiente a 37,5 % ($n = 15$) y el menor porcentaje se concentra en el nivel bajo (5,0 %) ($n = 5$). El 67,5 % ($n = 27$) de la muestra asiste a establecimientos educacionales públicos.

En cuanto al diagnóstico de los trastornos depresivos de acuerdo con la ficha clínica, más de tres cuartos de la muestra de adolescentes recibió el diagnóstico de episodio depresivo leve (77,5 %; $n = 31$) y el 22,5 % ($n = 9$) fue diagnosticado cursando un episodio depresivo moderado. De acuerdo con los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de depresión infantil CDI, se obtuvo que un 80 % ($n = 32$) de los casos puntúa igual o superior a 18 puntos, interpretándose como sintomatología depresiva

clínicamente significativa. La media obtenida en la muestra fue de 23,1 ($D.T. = 6,07$), siendo el mínimo 12 y el máximo, 37.

Calidad de vida relacionada con la salud según sexo

En cuanto a la CVRS percibida por los adolescentes, la dimensión *bienestar psicológico* es la que puntúa más bajo en este estudio ($M = 26,26$; $D.T. = 5,39$), seguida de la dimensión *bienestar físico* ($M = 33,31$; $D.T. = 10,44$) y la dimensión *estado de ánimo* ($M = 33,06$; $D.T. = 8,89$). La dimensión *amigos y apoyo social* obtuvo la media más alta ($M = 45,40$; $D.T. = 11,53$).

Referente a la comparación de las medias entre hombres y mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en dos de las diez dimensiones de este constructo. Concretamente, en la dimensión *autonomía*, la media de los hombres ($M = 51,58$; $D.T. = 14,47$) es mayor que la media obtenida por las mujeres en esta variable ($M = 39,49$; $D.T. = 13,49$), evidenciándose diferencias estadísticamente significativas ($t = 2,330$; $p = 0,05$). La media obtenida en la dimensión *amigos y apoyo social* muestra que la media de los hombres ($M = 53,04$; $D.T. = 14,55$) es mayor que la de las mujeres ($M = 43,18$; $D.T. = 9,68$), evidenciándose diferencias significativas entre las medias ($t = 2,393$; $D.T. = 0,05$). Véase la tabla 2 del anexo para más información.

Funcionamiento familiar según sexo

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto a las dimensiones del *funcionamiento familiar*. Véase la tabla 3 del anexo para mayor detalle.

Con respecto a la dimensión *identidad familiar*, el 85 % ($n = 34$) de los adolescentes obtuvo puntuaciones por debajo a la media en el factor *cohesión y normas familiares*; el 10 % ($n = 4$) de la muestra se ubicó sobre esta. En cuanto al *afrontamiento de las dificultades en la familia*, el 82,5 % ($n = 33$) de los adolescentes percibió que es un aspecto que se encuentra debilitado en su familia, obteniendo puntajes por debajo a la media; el 10 % ($n = 4$) de la muestra se ubicó sobre esta. Respecto al *optimismo* percibido en la familia, un 87,5 % ($n = 35$) de la muestra puntúa por debajo de la media y un 5 % ($n = 2$) de los adolescentes percibió que en su familia

se rescata lo positivo en los distintos aspectos de la vida, incluyendo la habilidad para entender la crisis y los problemas como una oportunidad para aprender. El último factor que compone esta dimensión es el denominado *compromiso*, observándose que un 92,5 % ($n = 37$) de los adolescentes percibe que en su familia el *compromiso* en la búsqueda de bienestar del grupo familiar y de cada persona se encuentra debilitado, obteniendo puntuaciones por debajo a la media; el 5 % ($n = 2$) de la muestra obtuvo puntajes sobre esta.

En cuanto a la dimensión *recursos y estrategias de afrontamiento*, conformada por un único factor que se denomina del mismo modo, el 72,5 % ($n = 29$) de los adolescentes con diagnóstico de depresión evidencia que el repertorio de estrategias de afrontamiento y la habilidad en la solución de los problemas en su familia son aspectos que se encuentran debilitados, apreciándose puntuaciones por debajo de la media. El 22,5 % ($n = 9$) de la muestra en esta dimensión obtuvo puntuaciones sobre la media referencial.

Finalmente, en la dimensión *información compartida*, un 65 % ($n = 26$) de la muestra presenta puntuaciones por debajo a la media, indicando que la comunicación positiva entre los miembros es una debilidad en estas familias; el 17,5 % ($n = 7$) de las puntuaciones se ubican sobre el promedio. Véase la tabla 3 del anexo para conocer las medias y desviación estándar de cada factor de acuerdo al sexo.

Calidad de vida relacionada con la salud y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión

En la tabla 4 del anexo se muestran las relaciones entre la CVRS y EFF. Destacamos que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable *cohesión familiar y normas familiares* de la dimensión *identidad familiar* con las dimensiones de CVRS: *bienestar psicológico* ($r = 0,433$; $p = 0,01$), *relación con los padres y vida familiar* ($r = 0,463$; $p = 0,01$), *recursos económicos* ($r = 0,424$; $p = 0,01$) y *autonomía* ($r = 0,352$; $p = 0,01$).

El factor *afrontamiento de las dificultades en la familia* de la dimensión *identidad familiar* evidenció una relación estadísticamente significativa con las dimensiones *bienestar psicológico*

($r = 0,490$; $p = 0,01$), autonomía ($r = 0,495$; $p = 0,01$) y *relación con los padres y vida familiar* ($r = 0,572$; $p = 0,01$). Asimismo, se detectó una relación significativa con la dimensión *recursos económicos* ($r = 0,393$; $p = 0,05$) de CVRS.

El factor *optimismo* de la dimensión *identidad familiar* evidenció una relación estadísticamente significativa con las dimensiones: *bienestar psicológico* ($r = 0,501$; $p = 0,01$), *autonomía* ($r = 0,438$; $p = 0,01$), *relación con los padres y vida familiar* ($r = 0,596$; $p = 0,01$), *recursos económicos* ($r = 0,453$; $p = 0,01$) y *estado de ánimo* ($r = 0,367$; $p = 0,05$). Finalmente, el factor *compromiso*, correspondiente a la dimensión *identidad familiar*, mostró una relación estadísticamente significativa con las dimensiones *bienestar psicológico* ($r = 0,435$; $p = 0,01$), *autonomía* ($r = 0,512$; $p = 0,01$), *relación con los padres y vida familiar* ($r = 0,527$; $p = 0,01$), *recursos económicos* ($r = 0,415$; $p = 0,01$) y *estado de ánimo* ($r = 0,353$; $p = 0,05$).

Respecto a la dimensión *estilos de afrontamiento*, se observó una asociación estadísticamente significativa con las dimensiones de CVRS *bienestar psicológico* ($r = 0,449$; $p = 0,01$), *autonomía* ($r = 0,419$; $p = 0,01$), *recursos económicos* ($r = 0,418$; $p = 0,01$) y *amigos y apoyo social* ($r = 0,448$; $p = 0,01$). Asimismo, con la dimensión *relación con los padres y vida familiar* ($r = 0,330$; $p = 0,05$).

Se evidenció que la dimensión *información compartida* se asoció de forma significativa con las dimensiones *bienestar físico* ($r = 0,329$; $p = 0,05$), *bienestar psicológico* ($r = 0,389$; $p = 0,05$) y *autonomía* ($r = 0,385$; $p = 0,05$).

Cabe destacar que las dimensiones *autopercepción*, *entorno escolar* y *aceptación escolar* de CVRS no mostraron ninguna asociación estadísticamente significativa con ningún factor de la escala de EFF (mayor información en anexo, tabla 4).

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación entre las dimensiones de CVRS y el estilo de funcionamiento familiar en adolescentes con diagnóstico de depresión atendidos en centros de salud pública en Chile. Son escasos los estudios que han incluido la medida de CV en pacientes de atención primaria, y hacerlo

constituye un importante paso para el conocimiento y desarrollo de prácticas de intervención más eficaces y específicas para este colectivo.

Nuestros hallazgos reafirman el alto porcentaje de jóvenes con sintomatología depresiva clínicamente significativa en salud pública, con coincidencias en el reporte respecto de la mayor presencia de síntomas depresivos en mujeres (Baader et al., 2014; Micin y Bagladi, 2011).

En general, los adolescentes de la población de estudio mostraron una percepción negativa de su CVRS, lo que concuerda con estudios realizados en otros países con muestras similares (Quintero, Lugo, García y Sánchez, 2011; Zikić et al., 2010), pero con puntuaciones inferiores a las obtenidas en países europeos (Palacio-Vieira et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2008) y al encontrado por el estudio nacional realizado en Chile con el mismo instrumento en una muestra de la población general (Molina, et al., 2012). Se destaca un peor perfil en las dimensiones *bienestar psicológico*, *bienestar físico* y *estado de ánimo*. Nuestros hallazgos son consistentes con investigaciones previas realizadas en muestras de adolescentes colombianos (Castañeda Gallego et al., 2017; Quintero et al., 2011).

Por un lado, estos resultados reflejan las características propias de este trastorno del ánimo, debido a que dentro de las manifestaciones clínicas de la depresión, aparece como síntoma principal el profundo estado de malestar experimentado por quien la padece, pudiendo entenderse como un sentimiento de desesperanza frente al mundo, hacia el futuro y hacia sí mismo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005). No obstante, pese a lo anterior, estos resultados no dejan de constituir una señal de alerta, debido a que puede aumentar el riesgo de suicidio en esta población. Por lo tanto, es indispensable conocer y analizar más en profundidad esta información y monitorizarla.

Cabe destacar que la dimensión *autonomía* y *amigos y apoyo social* de CVRS fue percibida diferente por hombres y mujeres, indicando peor perfil de CV en estos dominios para las adolescentes mujeres, respectivamente, lo que muestra concordancia con otros estudios a nivel nacional e internacional (Urzúa y Mercado, 2008; Urzúa et al., 2009; Rossi et al., 2019).

En la dimensión *amigos y apoyo social*, se

valora positivamente el apoyo mutuo, la conversación íntima y el nivel de confianza con los pares, aspectos importantes para su etapa vital, donde se reconoce la necesidad de pertenecer a un grupo y ser aceptado por sus miembros, como parte fundamental de su salud social y emocional, en la medida que el apoyo de los iguales es determinante para el desarrollo y la CV de este tipo de población (Hidalgo-Rasmussen et al., 2015). Sería un importante punto de intervención preventiva en las mujeres. Dichos resultados permiten confirmar parcialmente la hipótesis planteada referente a que los hombres difieren en la CVRS con las mujeres.

En general, prácticamente todas las dimensiones de la CVRS analizadas se encuentran sustancialmente relacionadas con la funcionalidad familiar percibida por el adolescente que padece depresión; así, aquellos que perciben una disminuida CVRS experimentan una peor percepción de funcionalidad familiar en este grupo de jóvenes, especialmente, bienestar psicológico, estado de ánimo, relación con los padres y la vida familiar. Los resultados confirman la principal hipótesis de esta investigación, la cual planteaba que existe una relación significativa entre las dimensiones de CVRS y las dimensiones del estilo de funcionamiento familiar.

La dimensión *bienestar psicológico* resulta especialmente interesante al ser transversal para ambos sexos y se vincula directamente con una peor percepción de todas las dimensiones del funcionamiento familiar, lo que podría indicar una característica particular de la población estudiada, y una posible afectación al bienestar familiar del adolescente depresivo. También son congruentes los resultados de la presente investigación con los de estudios que encontraron asociada la desesperanza al bienestar psicológico en población de adolescentes (Shek y Li, 2016) y una relación insatisfactoria con figuras relevantes en la adolescencia, como son los padres (Becker-Weidman et al., 2009).

La dimensión *estado de ánimo* de CVRS se asoció de manera significativa únicamente con los factores *optimismo* y *compromiso* de la EFF. De modo que se puede inferir que las experiencias depresivas de estos adolescentes se asocian al modo en que la familia desarrolle o no un compromiso en la búsqueda de bienestar y

demuestre una percepción de lo positivo en los distintos aspectos de la vida, incluyendo la habilidad para entender la crisis y los problemas como una oportunidad para aprender y crecer (Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt y Arseneault, 2010).

Otro hallazgo relevante fue que los adolescentes de este estudio perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar con escasos recursos intra y extra familiares, concordando con estudios previos donde los estilos de funcionamiento son menos adaptativos en pacientes con depresión (Jewell y Stark, 2003, Leyva et al., 2006; Pávez et al., 2009). Se podría hipotetizar que los adolescentes tienen una peor percepción del funcionamiento de su familia, dada la etapa del ciclo evolutivo en que se encuentran, el cual se caracteriza por estar en pleno proceso de consolidación de su identidad, por lo que se produce un distanciamiento de la familia y un acercamiento a su grupo de pares. Las elecciones de los adolescentes pueden alejarlo de la familia y/o de compartir instancias familiares (Fosco et al., 2016). En ese sentido, las implicancias a nivel práctico de estos resultados se relacionarían con aspectos preventivos. Ante estos hallazgos, parece fundamental incorporar a la familia en programas de prevención de trastornos depresivos, que favorezcan la comunicación con ambos padres, que permitan un ambiente familiar cohesionado y que facilite la resolución adecuada de los conflictos.

Además, consideramos que el estudio de estas variables desde la perspectiva de la salud mental de los adolescentes y la población en general debe ser integrado como factor transcendental al momento de evaluar los resultados de intervenciones en salud. En la actualidad, claramente prevalece la visión de que se debe prestar atención al punto de vista del paciente y no solamente a su estado de salud al evaluar el efecto de enfermedades y tratamientos.

Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de considerar la participación de las personas en su propia salud y en los procesos y funcionamientos vinculados a esta, realzan la importancia de la medición de la CVRS por sobre los tradicionales indicadores del modelo biomédico: el autoinforme del paciente. Así, ya

no solamente se toman las decisiones terapéuticas basadas estrictamente en criterios clínicos, sino que cobra interés lo que es importante para los pacientes. Lo planteado encuentra consistencia en lo informado por la OMS sobre CV, donde se remarca la importancia de considerar su evaluación por los propios pacientes en las decisiones de tratamiento y en la aprobación de nuevas investigaciones farmacéuticas y políticas sanitarias (Group WHOQOL, 1995).

Se concluye que la información sobre la CVRS es un aporte nuevo y útil para futuros programas de salud juveniles del sector público.

Limitaciones

Este estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas. Una de estas es que el diseño transversal permite dar cuenta únicamente de la magnitud de la asociación entre las variables, por lo que no es posible asumir relaciones de causalidad. Otro aspecto importante es el reducido tamaño de la muestra, que pudo haber influido en los resultados obtenidos. Además, por la baja proporción de hombres en la muestra, recomendamos prudencia a la hora de interpretar los resultados vinculados al sexo. Sin embargo, refleja la composición natural de los adolescentes con depresión, donde predomina el género femenino.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta evidencia de que las relaciones intrafamiliares están asociadas a la CVRS de los adolescentes. A partir de estos hallazgos, se sugiere incorporar el análisis de las relaciones intrafamiliares en la evaluación inicial, tratamiento y seguimiento de los adolescentes con depresión que se atienden en centros de salud pública.

Agradecimientos

Este trabajo recibió el apoyo del Núcleo Milenio NS 100018 “Intervención Psicológica y Cambio en Depresión”, de la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. ES-S fue apoyada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) a través de una Beca de estudio. VM recibió financiamiento de ANID - Iniciativa Científica Milenio, proyectos “Núcleo Milenio para

Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay” e “Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)”.

Bibliografía

- Almonte, C., Montt, M. y Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- ADIMARK (2000). *El Nivel Socio Económico Esomar. Manual de Aplicación* [en línea]. Recuperado de: <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>
- Avendaño, M. J. y Barra E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2): 165-172. doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002.
- Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., ... y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Ed. Descleé de Brouwer.
- Becker-Weidman, E. G., Reinecke, M. A., Jacobs, R. H., Martinovich, Z., Silva, S. G. y March, J. S. (2009). Predictors of hopelessness among clinically depressed youth. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 267-291. doi.org/10.1017/S1352465809005207.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Bisegger, U., Abel, T. y Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-und Präventivmedizin*, 50(5), 281-291. doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2.
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E. y Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioral resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of*

- Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 809-817. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02216.x.
- Cáceres, C. y Collado, R. (1994). *Estandarización del cuestionario de depresión infantil, Versión adaptada de Coggiola y Guillón a la población de ambos sexos de 8 a 14 años del Gran Santiago* (tesis para optar al título de Licenciado en Psicología). Santiago, Chile: Universidad Diego Portales.
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/18940053>
- Cartes, R. M., Sepúlveda, R., Molina, T., Martínez, V., González, E., Leal, I., ... e Hidalgo, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), 149-160. doi:10.5354/0719-5281.2014.31976.
- Castañeda Gallego, A. D., Cardona Arango, D. y Cardona Arias, J. A. (2017). Calidad de Vida y sintomatología depresiva en mujeres adolescentes vulnerables. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 25(3). Recuperado de: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/08.Castaneda_25-3.pdf
- Dunst, C. J., Trivette, C. y Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice*. Cambridge, EE. UU: Brookline Book, Inc.
- Fosco, G. M., Van Ryzin, M. J., Connell, A. M. y Stormshak, E. A. (2016). Preventing adolescent depression with the family check-up: Examining family conflict as a mechanism of change. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 82-92. <https://doi.org/10.1037/fam0000147>
- Guedes, D. P., Villagra Astudillo, H. A., Moya Morales, J. M., del Campo Vecino, J. y Pires Júnior, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 46-52. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n1/46-52/>
- Group WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*, 41, 10, 1.403-1.409.
- Herzer, M., Denson, L. A., Baldassano, R. N. y Hommel, K. A. (2011). Patient and parent psychosocial factors associated with health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 52(3), 295-9. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3>
- Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R., ... y George, M. (2015). Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 143(6), 716-723. doi.org/10.4067/S0034-98872015000600004.
- Jewell, J. D. y Stark, K. D. (2003). Comparing the Family Environments of Adolescents with Conduct Disorder or Depression. *Journal of Child and Family Studies* 12, 77-89. doi.org/10.1023/A:1021310226400.
- KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Eppendorf: the KIDSCREEN Group.
- Kovacs, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil: Manual*. Madrid: España: Ed. TEA.
- Larrián, M., Zegers, B., Díez, I. y Trapp, A. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar (EFF) de Dunst, Trivette & Deal para el Diagnostico del Funcionamiento Familiar en población chilena. *Psykhe*, (12)1, 195-211. Recuperado de: <http://psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/337>
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527004>
- Markkula, N., Zitko, P., Peña, S., Margozzini, P. y Retamal, P. (2017). Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 399-409. doi.org/10.1007/s00127-017-1346-4.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida

- en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2011* [en línea] Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, A., Salazar, D. y Sepúlveda, R. (2012). *Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionado con la Salud en Adolescentes Chilenos. Proyecto Domeyko*. Santiago, Chile: Ediciones Radio Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151789/2-Estudio-nacional-de-calidad-de-vida.pdf?sequence=1>
- Moreno, B. (2009). Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN*, (35) 1, 50-6. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5676845>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Datos y cifras de la depresión* [en línea]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* [en línea]. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Pavéz, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev. Médica Chile*; 137, 226-233. doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006.
- Palacio-Vieira, J. A., Villalonga-Olives, E., Alonso, J., Valderas, J. M., Herdman, M., Espallargues, M., ... y Rajmil, L. (2010). Brief report: The KIDSCREEN follow-up study on Health-related Quality of Life (HRQoL) in Spanish children and adolescents. Pilot test and representativeness. *Journal of Adolescence*, 33(1), 227-231. doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.008.
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil: Una aproximación conceptual. *Revista Psicología y Salud*, 18 (1), 37-44. doi.org/10.25009/pys.v18i1.673.
- Quintero, C. A., Lugo, L. H., García, H. I. y Sánchez, A. (2011). Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 470-487. doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60141-4.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. EE.UU: Edit. Blackwell Publishing Limited. 605- 612.
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Sutton, V. S. y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 15(4), 34-43. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6387870>
- Ravens-Sieberer, U., Gosh, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer et al. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364. doi.org/10.1586/14737167.5.3.353.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., ... y Mazur, J. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in health*, 11(4), 645-658. doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M. y Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of life research*, 23(3), 791-803. doi.org/10.1007/s11136-013-0428-3.
- Rossi, J. L., Jiménez, J. P., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., ... y Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista médica de Chile*, 147(5), 579-588. doi.org/10.4067/S0034-98872019000500579.

- Shek, D. T. y Li, X. (2016). Perceived school performance, life satisfaction, and hopelessness: A 4-year longitudinal study of adolescents in Hong Kong. *Social indicators research*, 126(2), 921-934. doi.org/10.1007/s11205-015-0904-y.
- Sawyer, M., Whaites, L., Rey, J., Hazell, P., Graetz, B., Psych, M. y Baghurst, P. (2002). Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 41 (5), 530-537. doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010.
- Sepúlveda, R. P., Molina, T. G., Molina, R. C., Martínez, V. N., González, E. A., Montaña, R. E. e Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Validation of an instrument to measure health-related quality of life in Chilean children and adolescents. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1283-1292. doi:10.4067/s0034-98872013001000007.
- Toledo, M., Solís, F. y San Martín, P. (2011). Calidad de vida relativa a salud mediante Kidscreen-52 en niños con discapacidad física y niños sanos de 10 a 14 años. *Rehabil. integral (Impr.)*, 6(1), 18-27. Recuperado de: <http://www.rehabilitacionintegral.cl/calidad-de-vida-relativa-a-salud-mediante-kidscreen-52-en-ninos-con-discapacidad-fisica-y-ninos-sanos-de-10-a-14-anos/>
- Urzúa, A. (2008). *Calidad de Vida en Salud*. Santiago: Chile: Ediciones Universidad Católica del Norte.
- Urzúa, A., Avedaño, F., Díaz, S. y Checure, D. (2010). Calidad de Vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*; 37 (3), 282- 292. doi.org/10.4067/S0717-75182010000300003.
- Urzúa, A., Cortes, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009). Autorreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*; 80 (3), 238-244. doi.org/10.4067/S0370-41062009000300005.
- Urzúa, A. y Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del KIDDO-KINDL. *Revista Terapia psicológica*; 26, (1), 133- 141. doi.org/10.4067/S0718-48082008000100012.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. y Kohn, R. (2012). Salud Mental infanto-Juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica Chile*, 140, 447-457. doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005.
- World Medical Association (WMA). (2008). *Ethical principles for medical research involving human subjects (adopted by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea)* [en línea]. Recuperado de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zeng, Q., Xu, Y. y Wang, W. (2013). Quality of life in outpatients with depression in China. *Journal of Affective Disorders*, 150, 513-521. doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.052.
- Zikić, O., Tosić-Golubović, S. y Slavković, V. (2010). Quality of life of patients with unipolar depression. *Rev. Medline*, 63(1-2), 113-116.

Anexos

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra

Características sociodemográficas	Mujeres n = 31		Hombres n = 9		Total n = 40	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
15 - 16 años	21	52,5	7	17,5	28	70
17 - 18 años	10	25	2	5	12	30
Nivel socioeconómico						
Alto	2	5,0	1	2,5	3	7,5
Medio Alto	9	22,5	3	7,5	12	30
Medio	8	20	-	-	8	20
Medio Bajo	10	25	5	12,5	15	37,5
Tipo de establecimiento educacional						
Público	19	47,5	8	20,0	27	67,5
Subvencionado	11	27,5	1	2,5	12	30
Privado	1	2,5	-	-	1	2,5

Características clínicas	Clasificación Diagnóstica CDI	
Diagnóstico Médico Centro de Salud	< 18 puntos n (%)	> 18 puntos n (%)
Depresión Leve	8 (20%)	23 (57,5%)
Depresión moderada	-	9 (22,5%)

Tabla 2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes con depresión por sexo

	Total n = 40	Mujeres n = 31		Hombres n = 9		P > t	IC para la diferencia al 95 %
	x (DT)	x	DT	x	DT		
Bienestar físico	33,31 (10,44)	32,16	11,09	37,29	6,90	0,198	-13,067 2,801
Bienestar psicológico	26,26 (5,39)	25,46	4,85	29,01	6,51	0,083	-7,568 0,481
Estado de ánimo y emociones	33,06 (8,89)	31,83	9,18	37,32	6,54	0,104	-12,154 1,180
Autopercepción	41,49 (8,99)	39,38	6,52	48,77	12,56	0,058	-19,182 0,403
Autonomía	42,21 (14,46)	39,49	13,491	51,58	14,471	0,025	-22,595 -1,587
Relación con los padres y vida familiar	39,60 (9,21)	38,44	9,03	43,60	9,20	0,141	-12,119 1,787
Recursos económicos	36,47 (16,79)	34,94	17,37	41,71	14,23	0,293	-19,622 6,080
Amigos y Apoyo social	45,40 (11,53)	43,18	9,683	53,04	14,554	0,022	-18,215 - 2,519
Entorno escolar	41,89 (11,11)	42,85	10,38	38,59	13,47	0,318	-4,255 12,771
Aceptación social	43,56 (19,99)	41,91	19,08	49,23	23,16	0,340	-22,658 8,018

Nota: Puntuación igual o menor a 42 indica una baja CVRS, de acuerdo con los criterios de Revicki et al. (2006).

Tabla 3. Estilos de Funcionamiento Familiar por sexo

	Total <i>n</i> = 40	Mujeres <i>n</i> = 31		Hombres <i>n</i> = 9		<i>P</i> > <i>t</i>	IC para la diferencia al 95 %
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<i>Dimensión Identidad Familiar</i>							
Factor 1. Cohesión y normas familiares	9,2 (3,23)	8,94	3,32	10,22	12,86	0,300	-3,766 1,192
Factor 2. Afrontam. a las dificultades en la familia	13,3 (4,53)	12,84	4,39	14,89	4,93	0,237	-5,508 1,407
Factor 4. Optimismo	8,1 (3,23)	8,00	3,10	8,67	3,80	0,593	-3,172 1,839
Factor 5. Compromiso	12,4 (4,27)	12,26	4,36	13,11	4,13	0,605	-4,164 2,458
<i>Dimensión Recursos y Estrategias de Afrontamiento</i>							
Factor 3. Estilo de afrontamiento	8,1 (3,23)	13,00	3,44	14,11	4,59	0,435	-3,960 1,738
<i>Dimensión información compartida</i>							
Factor 6. Información compartida	8,6 (3,05)	8,35	2,83	9,67	3,70	0,262	-3,642 1,018

Tabla 4. Estilo de Funcionamiento Familiar y dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

EFF	Cohesión y normas	Afrontamiento a las dificultades	Estilo de afrontamiento	Optimismo	Compromiso	Información compartida
CVRS	χ^2 (<i>p</i>)	χ^2 (<i>p</i>)	χ^2 (<i>p</i>)	χ^2 (<i>p</i>)	χ^2 (<i>p</i>)	χ^2 (<i>p</i>)
Bienestar físico	0,274 (0,087)	0,240 (0,136)	0,150 (0,355)	0,344 (0,030)*	0,243 (0,131)	0,329 (0,038)*
Bienestar psicológico	0,433 (0,005)**	0,490 (0,001)**	0,449 (0,004)**	0,501 (0,001)**	0,435 (0,005)**	0,389 (0,013)*
E. de ánimo y emociones	0,237 (0,140)	0,301 (0,059)	0,261 (0,104)	0,367 (0,020)*	0,353 (0,026)*	0,108 (0,508)
Autopercepción	0,075 (0,644)	0,211 (0,192)	0,207 (0,200)	0,226 (0,161)	0,191 (0,237)	0,147 (0,367)
Autonomía	0,352 (0,026)*	0,495 (0,001)**	0,419 (0,007)**	0,438 (0,005)**	0,512 (0,001)**	0,385 (0,014)*
Relación con los padres	0,463 (0,003)**	0,572 (0,000)**	0,330 (0,038)*	0,596 (0,000)**	0,527 (0,000)**	0,311 (0,051)
Recursos económicos	0,424 (0,006)**	0,393 (0,012)*	0,418 (0,007)**	0,453 (0,003)**	0,415 (0,008)**	0,244 (0,129)
Amigos y apoyo social	0,270 (0,092)	0,300 (0,060)	0,448 (0,004)**	0,310 (0,052)	0,287 (0,073)	0,247 (0,124)
Entorno escolar	0,020 (0,900)	0,178 (0,271)	0,101 (0,534)	0,110 (0,499)	0,170 (0,296)	-0,056 (0,729)
Aceptación social	-0,040 (0,808)	0,122 (0,455)	-0,58 (0,722)	0,162 (0,317)	0,173 (0,285)	0,020 (0,901)

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).