



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Medicina
Escuela de Postgrado
Departamento de Psicología

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN
EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica

Infanto - Juvenil

Autor: Elizabeth Suárez Soto.

Profesor Tutor: Dra. Vania Martínez Nahuel.

Santiago, 2013

*“El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres,
donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina ni
un comercio ni una fábrica, ahí veo yo la importancia de
la familia”*

(Gilbert Keith Chesterton)

*Dedicado a mi madre por darme la dicha de vivir y a
todos aquellos adolescentes que, de manera anónima,
han contribuido a la realización de este trabajo.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las siguientes personas por su invaluable apoyo en la realización de este trabajo, por su ayuda desinteresada y apoyo.

A mi tutora, Vania Martínez, quien me orientó e impulsó a llevar a cabo mi proyecto de investigación de forma satisfactoria, muchas gracias por creer en mí. También nombrar a Cristian Yañez, quien me otorgó la asesoría necesaria para dar término a mi tesis, para ellos sólo tengo palabras de reconocimiento. Esta tesis 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.

Agradezco enormemente la colaboración y participación de los directores y profesionales de los siguientes centros de salud pública: CESFAM Dr. Gustavo Molina, CESFAM Lo Barnechea, CESFAM Santa Julia, CESFAM CESFAM Dr. José Symon Ojeda y Consultorio Alejandro del Rio (Región Metropolitana) y CESFAM El Rosario, CESFAM Pedro León Gallo, CESFAM El Palomar, CESFAM Dr. Bernardo Mellibovsky y Cesfam Paipote (Región de Atacama).

Quisiera dar las gracias a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile (CONICYT), institución que financió íntegramente mi último año de Magíster a través de una Beca.

Agradecer a mi madre, abuelita y hermana por su apoyo y amor incondicional, sin los cuales habría resultado imposible desarrollar este trabajo. Agradezco a Cesar, quien a pesar de todas las horas que lo privé de mi compañía y apoyo, continúa entregándome su amor. Ellos son los que me dieron la energía para seguir adelante y terminar con éxito mi posgrado, dándole un sentido integro a mi vida.

Agradecer a Ximena Saldaña, quien colaboró activamente en el contacto de algunos de los adolescentes que participaron del estudio. También reconocer la ayuda permanente prestada por Dalila Vega, secretaria del Magíster, destacando su trato afectuoso en todo momento. A todo el cuerpo docente del Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil, quienes ampliaron mi campo de conocimientos haciendo posible el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Esta investigación se centró en determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. Se empleó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión autoreportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	07
Capítulo 1: MARCO TEÓRICO	13
1.1 Características del desarrollo del adolescente.....	13
1.2 Depresión.....	17
1.2.1 Conceptualización de la depresión.....	17
1.2.2 Manifestaciones clínicas de la depresión en la adolescencia.....	19
1.2.3 Epidemiología de la depresión.....	20
1.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	23
1.3.1 Evolución del concepto de calidad de vida.....	23
1.3.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la adolescencia.....	25
1.3.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes con Depresión.....	27
1.3.4 Características del Test KIDSCREEN.....	28
1.4 Funcionamiento Familiar	32
1.4.1 Concepto de Familia y Funcionamiento Familiar.....	33
1.4.2 Funcionamiento Familiar: Modelo del Estilo de Funcionamiento Familiar.....	35
1.4.3 Escala de Estilos de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette & Deal.....	40
1.4.4 Funcionamiento Familiar y adolescentes con Depresión.....	43
1.4.5. Relación entre Estilos de Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en pacientes con Trastornos Mentales.....	44
Capítulo 2: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	46
2.1 Objetivos Generales.....	46
2.2 Objetivos Específicos.....	46
2.3 Hipótesis de Investigación.....	46
Capítulo 3: METODOLOGÍA	47
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	47
3.2 Población	47
3.3 Diseño Muestral.....	48
3.4 Procedimiento de la obtención de datos	49
3.5 Definición de Variables.....	50
3.6 Instrumentos.....	51

3.7 Análisis de datos	53
3.8 Aspectos éticos.....	53
Capítulo 4: RESULTADOS	54
Características sociodemográficas de la muestra.....	54
4.1 Análisis descriptivo de resultados.....	57
4.1.1 Análisis descriptivo de las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud...	57
4.1.2 Análisis descriptivo de dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar.....	62
4.1.2.1 Comparación de medias Estilo de Funcionamiento Familiar.....	66
4.2 Contratación de Hipótesis.....	67
Capítulo 5: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	72
6. REFERENCIAS	83
7. ANEXOS	95
Anexo 1. Cuestionario Calidad de Vida Relacionada con la Salud KIDSCREEN – 52.....	95
Anexo 2. Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar [EFF] de Dunst, Trivette & Deal.....	102
Anexo 3. Consentimiento informado.....	108
Anexo 4. Asentimiento informado.....	110
Anexo 5. Carta de autorización de instituciones.....	112
Anexo 6. Ficha y Criterios de selección de la muestra.....	113
Anexo 7. Cuestionario de Depresión Infantil [CDI].....	117
Anexo 8. Criterios diagnósticos Trastorno Depresivo CIE-10.....	122
Anexo 9. Acta de aprobación Comité de ética de investigación en seres humanos.....	123
Anexo 10. Resultados Estudio Nacional de CVRS.....	125

Introducción

En la actualidad los trastornos depresivos son una problemática relevante a nivel internacional y nacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas (Pelkonen & Marttunen, 2003; Brent, 2007).

En Chile, la Depresión afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres mayores de 15 años (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002). Asimismo, es sabido que la depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes, concentrando más del 40% de las licencias médicas y representa al menos un 25% de las consultas a médicos generales en la Atención Primaria (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002).

De acuerdo con Larraguibel (2006), cada generación, a partir de 1940, presenta un riesgo mayor de desarrollar un trastorno depresivo, siendo factible reconocer dicha psicopatología a edades tempranas. En Chile la prevalencia del trastorno depresivo en población infanto juvenil es de 5,9%. En tanto que los jóvenes entre 12 a 18 años en comparación con los niños entre 4 a 11 años, presentan mayor frecuencia del trastorno en un 8,3% y 3,8% respectivamente (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012).

Los jóvenes con depresión tienen un riesgo mayor de suicidio, abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (Larraguibel, 2006). Asimismo, tienen más probabilidades de experimentar episodios depresivos recurrentes a lo largo de la vida que las personas cuya depresión comenzó en un periodo posterior (Gregory, Clarke, Lynn & Debar, 2010). Estas características respaldan la relevancia de la depresión en la adolescencia para la salud pública y clínica infanto juvenil. Un documento de la Organización Mundial de la Salud (2003), denominado *Caring for children and adolescents with mental disorders*, sitúa a esta patología y a los actos suicidas asociados, dentro de los problemas prioritarios que afectan a niños y adolescentes, señalando que la asociación entre la depresión y el abuso de sustancias los posiciona en un alto riesgo de suicidio.

La mortalidad de los adolescentes por causas externas se ha incrementado de manera considerable. Actualmente, estas causas representan el 60% del total de las muertes en adolescentes. Una importante causa externa de mortalidad corresponde al suicidio. Los problemas de salud mental asociados con mayor frecuencia a este comportamiento son la depresión, los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol, y la esquizofrenia (American Medical Association, 2003; Keith, 2009, citado en Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2012). En Chile estos antecedentes determinaron que el Ministerio de Salud fijará como objetivo estratégico para la década disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes (MINSAL, 2012).

En base a lo anterior, la salud mental de los adolescentes se ha convertido en una prioridad de las políticas sanitarias en la mayoría de los países, especialmente, en Chile. La frecuencia con que se presenta la depresión y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, determinó que el Ministerio de Salud haya fomentado el desarrollo de “Programas de Depresión” en el nivel primario de atención en varios consultorios del País y la depresión fuese incluida en el programa de “Régimen de Acceso Universal para Prestaciones Integrales y Garantías Explícitas Asociadas a la Atención de Prioridades” (AUGE). Ambas instancias dirigidas a mayores de 15 años (MINSAL, 2005).

Los perjuicios ocasionados por esta alteración anímica, llevan a reflexionar que no es suficiente preocuparse de una mejora sintomática en los trastornos depresivos, sino también de la calidad de vida de las personas que lo padecen.

En este contexto, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud [CVRS] cobra importancia debido a su aspecto multidimensional, abarcando diversos dominios de la vida de una persona, es decir, funcionamiento físico, emocional, social, percepción de bienestar y salud en general. Esta evaluación que hace cada persona tiene un carácter eminentemente subjetivo y está influenciada directamente por las características propias de la persona que evalúa, siendo la etapa del desarrollo evolutivo una de éstas (Urzúa, Cortes, Prieto, Vega y Tapia, 2009).

Tradicionalmente, en el área de salud, se consideraban válidas solo las observaciones del equipo médico, considerados datos objetivos. Posteriormente cobro mayor importancia la consideración de datos provenientes del paciente (subjetivos). En la actualidad se intenta dejar de lado este debate, revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar, malestar y su estilo de vida (Schwartzmann, 2003). Bárbara Dickey (Dickey y Wagenar 1966, citado en Schwartzmann, 2003) propuso un enfoque informacional, el cual supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento.

De este modo, paulatinamente el concepto calidad de vida ha ido cobrando relevancia como un indicador en las evaluaciones en salud en el campo de la infancia y la pediatría. Este concepto ha permitido complementar las evaluaciones del estado de salud de los niños, niñas y adolescentes aportando información comprensiva a las ya tradicionales medidas de morbilidad y mortalidad utilizadas en salud pública, poniendo el énfasis en el funcionamiento cotidiano de los sujetos (Urzúa, 2008).

En los últimos años se han desarrollado en Chile algunas investigaciones en CVRS en población general y con patologías de salud mental no consultante, dirigidas la mayoría de ellas, por el psicólogo Alfonso Urzúa (Urzúa, Cortes, Prieto, Vega y Tapia, 2009; Urzúa y Mercado, 2008; Urzúa, Avedaño, Díaz y Checure, 2010).

La revisión de lo publicado en Chile hasta 2007, revela que hay investigaciones específicas de Calidad de Vida Relacionada con Salud a nivel nacional, desarrollado por el Ministerio de Salud, para población de 15 a 19 años y de 20 a 24 años utilizando un Test genérico llamado SF-12 (MINSAL, 2006). Urzúa y Mercado (2008), publica la aplicación del test de KIDSCREEN en la ciudad de Antofagasta, en una muestra intencionada de 1.678 niños y adolescentes (8-18 años), con la versión de 27 preguntas. En un estudio anterior buscó evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario Kindl en su versión española dirigida a edades de 12 a 16 años, en una muestra 436 adolescentes escolarizados.

En el año 2010, la vicerrectoría de investigación y desarrollo de la Universidad de Chile, inicio una amplia estrategia de investigación que se denomina proyectos de investigación Domeyko. Este equipo desarrolló un estudio a nivel nacional sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en población general de adolescentes. Esta investigación permitió la validación del cuestionario KIDSCREEN en Chile (Molina et al., 2012). En el campo de salud mental, se realizó un estudio sobre la relación entre la CVRS y conductas alimentarias en preadolescentes de 10 a 13 años, evaluados a través del cuestionario KIDSCREEN-52 (Urzúa, Avendaño, Díaz y Checura, 2010).

Antecedentes aportados por estudios a nivel internacional en población infanto juvenil, expresan que los pacientes con depresión presentan bajos niveles de Calidad de Vida al compararlos con otros trastornos de salud mental y con la población general (Wells et al., 1989; Sawyer et al., 2002; Zikić, Tosić-Golubović & Slavković, 2010).

Uno de los aspectos cruciales a considerar en el estudio de adolescentes que padecen depresión es su percepción del funcionamiento familiar. La incorporación de este concepto, viene en concordancia a los que buscan en la actualidad los sistemas de atención en salud, en donde se esperan nuevas formas de organización, realizando un cambio de enfoque que orienta las atenciones a una perspectiva de salud familiar, en donde se privilegien las intervenciones grupales y sistémicas (MINSAL, 2005).

Comprender y explicar la conducta humana desde una perspectiva psicológica, implica describirla dentro de los contextos en los que surge. Una mirada a los contextos relevantes del ser humano ubica a la familia en un lugar de privilegio ya que en todas las culturas, y es posible que desde los inicios de la humanidad, el hombre ha vivido en alguna forma de grupo familiar. La familia posee así un estatus universal, pues está presente en toda organización social (Leibovich de Figueroa y Schmidt, 2010).

Diversas investigaciones han constatado la marcada asociación de la disfunción familiar en la vida cotidiana de pacientes con problemas mentales y médicos (Florenzano, 1992; Weinreich & Hidalgo, 2004; Leyva, Hernández, Nava y López, 2006; Mendoza et al.,

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 (Saunders, 1999).

En un estudio que evaluó la percepción del funcionamiento familiar en pacientes e integrantes de la familia en tres grupos diagnósticos del DSM-IV (depresión mayor, depresión bipolar y esquizofrenia), los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas en la percepción del funcionamiento familiar entre los tres grupos de familiares, mientras que sí hubo diferencias significativas en algunas dimensiones en el grupo de pacientes (Koyama, Akiyama, Miyake & Kurita, 2004).

Este estudio a diferencia de las investigaciones revisadas, no sólo se centró en estudiar los aspectos disfuncionales, sino que buscó describir las estrategias y recursos con los que cuenta o no la familia, de manera de poder incorporarlos en el tratamiento (Dunst, Trivette & Deal, 1988). Estudiar las características del funcionamiento familiar aporta a una mayor comprensión de la depresión, así como a la generación de estrategias de intervención que respondan a las dimensiones afectadas.

A modo de síntesis, la relevancia de estudiar las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y su relación con los estilos de Funcionamiento Familiar en este grupo etario, radica en proponer integrar estas medidas en los planes de atención y traducir los datos que se obtengan en intervenciones clínicas, ajustándose de este modo al cambio de paradigma que se está realizando en la atención pública de salud, en donde se priorizan las intervenciones familiares y una mejora en la calidad de vida de los pacientes. La información obtenida podría ser útil para identificar problemas en determinados dominios pudiendo ser seguida para su incorporación en el plan de tratamiento para corregirlos. Este estudio permitió reportar valores que pueden ser utilizados como referencia en la práctica clínica infanto juvenil, obteniendo un perfil descriptivo de cómo la CRVS se asocia a una mejor o peor percepción del estilo de funcionamiento familiar, elementos importantes de considerar al momento de intervenir.

No existen estudios exhaustivos y sistemáticos que asocien estas variables en población infante juvenil que padezca de esta patología, sin embargo, un estudio nacional de pacientes con esquizofrenia, evaluó dicha relación, encontrando una fuerte asociación entre la Calidad de vida y la funcionalidad familiar percibida por el paciente; así, aquellos que presentan una mejor calidad de vida experimentan una mayor percepción de funcionalidad familiar (Caqueo y Lemos, 2008).

La escasez de antecedentes empíricos a nivel internacional y nacional, se presenta como un aporte más a la relevancia de este estudio, entendiendo que en la actualidad, el quehacer en psicología está basado en la creación de nuevos conocimientos y aportes a la prevención y entendimiento de la población infante juvenil en sus distintos contextos de despliegue de la salud mental.

La relevancia de la investigación para la psicología, es observable en el sentido que los conceptos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y funcionamiento familiar se presenta como herramientas indispensables en la práctica profesional, puesto que propone centrar el interés no solo en disminuir o eliminar la sintomatología de los sujetos, sino que además se logró una mejora en la Calidad de Vida y el estilo de funcionar de su núcleo familiar, con el objetivo de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infante juvenil.

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el estilo de Funcionamiento familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. A raíz de lo anterior se formuló la siguiente pregunta que guió esta investigación: ¿Cómo se relacionan las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el estilo de Funcionamiento Familiar de los adolescentes de entre 15 y 18 años con diagnóstico de depresión pertenecientes a Centros de Salud Pública?.

Capítulo 1: Marco Teórico

En términos estructurales, el marco teórico se ha organizado en los elementos centrales que guiaron esta investigación. En primer lugar se presenta una descripción de la adolescencia, seguido de la conceptualización de la Depresión basada principalmente en los criterios diagnósticos otorgados por la OMS a través del CIE – 10. Siendo mayoritariamente empleado por el Ministerio de Salud. Continuando, con la revisión sobre las manifestaciones clínicas del cuadro en la adolescencia. En el segundo apartado, se expone la evolución y definición del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud para entender posteriormente, cómo es que se configura como un aporte sustancial a la hora de evaluar y diseñar estrategias de intervención en el ámbito de salud pública. De forma posterior, se revisó el funcionamiento familiar, origen del concepto y principales estudios vinculados a esta variable. En miras a facilitar una mejor comprensión del estudio, se otorgan antecedentes empíricos de la asociación entre las dimensiones de Calidad de Vida y el estilo de funcionamiento familiar.

1.1 Características del desarrollo del adolescente

El realizar una labor relacionada con los adolescentes en el área clínica requiere conocer el desarrollo que estos vivencian, básicamente porque cada fase posibilita efectuar una distinción de lo normal y lo no esperado en cierta etapa evolutiva. Existen diversas clasificaciones en el momento de establecer el rango de edad que comprende la adolescencia. Desde una perspectiva socio demográfica, la Organización de las Naciones Unidas en 1983 define como jóvenes a todas las personas que tienen entre 15 y 24 años¹

El Ministerio de Salud considera en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, subdividiéndolos en dos grupos: 10 y 19 años y de 20 a 24 años (MINSAL, 2011). La Organización Mundial de la Salud en su documento. “La juventud del mundo 2000”, define jóvenes a las personas que se encuentran entre las edades de 10 a 24 años, lo que incluye púberes, adolescentes y jóvenes, en las edades de 10 a 19 años y adultos jóvenes de 20 a 24 años. Según este mismo documento, adolescencia corresponde al grupo de 13 a 19 años, y puede cambiar de acuerdo al lugar y según se refiera a varones o mujeres (OMS, 2000). De acuerdo al mismo organismo, la etapa

adolescente se caracterizaría por (OMS, 1986): 1. Un desarrollo biológico establecido desde el comienzo de la pubertad hasta la total madurez reproductiva y sexual. 2. Un desarrollo psicológico caracterizado por la evolución desde los estilos cognitivos y emocionales del niño hacia los estilos cognitivos y emocionales del adulto. 3. Un desarrollo social, en el cual el sujeto pasa del estado de total dependencia de la niñez a un estado de independencia relativa.

Desde una perspectiva madurativa, se coloca el énfasis en los cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten en la forma de ser adolescente. En este contexto, la identidad es un tema central del desarrollo en las áreas cognitivas, afectivas, sociales, morales, somáticas y sexuales (Sepúlveda, 2006; Sepúlveda, 2008). En esta línea, Almonte, Sepúlveda, Valenzuela y Avendaño (1990), consideraron tres etapas: la prepubertad en las mujeres entre 10 y 12 años y para los hombres entre 12 y 14 años; la pubertad en las mujeres entre 13 y 15 años y para los hombres entre 15 y 16 años; y la adolescencia para las mujeres entre 16 y 20 años y para los hombres entre 17 y 21 años.

Sepúlveda (2006), indica que desde una perspectiva social, la juventud se comprende como una subcultura, que tiene sus propios patrones de pensamiento y acción, que los distinguen de los demás grupos etarios y que adquieren sentido en un determinado tiempo y espacio histórico. Así, las diferentes formas de expresión cultural juvenil, muestran sus formas de ver, pensar, sentir y hacer que guían su conducta, su lenguaje, sus modas, características según el momento histórico y lugar en el cual les ha tocado vivir.

Durante la adolescencia suelen incrementarse las habilidades cognitivas (Piaget, 1973). Se adquiere una capacidad creciente de visualizar situaciones futuras, de considerar las diversas alternativas asociadas a un hecho y de razonar de modo abstracto, lo que implica un aumento en el grado de sofisticación del pensamiento. En palabras de Inhelder & Piaget (1958), el sujeto adquiere características propias del pensamiento operativo formal. Sin embargo, desde la perspectiva de los adultos, el adolescente es proclive a mostrarse rígido e inflexible, resultando comúnmente más complicado razonar con él que con un niño pequeño.

¹ Esta definición es acuñada por las Naciones Unidas en 1983 y es aceptada universalmente.

Esta aparente incongruencia se explica por la transición entre la etapa de las operaciones concretas y la etapa de las operaciones formales. Los adolescentes son propensos a cometer errores cognitivos debido a la poca experiencia que poseen en este nuevo estilo de pensamiento.

Diversos autores señalan que la etapa de adolescencia se caracteriza por la consolidación de la identidad como una disposición duradera, con sentido de continuidad en el tiempo, pudiendo responder a la pregunta ¿Quién soy yo? con mayor certeza de permanencia (Suárez & Villena, 2001; Sepúlveda, 2006). Es posible la contención de los impulsos en términos de valores y metas personales, con una responsabilidad por el mundo social y físico en el cual se está inserto. Los otros se incorporan como personas fundamentales para poder satisfacer las necesidades personales, al descubrir que sólo con otros es posible crear y actuar en el mundo. Se construye lo interpersonal a través del reconocimiento del otro como parte de sí mismo, a través del logro de relaciones de responsabilidad y respeto mutuo. Se está en condiciones de lograr compromisos duraderos con otros y el mundo, en la medida que se estructure un sistema de valores congruentes con la definición del sí mismo (Sepúlveda, Almonte, Valenzuela y Avedaño, 1991; Sepúlveda, 2006).

Micucci (2005) divide la adolescencia en 3 partes: primera adolescencia temprana (11 a 13 años); adolescencia media (14 a 16 años) y última adolescencia (17 a 19 años). Krauskopf (2000), comparte diversos aspectos de los aportes de Micucci (2005) al dividir el período adolescente en 3 fases, no obstante, incorpora elementos necesarios para la comprensión de la población nacional:

Krauskopf (2000), otorga una descripción acabada del rango de edad a la cual está dirigido el presente estudio ubicando a la pubertad entre 10 a 14 años; Adolescencia media entre 14 y 16 años; Termino del periodo adolescente entre los 17 y 20 años.

En la adolescencia media (14 a 16 años), existe la necesidad de afirmarse personal y socialmente. Se comienza una progresiva individuación. Los nuevos roles se conforman y practican en el interior del grupo de pares. Existe un deseo por confirmar el atractivo social y sexual, viviendo la sexualidad fuera del núcleo familiar.

Si bien la vida del adolescente se ve influida por las directrices que impone la familia, sus actividades cotidianas están marcadas por la orientación del grupo de pares. Se incrementan las tensiones intergeneracionales, mientras que las intrageneracionales suelen afianzarse. El pertenecer a un grupo es una referencia para la vida personal del adolescente, al permitirle adquirir una identidad social conveniente, alcanzar algunos objetivos y recibir orientación y guía. La identidad grupal afecta y trasciende las identidades personales de cada uno de sus miembros, ofreciéndose como un contexto propicio para la diferenciación del entorno familiar (Krauskopf, 2000).

Krauskopf (2000), señala que en el periodo, denominado como el Término del período adolescente (17 a 20 años), resulta esperable que el sujeto evolucione desde un locus de control externo, condición predominante en las relaciones de dependencia, hacia un locus de control interno. De esta forma, atribuye en menor medida las cosas que le suceden a factores externos, asumiendo una mayor responsabilidad en lo que respecta a la influencia de su capacidad de iniciativa, de manejar y anticipar consecuencias y de negociación.

En estos adolescentes la exploración de proyectos de vida afines a la vocación personal y a la participación social sólo será posible para aquellos que, simultáneamente, perciban la existencia de un abanico de posibilidades asociado a diversas clases de consecuencia y cuenten con los medios para la ejecución de tales actividades. Quienes, en cambio, se encuentren en un estado de deprivación emocional y/o económica, serán víctimas de la desesperanza. Tendrán dificultades para aspirar a la realización personal, favoreciéndose el surgimiento de acting out y de reacciones depresivas.

Las elecciones del adolescente suelen distanciarlo de su familia nuclear, situación que desencadena una serie de duelos. Mientras los padres deben asimilar el nuevo status del adolescente, aquel debe reconsiderar el modo en que interactúa con ellos. Se hace necesaria la construcción de una relación parento-filial afectiva que contribuya a potenciar la diferenciación, autonomía y habilidades de resolución de problemas del joven. Finalmente, los grupos formados durante la adolescencia tienden a la disolución. La amistad con pares del mismo sexo ya no es la fuente identitaria del sujeto, como sucede en la adolescencia temprana. El establecimiento de relaciones de pareja más estables adquiere cada vez mayor importancia y los grupos de los que ahora participa el individuo se conforman

principalmente en base a afinidades en lo educacional, laboral y cultural (Krauskopf, 2000).

Lo anterior cobra particular importancia porque la adolescencia es un periodo en el cual se concretan importantes hitos del desarrollo, frente a los cuales, el contexto vital del adolescente, familia, escuela, amistades, son un apoyo fundamental. Al respecto, en la literatura especializada se señala que estos tres contextos actúan como factores protectores, sin embargo, en ciertas circunstancias pueden ser un obstáculo, actuando más bien como factores de riesgo (Zubarew & Laval, 2003; Blum & Halcón, 2003).

1.2. Depresión.

1.2.1. Conceptualización de la Depresión.

Los trastornos del ánimo se clasifican de la misma forma para niños y adultos, teniendo sólo algunas variaciones en cuanto al tiempo de evolución. De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), los trastornos del ánimo en todas las etapas evolutivas, se clasifican en: Trastornos Depresivos unipolares (Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Depresivo no especificado) y Trastornos Bipolares (Trastorno Bipolar 1, Trastorno Bipolar 2 y Trastorno Bipolar mixto). En Chile se utilizan principalmente dos sistemas de clasificación diagnóstica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM- IV- TR] y a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la Salud [CIE – 10] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Por una parte, el DSM- IV- TR, no presenta criterios específicos para las etapas del desarrollo, empleando los mismos criterios para los trastornos depresivos en adultos, excepto dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que apreciar pérdida o aumento de peso se valora el fracaso en lograr el aumento de peso esperado (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2002).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002), fijó como criterios de depresión, tanto para adultos como en niños, la existencia de: Humor disfórico (ánimo depresivo o irritable) y presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas: Mal apetito o pérdida de peso; aumento del apetito o ganancia de peso; dificultad para dormir o exceso de sueño, falta de energía, agitación psicomotora o retardo, pérdida de interés o agrado en actividades usuales, tendencia constante al autorreproche o exceso de culpas, disminución subjetiva u objetiva de la capacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Este ánimo depresivo o irritable es casi todos los días y durante la mayor parte del día, por al menos dos semanas. Su curso es episódico y altera el desarrollo y desempeño normal del niño o adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares, familiares y emocionales (APA, 2002).

La Organización Mundial de la Salud a través del CIE – 10, señala que la anomalía principal en la depresión es una alteración del humor o de la afectividad, junto a cambios en el nivel general de actividad. Los otros síntomas ocupan un lugar secundario a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o pueden ser comprendidos en su contexto. Este trastorno tiende a ser recurrente y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes (OMS, 1992) (ver anexo 8).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión, especialmente en los adolescentes. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (OMS, 1992).

Los episodios depresivos pueden ser calificados como leve, moderados o graves; según el número, tipo y gravedad de los síntomas (ver anexo 8). Los episodios depresivos se definen

por la ocurrencia de fases donde el sujeto experimenta una baja o disminución de su estado anímico, afectándose sus vivencias intra e interpersonales a causa de la tristeza vital o profunda que padece, sin que experimente episodios maníacos o hipomaníacos intercurrentes (Brent & Weersing, 2008).

1.2.2. Manifestaciones clínicas de la depresión en la adolescencia.

La etapa de la adolescencia es un momento crítico o susceptible para la depresión, Blum (2000), plantea que los adolescentes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir un cuadro depresivo, debido a que en este periodo se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan en los adolescentes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social. A pesar de lo anterior, la realización de investigaciones sobre depresión en adolescentes ha sido un tema complejo y de desarrollo reciente, dándose como un campo de investigación a partir de los años 80'.

La sintomatología de la depresión en la adolescencia esta modulada por el periodo evolutivo que se encuentra, pudiendo expresarse en diferentes conductas disfuncionales, afectando el normal desarrollo del individuo, caracterizándose por una esencial y persistente tristeza, anhedonia, aburrimiento e irritabilidad que son funcionalmente dañinos y relativamente indiferentes a las experiencias usuales que pueden normalmente traer alivio, tales como actividades placenteras, interacciones con otros y atención de otras personas (García, 2003).

La depresión en la adolescencia está relacionada con una mayor ocurrencia de hospitalización y problemas de ajuste social e interpersonal, suicidio e insatisfacción con la vida (Brent, D. & Weersing, R., 2008).

La distinción más importante entre depresión como enfermedad y los usuales “altos y bajos” adolescentes, es que la depresión está asociada con incapacidad funcional, se mide a través de la intensidad y duración de las respuestas de ánimo depresivo y sus síntomas asociados, describiéndose como un cambio desde la conducta anterior (Gregory, Clarke, Lynn & Debar, 2010).

Es relevante señalar que la literatura especializada ha efectuado intentos por otorgar una mejor caracterización del cuadro depresivo en la adolescencia, el cual se destaca por la presencia de ánimo disfórico, apariencia triste, apatía y sentimientos de incapacidad o irritabilidad (Herzog y Rathbun, 1982, citado en García, 2003).

El síntoma característico de la depresión en la adolescencia es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En adolescentes mayores es más común manifestar la depresión con síntomas psicossomáticos o problemas del comportamiento, pueden presentar mayor agitación psicomotora, quejas recurrentes o persistentes de dolor abdominal, dolor de pecho, dolor de cabeza, pérdida de peso u otros síntomas. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000; Dallal & Castillo, 2000; Araya et al., 2003).

1.2.3. Epidemiología de la depresión:

Diversos estudios concuerdan en que los trastornos del ánimo son de gran importancia en las políticas de salud pública, puesto que su incidencia y prevalencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en una de las enfermedades mentales con mayor presencia a nivel mundial (Durán, 2005; Loubat, Aburto, Vega, 2008). En América Latina y el Caribe, la prevalencia de los trastornos del ánimo, oscila entre 5 y 9% en la población general. Asimismo, se observa que dichos trastornos tienen una fuerte tendencia a aumentar, esperándose que en el año 2020, cerca de 36 millones de personas padezcan de depresión en esta parte del mundo (Durán, 2005). Otras cifras de interés, dan cuenta que alrededor de un 15% de los pacientes con cuadros depresivos graves terminan suicidándose (Loubat, Aburto, Vega, 2008), ocupando el segundo lugar, dentro de las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad (AVISA) (MINSAL, 1996). La depresión no sólo afecta a quien la padece, produce además deterioro al conjunto de la vida familiar (MINSAL, 2005).

Se ha observado, desde la década de los 40, que cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos leves a moderados; sin embargo, se mantiene la prevalencia para los episodios más severos. En base a estos antecedentes se postula que estos últimos, tendrían una mayor influencia genética, en cambio, en los trastornos depresivos leves a moderados, los factores estresores serían los más relevantes (García, 2003).

A nivel internacional los resultados de diversas investigaciones apuntan a que la depresión como trastorno se presenta cada vez a más temprana edad. Por esto, se predice que muchas personas experimentarán sus primeros episodios de depresión antes de entrar en la adolescencia. Estudios realizados el año 2006 en Estados Unidos han mostrado que la incidencia de trastornos depresivos es de 3,8 % en adolescentes, con una prevalencia de vida de aproximadamente 20% al final de la adolescencia (Costello, Mustillo, Erkanli et al., 2003; Fergusson, Horwood, Ridder et al., 2005; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998 en Rutter et. al., 2008). El aumento de la prevalencia desde la adolescencia, principalmente en mujeres, se ha asociado a cambios hormonales relacionados con los cambios en la morfología cerebral, procesamiento de la información social e incremento en la correlación gen-ambiente, se agregan factores del desarrollo tales como la experimentación con tabaco, drogas y alcohol, disminución de la supervisión y comunicación con los padres (Brent & Weersing, 2008). El comienzo temprano de la pubertad incrementa el riesgo de manifestar desordenes depresivos en niñas (Graber, Seeley, Brooks-Gunn & Lewinsohn, 2004).

Por otra parte, la prevalencia de la Depresión en niños y adolescentes chilenos según estudios de Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn (2012) es de 5,1%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (7% en mujeres y 3,1% en hombres). En tanto que los jóvenes entre 12 a 18 años en comparación con los niños entre 4 a 11 años, presentan mayor frecuencia del trastorno en un 6,9% y 3,4% respectivamente. En este estudio los factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva fueron los siguientes: Alta percepción de mal funcionamiento familiar, psicopatología mental en la familia (básicamente en la madre) y tipo de familia uniparental.

La prevalencia del trastorno depresivo oscila entre el 4% y el 8% en la población adolescente, existiendo una proporción de 1:2 entre hombres y mujeres (Culberston, 1997, citado en Ingram et al., 1998; Larraguibel, 2006).

En relación a lo anterior, se ha planteado que la diferencia entre hombres y mujeres no es el número de sujetos que presenta el trastorno, sino que la forma en que se manifiesta el cuadro depresivo, proponiéndose que los hombres expresan la depresión, por ejemplo, a través de la agresividad y consumo de alcohol. Además tienden menos a buscar ayuda (Herrero et al., 1983; Miranda, 2005).

La incidencia acumulada a la edad de 18, en muestras poblacionales, es de alrededor del 20%, no existiendo, aparentemente, diferencias por nivel socioeconómico. Entre el 40% y el 90% de tales jóvenes presenta en comorbilidad otro trastorno psiquiátrico, siendo frecuentes los casos de distimia, trastornos ansiosos, trastornos del comportamiento disruptivo y abuso de sustancias. En el 70% de esas situaciones se ha presentado además un trastorno depresivo (depresión doble) y en el 50% de los casos se ha manifestado otro trastorno psiquiátrico con anterioridad, siendo comunes los trastornos ansiosos, trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención, encopresis o enuresis (García, 2003; Larraguibel, 2006).

Lewinshon et al. (2003) cita “Oregon Adolescent Depression Project”, el cual arroja que el 20% de la población entre los 14 y 18 años en algún momento sufrirá un episodio depresivo lo cual es superior a cualquier otro desorden mental, además, señala que la prevalencia de cuadros depresivos es un 2,9% y que después de los 12 años el predominio de desórdenes depresivos es casi el doble en mujeres (3,8%) que en hombres (2,0%).

1.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

1.3.1 Evolución del concepto de Calidad de Vida.

En las últimas décadas se ha otorgado importancia a la evaluación e incorporación de la medición de la Calidad de Vida en las patologías de salud mental y médicas, por lo que en este contexto resulta esencial conocer este concepto y su aplicabilidad en la práctica profesional, no limitándose sólo a la visión sintomática de la patología.

Los especialistas sobre la temática, señalan que quién primeramente utilizó el término “Calidad de Vida” fue el economista norteamericano John Kenneth Galbraith a finales de los años 50'; para otros estudiosos de la materia, fue el ex presidente norteamericano Lyndon B. Johnson en 1964 (Quinceno y Vinaccia, 2008). En los inicios el concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego, en la preocupación por la salud e higiene pública, después se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos. Finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003). En el contexto específico de la salud, este constructo se hizo habitual a partir de los años 80, posiblemente al verse asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad que comenzaron a ser relevantes en los países desarrollados por el incremento de una mayor esperanza de vida y de las enfermedades crónicas (Quinceno y Vinaccia, 2008). Por lo cual, las medidas clásicas de resultados no eran suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993, citado en Schwartzmann, 2003).

La Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud hace alusión, a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona. Esta conceptualización es aceptada por varios investigadores (Quinceno y Vinaccia, 2008; Rajmil et al., 2001; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2008). No obstante, cualquiera que sea la definición, debe necesariamente incluir la multidimensionalidad del concepto de Salud, haciendo alusión a la definición de salud dada por la OMS, que señala

que no basta la ausencia de enfermedad, sino tener un completo bienestar físico, psicológico y social (Group WHOQOL, 1995).

La OMS define Calidad de Vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1995). Del mismo modo, se establecen puntos de consenso con respecto a las medidas de CVRS, estas deben ser: Subjetivas (evalúa percepción de la persona involucrada); multidimensionales (relevar distintos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc); incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa evolutiva que atraviesa y momento de la enfermedad que cursa) (Group WHOQOL, 1995).

Son escasos los autores que hacen una distinción clara entre el término CV general y la denominada CVRS. Con frecuencia este concepto es usado indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida y evaluación de necesidades (Nanda & Andresen, 1998; Beckie & Hayduk, 1997; Gill & Feinstein, 1994; Guyatt, Feeny & Patrick, 1993, citado en Urzúa, 2008). La CV es entendida como un concepto más genérico, en cambio, la CVRS es una percepción subjetiva que está influenciada con el estado de salud actual, es decir, la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social (Urzúa, 2008).

El constructo CVRS, puede incluir perspectivas objetivas y subjetivas en cada dominio. La evaluación objetiva se centra sobre lo que los individuos pueden hacer y es importante en la definición de estado de Salud. En cambio, la evaluación subjetiva incluye el significado en lo individual del adolescente, traduciendo las mediciones objetivas del estado de Salud hacia las experiencias en la Calidad de Vida. Esto significa que adolescentes con el mismo estado de salud, pueden informar diferente nivel de CV (Quinceno y Vinaccia, 2008). Es relevante mencionar que las dimensiones de la CVRS son: funcionamiento físico; funcionamiento emocional; funcionamiento cognitivo; funcionamiento social; rol

funcional; percepción de salud general y bienestar; proyectos futuros y síntomas (específicos de la enfermedad) (Group WHOQOL, 1995).

El modelo conceptual propuesto por Quinceno (2007, citado en Quinceno y Vinaccia, 2008), coincide con lo descrito en párrafos anteriores. Este autor señala que las diferentes dimensiones de la CVRS infantil están mediatizadas por otras variables, como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales; es decir, la percepción de bienestar objetivo o subjetivo del niño o adolescente sobre su salud mental y física está influenciada por el contexto cultural al cual pertenece. Por tanto, según Quinceno y Vinaccia (2008), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es la valoración que hace el niño o adolescente, dependiendo de su etapa evolutiva, diferencias individuales y contexto cultural, de su funcionamiento físico, psicológico y social en las circunstancias en las que se ha visto limitado o alterado por una enfermedad o accidente.

1.3.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la adolescencia

La mayoría de los estudios de la Calidad de Vida Infantil se han centrado en el ámbito de la pediatría, donde se han estudiado enfermedades crónicas como asma, rinitis, dermatitis, eczemas, fibrosis quística, otitis media, embriopatía, diabetes, obesidad, tumor cerebral, leucemia y VIH (Quinceno y Vinaccia, 2008). Las investigaciones desarrolladas hasta la actualidad a nivel internacional y nacional con muestras de niños enfermos y grupo control, han encontrado que entre menor edad tengan los niños que padecen una enfermedad, las dimensiones físicas y psicosociales de Calidad de Vida Relacionada con la Salud se ven más afectadas si perciben en sus padres una preocupación emocional por su estado de salud en general, a diferencia del grupo control. En las dimensiones físicas, el síntoma más insidioso ha sido el dolor, y se ha evidenciado que en las dimensiones psicosociales los factores emocionales vulneran más la percepción global de CVRS, encontrando que los síntomas de depresión en los niños está mediada por el síntoma del dolor (Quinceno y Vinaccia, 2008).

En el campo del estudio de la CV, este tema de discusión se ha focalizado principalmente en pacientes con problemas mentales severos, en especial de las personas que viven con un miembro que padece esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental (Verdugo, 2002).

La revisión de lo publicado en Chile, revela algunos estudios específicos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, desarrollados en su mayoría por el psicólogo Alfonso Urzúa. Urzúa y Mercado (2008), realizaron la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en 436 adolescentes escolarizados en edades de 12 a 16 años, de la ciudad de Antofagasta. Los varones presentaron una mejor evaluación de la CVRS que las mujeres. Al comparar la media obtenida por ambos grupos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones “bienestar físico” y “bienestar emocional”, siendo en ambas la media de los hombres superior a la media reportada por las mujeres.

Con un diseño transversal, Urzúa, Avedaño, Díaz y Checure (2010), evaluaron la relación existente entre la CVRS y las conductas alimentarias en preadolescentes de entre 10 a 13 años de edad. Se analizaron datos de 702 participantes, se empleó el instrumento KIDSCREEN-52, para medir la CVRS y el EAT-26, para evaluar las conductas alimentarias.

En otra investigación Urzúa y otros autores, evaluaron a 1.678 niños y adolescentes escolarizados, de entre 8 y 18 años de edad, de la ciudad de Antofagasta a través del cuestionario KIDSCREEN-27, obteniendo que en general los hombres reportan una mejor calidad de vida que las mujeres, al igual que los rangos de menor edad y que los niños y adolescentes de los establecimientos públicos tienen menores puntajes en su evaluación que aquellos que asisten a colegios privados (Urzúa, Cortes, Prieto, Vega y Tapia, 2009).

En el año 2012, se publican los resultados del Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes chilenos, esta investigación se comenzó a desarrollar a partir del año 2009, con la adaptación transcultural del test KIDSCREEN-52. Este estudio abarcó una muestra nacional de 7.910 estudiantes de 5° año básico a cuarto medio de establecimientos escolares diurnos municipalizados, subvencionados y particulares. Los principales resultados arrojaron que las dimensiones con más bajos niveles de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, fueron: Bienestar Psicológico y dimensión Estado de Ánimo y Emociones, siendo la tercera más baja la autopercepción de sí mismo/a. La mejor dimensión fue Amigos y Apoyo Social. Al comparar las dimensiones por sexo, se

obtuvo que las mujeres tuvieron más bajas puntuaciones que los hombres en las dimensiones Bienestar Psicológico y Estado de Ánimo y Emociones (Molina et al., 2012) (ver anexo 10).

1.3.3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes con depresión

Uno de los primeros estudios que comenzó la discusión en torno a la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, fue el Estudio de Pronóstico Médico *Medical Outcomes Study*, en el cual los pacientes con depresión fueron comparados con pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, angina, artritis, lumbago, problemas pulmonares y trastornos gastrointestinales. Los autores concluyeron que la depresión estuvo asociada con un mayor deterioro físico y social, peor calidad de vida, más días en cama, menos días libres de dolor, mayores costos del tratamiento, y menor percepción del estado de salud; mostrando que la depresión afecta distintos dominios de la salud que son importantes en la consideración del pronóstico y respuesta a tratamiento (Wells et al., 1989).

Moreno (2009) señala que evaluar la calidad de vida de un paciente que padece depresión significa conocer el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre la percepción que él tiene de su propio bienestar. Este autor, señala que toda enfermedad tiene un coste psíquico y somático para el sujeto que la padece, y repercusiones para los miembros de su familia, de manera que una de las primeras consecuencias de toda enfermedad es su efecto pernicioso sobre la calidad de vida. Tal efecto va a depender fundamentalmente de la naturaleza de la enfermedad, pronóstico, características del sujeto y tipo de intervención que se establezca con el paciente y sus familiares.

Zikić, Tosić-Golubović & Slavković (2010) efectuaron un estudio en Serbia para investigar la relación entre depresión unipolar y la Calidad de Vida. La muestra estuvo constituida por adolescentes y adultos, que consistió en 84 pacientes que padecían episodios de Depresión Mayor o Depresión Mayor recurrente sin psicosis y 30 controles sanos. Los instrumentos empleados fueron cuestionario socio-demográfico; Cuestionario de CV (OMS) y Cuestionario de salud del paciente. Los principales hallazgos señalan que el impacto de la depresión unipolar en la Calidad de Vida fue significativo. Los pacientes

tenían puntuaciones significativamente más bajas en los 4 dominios de Calidad de Vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales, medio ambiente) en comparación con los controles sanos. La mayor influencia fue en los dominios físico (43,71 vs 76,67) y psicológico (36,01 vs 65,83). No hubo diferencias en la CV entre los pacientes depresivos masculinos y femeninos. El nivel de la educación tuvo un impacto en el dominio físico y psicológico.

Sawyer et al. (2002), realizaron el estudio “Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders” en Australia, cuyo objetivo fue comparar la CVRS en niños entre 6 y 17 años con diagnóstico de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad [TDAH], Trastorno Depresivo Mayor [TDM], Trastorno Conductual [TC], enfermedades físicas y un grupo sin ningún trastorno. La muestra fue representativa a nivel nacional, formada por 3.597 niños y adolescentes. Los instrumentos utilizados son Mental Disorders (DISC-IV); Health-related Quality of life (50 item versión padres) CHQ; Physical health problems. El estudio fue de diseño descriptivo – relacional. Los niños y adolescentes con trastorno depresivo mostraron niveles significativamente más bajo en la mayoría de los dominios evaluados, no así el grupo que padece TDAH y TC que tiene bajas notorias solamente en el dominio escolar y familiar. No obstante los trastornos mentales en su conjunto muestran más bajas puntuaciones de CV que el grupo sano y el grupo con enfermedades físicas. Es relevante señalar, que se encontraron escasos estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y que dieran respuesta en cuanto a conocer los niveles de CV de los adolescentes con Depresión desde su propia percepción.

1.3.4 Características del Test KIDSCREEN

El instrumento KIDSCREEN es un cuestionario autoadministrado, que ha sido diseñado para medir CVRS en población infantil y adolescente. Los primeros cuestionarios de CVRS eran para población adulta, sin embargo, los cambios de los instrumentos, considerando el nivel de desarrollo cognitivo de los niños y niñas, han permitido auto aplicarlos en población infantil a partir de los ocho años, conociendo su validez y fiabilidad principalmente en los países europeos, tanto en investigaciones clínicas como de salud pública (Solans et al., 2008 citado en Molina et al., 2012).

El instrumento KIDSCREEN-52 mide 10 dimensiones de CVRS: (1) Bienestar Físico (2) Bienestar Psicológico (3) Estado de Ánimo y Emociones (4) Autopercepción, (5) Autonomía, (6) Relación con los padres y Vida Familiar (7) Recursos Económicos, (8) Amigos y Apoyo Social (9) Entorno Escolar (10) Aceptación Social (Ravens-Sieberer et al., 2005).

Se han generado dos versiones abreviadas, una de 27 ítems (KIDSCREEN-27) y otra de 10 ítems (KIDSCREEN-10). El KIDSCREEN-27 entrega información sobre cinco dimensiones, mientras que el KIDSCREEN-10 otorga un índice de puntuación global. Existen dos formas de aplicación de este instrumento: Una para niños, niñas y adolescentes y otra para los padres o cuidadores como informantes indirectos (Ravens-Sieberer et al., 2005).

El cuestionario ha sido traducido y adaptado transculturalmente para más de 14 países. En América Latina ha sido desarrollada su adaptación en Argentina, Colombia y Venezuela. El KIDSCREEN es el primer instrumento de CVRS para población infantil y adolescente, desarrollado simultáneamente en trece países europeos (Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Irlanda, República Checa, Polonia, Reino Unido, Suecia y Suiza) (Ravens-Sieberer et al., 2005). Se tienen puntajes de referencia para cada dimensión en cada País, los cuales son transformados a valores T, correspondientes a una media de 50 y una desviación estándar de 10, para una mayor facilidad de uso y comparabilidad con los referentes españoles y europeos; así mayores puntajes indican una mejor calidad de vida. Se describen las medias y desviaciones estándar a nivel global, como estratificadas por sexo, edad y tipo de establecimiento educacional (Ravens-Sieberer et al., 2005). Siguiendo el criterio de Revicki (2006); Guyatt (2007), citado en Molina et al., 2012, al transformar las dimensiones en dicotómicas tomando como punto de corte la puntuación correspondiente a 0,8 DE por debajo de la media de 42 puntos. De esta forma los que puntuaron menos de 42, constituyeron la categoría de peor CVRS en la dimensión correspondiente. Según los autores se tomó ese punto de corte por representar, generalmente, un tamaño de efecto importante en los estudios de resultados percibidos por los pacientes.

El instrumento KIDSCREEN 52, está compuesto por las siguientes dimensiones de acuerdo a lo descrito por Ravens-Sieberer et al., 2005; Molina et al., 2012:

(1) Bienestar Físico: Esta dimensión explora el nivel de actividad física de la población estudiada, en términos de su energía y estado físico. Se examina el nivel de actividad física con referencia a la autopercepción de su habilidad para lograrlo en sus actividades diarias. Se compone de cinco preguntas.

(2) Bienestar Psicológico: Esta dimensión examina el bienestar psicológico, incluyendo emociones positivas y satisfacción con la vida, lo cual revela las percepciones y emociones positivas experimentadas por los individuos. Las preguntas examinan como los adolescentes experimentan sentimientos positivos tales como felicidad, gozo y alegría. Ellos también reflejan la visión personal de su satisfacción con la vida. Se compone de seis preguntas.

(3) Estado de ánimo y emociones. Esta dimensión aborda las experiencias depresivas que afectan el estado de ánimo y las emociones, así como los sentimientos de estrés en los adolescentes. Apunta a detectar, sentimientos tales como la soledad, tristeza, autoconfianza y resignación. La dimensión da cuenta de cómo son percibidos estos sentimientos por los adolescentes.

(4) Autopercepción. Esta dimensión explora la percepción de sí mismo. Indaga si la percepción del cuerpo es vista positiva o negativamente. La imagen corporal es explorada en los ámbitos relativos a la satisfacción con el aspecto físico, así como con la ropa y otros accesorios personales. La dimensión examina cuán seguros y satisfechos están de sí mismos los niños o los adolescentes, así como de su apariencia. Está compuesta por cinco preguntas.

(5) Autonomía. Esta dimensión observa las oportunidades que ha tenido el adolescente para construir su propio tiempo libre o tiempo social. Examina el nivel de autonomía personal como un aspecto importante en el desarrollo de la identidad individual. Explora si el adolescente puede elegir libremente, ser autosuficiente e independiente. La dimensión también examina si el adolescente siente que tiene suficientes oportunidades para participar

en actividades sociales, en especial, pasatiempos y tiempo libre. Está compuesta por cinco preguntas.

(6) Relación con los padres y vida familiar. Esta dimensión analiza la relación del adolescente con sus padres y examina el clima en el hogar. Explora la calidad de la interacción entre el adolescente y los padres, así como los sentimientos hacia ellos. Se atribuye especial importancia a si el adolescente se siente amado y apoyado por la familia, si el ambiente en el hogar es confortable o no, y si el adolescente se siente justa y correctamente tratado. Esta dimensión tiene 6 preguntas.

(7) Recursos Económicos: Esta dimensión se refiere a asuntos de dinero y evalúa la calidad percibida, por el niño o el adolescente, de sus recursos financieros. Se trata de determinar si el niño o adolescente se siente que cuenta con recursos financieros suficientes que le permita vivir una vida que es comparable a otros niños o adolescentes, y que les proporcione la oportunidad de hacer cosas junto con sus compañeros. La dimensión tiene tres preguntas.

(8) Amigos y Apoyo Social. Examina la naturaleza de las relaciones del niño o adolescente con otros niños o adolescentes y considera las relaciones sociales con amigos y compañeros. Explora la calidad de la interacción entre el niño o adolescente y sus compañeros, así como su percepción de apoyo. Las preguntas examinan el grado en que el niño o adolescente se siente aceptado y apoyado por sus amigos y su capacidad para formar y mantener amistades. En particular consideran los aspectos sobre la comunicación con los demás.

(9) Entorno Escolar. Explora la percepción del niño o adolescente sobre su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración, y sus sentimientos sobre la escuela. Incluye su satisfacción con su capacidad y rendimiento en la escuela. También se consideran sentimientos generales hacia la escuela (por ejemplo si la escuela es un lugar agradable para estar). Además, la dimensión explora la visión del adolescente de su relación con sus profesores. Son seis preguntas.

(10) Aceptación Social. Esta dimensión analiza la percepción de no ser aceptado por sus compañeros en la escuela y el manotaje escolar (bullying). Se explora la sensación de ser rechazado por otros, así como la sensación de ansiedad ante los compañeros.

1.4. Funcionamiento Familiar

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Florenzano, 1995). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional, cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar, cómo a su vez que sea capaz de superar las crisis por la que pueda atravesar (Florenzano, 1998).

La familia se convierte así en un lugar de pertenencia real o simbólica que se mantiene durante toda la vida. Por lo que puede afirmarse que las personas, desde que nacen, se desarrollan en el seno familiar, en el que crecen, construyen su identidad, asumen responsabilidades, compromisos y desarrollan recursos personales, que les permite entrar en el mundo adulto. Si bien la familia puede convertirse en una de las principales fuentes de apoyo de la persona a lo largo de la vida, los vínculos familiares altamente valorados, pueden generar insatisfacción y frustración en la medida en que no están presentes o son fuente de conflicto (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010). Según Escardo (1992) la familia puede fracasar en su función social y convertirse en un ambiente inadecuado para la integración personal y social del niño o niña.

Desde los planteamientos de Almonte, Montt y Correa (2003) se destaca que en prevención terciaria resulta necesario integrar a la familia en el trabajo terapéutico multidisciplinario en niveles de tratamiento mediato e inmediato.

1.4.1 Concepto de familia y Funcionamiento Familiar.

La familia, como organización social representa la primera y más significativa fuerza de adaptación del niño a la sociedad (Berger & Luckman, 2003). Distintos organismos, como por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2003) la reconoce como la principal fuente transmisora de conocimientos, valores, actitudes y hábitos. Además de facilitar la supervivencia biológica y ser el primer agente de socialización, la familia tiene profundos efectos en la vida anímica de los sujetos (Hernández, Triana & Rodríguez, 2005).

Hasta hace no mucho tiempo se creía que la familia tenía un rol protagónico solo en la infancia, pero diversos estudios psicológicos señalan que la familia es importante aún en etapas vitales posteriores (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010). En la adolescencia, el sujeto amplía su red de vínculos a partir de su participación en nuevos contextos (Suarez & Villena, 2001), a pesar de lo cual la relación que los jóvenes tiene con sus padres no solo no desaparece sino que es vista por ellos como una de las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental (Arnett, 2008).

La perspectiva epistemológica sistémica familiar es el marco teórico que considera a la familia como un sistema y en el que se ha basado esta investigación. Desde un punto de vista sistémico, la familia sería un conjunto de elementos en interacción dinámica organizados en función de un objetivo que evoluciona en el tiempo (Bertalanffy, 1968).

El sistema familiar posee unas características propias que son distintas de aquellas que presentan los miembros individuales que la componen: el todo es diferente de la suma de las partes.

Toda modificación de un elemento del sistema entraña la modificación de todo el sistema familiar. La modificación del sistema conlleva consecuencias para cada elemento (Bertalanffy, 1968).

Desde este enfoque la familia es considerada un sistema abierto que será permeable a las influencias del medio y flexible a las transformaciones tanto de sus miembros y con el exterior. En virtud de lo anterior, se la considera como un sistema en constante conflicto, que hace necesario la búsqueda de autorregulación para preservar el equilibrio y su permanencia en el tiempo, para esto se desarrollan pautas de transacción destinados a asegurar que la conducta de los miembros se regule en armonía con el sistema general, el que guiará la supervivencia de la familia en la sociedad (Minuchin, 1974).

En las investigaciones y conceptualizaciones acerca del proceso salud - enfermedad, se ha puesto el acento en la relevancia del funcionamiento familiar como un elemento importante de considerar (Florenzano, 1995). La mayor parte de la evidencia científica actual apuntan a señalar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, de esta manera la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Hidalgo, 1999; Florenzano, 2005; Navarro et al., 2007).

En la literatura sobre el tema se observa que existen factores del funcionamiento familiar que se constituyen en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia. Los factores protectores son aquellos que reducen las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud y motivan a la persona al logro de las tareas de cada etapa de su desarrollo (Florenzano, 2005). La influencia de estos factores se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes, investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente. Entre los aspectos del funcionamiento familiar asociados a condiciones de riesgo se encuentran: el grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros (Florenzano, 1998). Una familia que logre un nivel de funcionalidad adecuado en cada uno de estos factores, logrará prevenir la emergencia de problemáticas de salud física y mental entre sus miembros (Florenzano, 2005).

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar (Ortiz, 1999).

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Ortiz y Louro, 1996).

Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías (1994), quien considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

1.4.2. Funcionamiento Familiar: Modelo del Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette & Deal.

Debido a lo anterior, resulta interesante describir que tipo de función familiar caracteriza a esta población en estudio, y de qué manera pudiese estar asociado a las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud reportado por los propios adolescentes.

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. El modelo e instrumento utilizado para este estudio es el de Dunst, Trivette & Deal (1988). Estos autores elaboran

un modelo teórico que recibe la influencia de la teoría general de sistemas. De acuerdo esta teoría, en los sistemas sociales los miembros y las estructuras son interdependientes y, por tanto, los cambios que se producen en unos de ellos, suscitan ciertas modificaciones en las otras unidades del sistema. De esta forma, la conducta de una persona puede verse afectada por los cambios en quienes le rodean, y por las modificaciones del medio que comparte (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Uno de los principales motivos que pone en marcha al ser humano son sus necesidades, constituyendo un grupo de fuerzas que afectan e influyen en el funcionamiento familiar y viceversa. Dunst, Trivette & Deal (1988) investigaron cómo las necesidades individuales afectan la conducta; como los recursos intra y extrafamiliares se emplean para satisfacer tales necesidades; y como los profesionales pueden ayudar a las familias a adquirir las necesarias habilidades para obtener esos recursos. En este contexto, afirmaron, que los problemas en el ámbito familiar, no se limitan solo a la cuestión de satisfacción o insatisfacción de necesidades, sino que además, ha de considerarse si el modo de conseguir dicha satisfacción, enriquece o no a la familia, permitiéndoles funcionar con normalidad (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Dado lo anterior se desprenden formas particulares de entender la intervención familiar. Los autores de la Escala de Funcionamiento Familiar [EFF] han elaborado no sólo una herramienta diagnóstica sino que también estrategias de intervención. Estas últimas trabajarían en la búsqueda de “enriquecer” a las familias con disfunciones (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998) es decir, ayudándolas a que controlen de modo efectivo los acontecimientos vitales y a adquirir experiencias de resolución de problemas. Discutir estas estrategias de intervención en profundidad, escapan del propósito del trabajo, pero es relevante mencionarlo.

Dunst, Trivette & Deal describen una secuencia de evaluación e intervención familiar que estudia cuatro ámbitos. El primero se refiere a la evaluación de las necesidades y aspiraciones familiares, que permite aclarar lo que el grupo considera importante y lo que los motiva. Un segundo aspecto dice relación con la evaluación del funcionamiento familiar que permite determinar cómo se enfrentan los problemas cotidianos y también las

soluciones a las que llegan. El tercero es la evaluación de la red de relaciones sociales, con el fin de identificar si la familia cuenta con recursos disponibles, aunque sean potenciales, a lo que se pueda recurrir cuando se requiera. Por último, se analiza la integración de los tres ámbitos en esta secuencia de evaluación-intervención respecto del tratamiento del problema que motivo la consulta y aprendizaje de la utilización de recursos, internos y externos de la familia (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Los autores definen este modelo de evaluación intervención como dinámico y fluido. Teóricamente, ofrece tres ámbitos operativos: necesidades, recursos internos y recursos externos, en los que es posible intervenir terapéuticamente (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Los autores de la EFF, con el objetivo de medir los recursos intrafamiliares, consideran los siguientes ámbitos temáticos a ser evaluados en una familia de acuerdo a su modelo. Estos ámbitos, de acuerdo a los autores, define el estilo de funcionamiento familiar (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Necesidades y aspiraciones familiares. Por necesidades se entiende algo deseado o ausente, pero requerido para conseguir una meta u obtener un fin concreto, así como el juicio que la persona hace acerca de la discrepancia entre estado actual y el esperado, desde la perspectiva de la persona que busca ayuda, ya que para el profesional muchas de ellas pueden no ser identificadas o evaluadas como tales (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Las necesidades pueden ser especificadas en una taxonomía y también, ordenadas a lo largo de un continuo en función de su mayor o menor importancia para la supervivencia del ser humano. Dentro de ellas se incluyen al menos: recursos económicos, comida, abrigo; salud y protección; comunicación, movilidad social y oportunidades vocacionales; disponer de tiempo; educación, desarrollo y crecimiento; estabilidad emocional y compromiso sociocultural (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998). La importancia que la familia otorgue a determinadas necesidades, como las anteriormente descritas, variará y la caracterizará. Algunos estudios empíricos han llegado a establecer la influencia de las necesidades no satisfechas en el funcionamiento familiar y en los procesos de tratamiento

(Dunst & Leet, 1987; Dunst, Vance & Cooper, 1986, citado en Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998). Estos estudios han concluido que a mayor número de necesidades insatisfechas habrá un número mayor de problemas físicos y emocionales.

Soporte social, recursos extrafamiliares y funcionamiento familiar. A partir de la década de los 70 y apoyándose en estudios de carácter epidemiológicos, se ha reconocido la importancia que tiene el apoyo social como un elemento clave para la protección de la salud cuando las personas enfrentan eventos vitales estresantes. Se lo ha definido como el conjunto de funciones asistenciales, intercambio de recursos o provisiones instrumentales o expresivas proporcionadas por personas, grupos o instituciones que fomentan el bienestar o mejoran la competencia adaptativa para enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones (Caplan & Killea, 1976; Lin et. al, 1986; Shumaker & Brownell, 1984, citado en Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

Dunst & Trivette (1988) plantean que existen dos tipos de recursos: intrafamiliares y extrafamiliares. Por su parte, Pearling y Schooler (1978 citado en Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998) distinguieron entre recursos sociales y psicológicos. Los primeros constituyen el soporte social externo a la familia, mientras que los psicológicos se refieren a las características inter e intrapersonales de los miembros de la familia, que tienden a utilizar frente a acontecimientos vitales, esperados o no, y para promover su crecimiento y desarrollo. Estos recursos de tipo psicológicos se conocen como estilo de funcionamiento familiar.

Los recursos sociales extrafamiliares constituyen una fuente importante de ayuda y asistencia respecto de la satisfacción de las necesidades individuales y familiares; distinguiéndose: el apoyo social definido como el conjunto de recursos ofrecidos por las personas que no pertenecen al núcleo familiar (Cohen & Syme, 1985, citado en Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998); las fuentes de apoyo extrafamiliar, conformadas por todas las personas, grupo u organizaciones sociales que, de modo directo o indirecto, tengan contacto con la familia. Estas últimas pueden ser redes de apoyo informal, entre las cuales se mencionan los parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, grupos religiosos, clubes, organizaciones sociales que apoyan a la familia, tanto en tareas de la vida diaria como ante determinados eventos normativos y; las redes de apoyo formal,

referidas a profesionales y agencias organizadas formalmente para ofrecer una cierta ayuda y asistencia a las personas que buscan los recursos necesarios (Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

La integración teórica sugiere que el apoyo social se compone de cinco elementos fundamentales: apoyo relacional, constitucional, estructural, el soporte funcional y la satisfacción ante el apoyo. La comprensión de las relaciones entre estos componentes puede ser muy importante para favorecer el apoyo interpersonal. Es así por ejemplo, que el apoyo social influye sobre el bienestar y la salud de los padres, lo que suscita o puede suscitar un buen funcionamiento familiar, la mejora de los estilos de interacción padres – hijos y un desarrollo ideal de los hijos. Este modelo introduce una modificación a la perspectiva familiar que señala que los cambios en un sistema familiar ocurren prioritariamente a través de programas de intervención. En efecto, el enfoque de los sistemas sociales asume que los aportes más significativos son atribuibles a los efectos de los soportes informales, más que a los formales (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998; Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

Recursos intrafamiliares y funcionamiento. El agrupamiento de los recursos familiares configura lo que Dunst, Trivette & Deal (1988) han denominado el estilo de funcionamiento familiar. Este determina el modo de enfrentarse a los eventos vitales normativos o no y se define como la combinación de recursos intrafamiliares empleados para la satisfacción de necesidades.

La evaluación de los recursos familiares remite al concepto de fortaleza familiar. Se ha llegado a determinar doce cualidades de las familias fuertes. En cada familia se encuentra un número variable de ellas, cuyo número se correlaciona con el nivel de funcionamiento familiar. Estas cualidades se refieren a los factores dinámicos que promueven el desarrollo de los recursos personales, actuales y potenciales, de los miembros de un grupo familiar, y que ayudan a que la vida familiar sea más satisfactoria. Estas cualidades son: compromiso en la búsqueda del bienestar y el desarrollo óptimo de cada persona y del grupo familiar; apreciación de las cosas grandes y pequeñas que los miembros de la familia hacen bien, así como los estímulos para que las hagan mejor; empleo de tiempo para estar y hacer cosas en compañía de la familia; propósito de hacer frente y seguir adelante en los malos tiempos;

congruencia respecto del empleo de recursos para la satisfacción de las necesidades familiares entre los miembros de la familia; comunicación positiva con los demás familiares; reglas, valores y creencias familiares que configuran las expectativas acerca de lo que es deseable y aceptable; repertorio variado de estrategias de enfrentamiento para afrontar los eventos de la vida, normativos o no; habilidades necesarias para la solución de problemas y para la evaluación de ciertas opciones respecto a la satisfacción de necesidades; optimismo, flexibilidad y adaptabilidad en los roles que son necesarios para conseguir los suficientes recursos con que satisfacer las necesidades; y equilibrio entre el empleo de recursos con que satisfacer las necesidades (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998; Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

En el marco de este modelo teórico, no hay estilos buenos o malos de funcionamiento familiar, es más apropiado hablar de estilos con diversa efectividad respecto a determinadas situaciones estresantes. Este modo de entender el funcionamiento familiar supone, en primer lugar, el hecho que todas las familias disponen de más o menos fuerzas, las que constituyen sus propios recursos intrafamiliares o estilo de funcionamiento familiar. En segundo lugar, posibilita tratar los problemas mediante el desarrollo de ciertos recursos, lo que implica trabajar con aspectos positivos para satisfacer las necesidades de la familia. Las familias tienen por tanto, varios tipos de fuerzas y competencias, cuya integración define su particular y único estilo de funcionamiento familiar (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

1.4.3 Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar [EFF] de Dunst, Trivette & Deal.

El modelo e instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento familiar en este estudio, es el entregado por Dunst, Trivette & Deal (1988). La escala Estilo de Funcionamiento Familiar, se diseñó para detectar y evaluar los recursos de que dispone la familia, así como para promover cuando puedan interesar ciertas discusiones acerca del modo en que ciertas cualidades particulares funcionan o no como recursos intrafamiliares respecto de la satisfacción de necesidades. La escala, por tanto, tiene una utilidad clínica inmediata (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

La escala original está compuesta por 26 ítems cuyos contenidos hacen referencia a las doce categorías que definen a una familia fuerte. Se organiza en tres bloques o dimensiones que según los autores, representan diversos aspectos del estilo de funcionamiento familiar: (a) identidad de la familia, (b) información compartida por todos sus miembros, y (c) movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento de las dificultades (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

La dimensión *Identidad familiar*, es entendida como el compromiso en la búsqueda de bienestar, desarrollo de los miembros del grupo familiar, cohesión, capacidad para hacer frente a los problemas, seguir adelante y congruencia en el empleo de recursos (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

La dimensión *Recursos y estrategias de afrontamiento a las dificultades*, es entendida como la capacidad de la familia para utilizar estrategias disponibles y empleo de recursos extrafamiliares en la solución de problemas. La dimensión *Información compartida*, es entendida como la comunicación positiva y capacidad de escuchar a los demás miembros de la familia (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Por ende, los recursos o fortalezas familiares, en su conjunto, derivan de la suma de resultados que se obtengan en los ítems correspondientes a las tres dimensiones mencionadas. Las doce cualidades de las familias fuertes, agrupadas en estas tres dimensiones se presentan en la tabla n° 1.

Según la base teórica sobre la que se elaboró la escala, debe interpretarse que aquellos factores en los que se obtenga una puntuación por encima de la media, corresponden a las fuerzas familiares que deben emplearse en el tratamiento y modificar los aspectos del funcionamiento familiar que puntúe por debajo de la media (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

La escala puede ser completada por un miembro o por toda la familia. El evaluado debe contestar, de acuerdo con el modo en que el contenido de cada afirmación sea característico de su familia. Cada ítem se valora de acuerdo a una escala tipo likert, de cinco puntos, que varía entre (mi familia) casi nunca (actúa de ese modo), que se valora con un punto y (mi

familia) casi siempre (actúa de ese modo), que se califica con 5 puntos (Polaino-Lorente & Martínez Cano, 1998).

Tabla n°1: Dimensiones de la Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar (EFF)		
Identidad Familiar	Información Compartida	Recursos y Estrategias de Afrontamiento
Compromiso en la búsqueda de bienestar y del desarrollo hacia la madurez de cada persona y del grupo familiar.	Comunicación positiva con los demás familiares.	Repertorio de estrategias de afrontamiento disponibles para hacer frente a los eventos vitales, tanto de aquellos sucesos normales en el ciclo vital familiar, como de los extraordinarios.
Apreciación de las cosas grandes y pequeñas que los miembros de la familia hacen bien y el grado de estimulación para hacerlo mejor.	Reglas, valores y creencias familiares que establecen las expectativas sobre lo deseable y aceptable.	Habilidad en la solución de los problemas y en la evaluación de las distintas opciones que conducen a la satisfacción de necesidades.
Empleo de tiempo para estar y hacer cosas, formales o informales, en familia.		Optimismo, es decir, la 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.
Propósito para hacer frente a los problemas y seguir adelante en los malos tiempos.		Flexibilidad en el desempeño de los roles adaptativos en función de las necesidades
Congruencia entre familiares en el empleo de recursos para la satisfacción de necesidades.		Equilibrio entre el empleo de recursos familiares internos y externos.

Para la validación de EFF en España, Polaino-Lorente & Martínez Cano (1998), realizaron un primer estudio basado en su análisis factorial. Se utilizó una muestra de 632 personas (328 familias). El análisis de los coeficientes de confiabilidad de cada factor, junto con el análisis de contenido realizado, les llevo a eliminar cuatro ítems, proponiendo una escala de 22 ítems, versión que se empleó en la validación de la escala en Chile. El coeficiente de confiabilidad obtenido fue de un valor $\alpha = 0,84$, que estandarizado fue de $\alpha = 0,86$.

En Chile, se estudiaron las propiedades psicométricas del instrumento por Larraín, Zegers, Diez y Trapp (2003), concluyendo que la Escala de Estilos de Funcionamiento Familiar es confiable y válida para ser aplicada en población chilena, mostrando propiedades psicométricas adecuadas. Permitiendo identificar con fines psicoterapéuticos: La identidad familiar, información compartida y recursos de afrontamiento con los que cuenta la familia. El coeficiente de α de cronbach ha sido de 0,79 para la escala completa considerado aceptable. La muestra estuvo constituida por 151 familias seleccionadas al azar en la Región Metropolitana (Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

La versión chilena de la escala cuenta con 21 ítems. Dada la baja correlación obtenida por el ítem 22, no se lo incluyo en ningún factor. Así la dimensión Identidad familiar puede calcularse con los factores: 1: Cohesión y normas familiares; 2: Afrontamiento a las dificultades en familia; 4: Optimismo y Factor 5: Compromiso. La dimensión Información compartida, con el factor 6 y la dimensión Recursos y estrategias de afrontamiento con el factor 3 (Larraín, Zegers, Diez y Trapp, 2003).

En Chile, en un trabajo de Tesis de Magister en Psicología Clínica se utilizó la escala en familias ensambladas, obteniendo que en la dimensión identidad familiar, los factores: Cohesión y normas familiares, afrontamiento a las dificultades en familia, optimismo y compromiso arrojaron diferencias estadísticamente significativas, donde la media obtenida por madres, padres e hijos, fue menor que la media normativa. En la dimensión recursos y estrategias de afrontamiento de las dificultades se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entregadas por lo padres, quienes perciben una dificultad en encontrar apoyo externo ante las dificultades de su familia. Las madres y los hijos no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre la media obtenida y la media normativa. No existiendo dificultades para madres e hijos en encontrar apoyo externo para enfrentar dificultades. La dimensión información compartida se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entregadas por las madres, quienes perciben que la comunicación es una debilidad en su familia. No existiendo dificultades para padres e hijos, en la comunicación (Grau, 2007).

1.4.4 Funcionamiento Familiar y adolescentes con depresión.

Algunos estudios han identificado ciertos estilos de funcionamiento en familias con individuos con trastorno depresivo e indican que las interacciones en estas familias difieren de aquellas sin miembros con trastornos depresivos (Leyva et al., 2006). Si bien, estos estudios no permiten la comparación exacta con esta investigación, permiten tener un marco de referencia en cuanto a funcionamiento familiar en depresión.

Los hallazgos de Leyva et al. (2006) indican que los adolescentes con depresión perciben a sus familias con un funcionamiento rígidamente disperso. Los autores afirman que existe

una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión. Este estudio se realizó en México, incluyeron 252 estudiantes, ambos sexos, con edad promedio de 16 años.

Pávez, Santander, Carranza y Vera (2009) encontraron que las percepciones de funcionamiento familiar en una muestra de adolescentes entre 13 y 18 años, diagnosticados de depresión, ubicaban el estilo de funcionamiento de su familia en niveles intermedios.

Jewell and Stark (2003) realizaron un estudio para comparar los entornos familiares de jóvenes con trastorno de conducta (TC) en comparación con jóvenes con un trastorno depresivo. Los participantes fueron 34 adolescentes de edades entre 13 a 16 años, pertenecientes a un centro de tratamiento residencial. Se comparó a los dos grupos en siete variables relativas a entorno familiar. Los resultados indican que los adolescentes con trastorno de conducta describen a sus padres con un estilo de funcionamiento permisivo y ambiguo, mientras que los adolescentes con un trastorno depresivo describen la relación con sus padres, como aprisionados o atrapados.

Un estudio de tesis de Magister en Psicología, examinó el ambiente familiar en adolescentes con depresión, donde se pudo desprender que las familias con miembros adolescentes que cursan un síndrome depresivo presentan, en todos los casos, un funcionamiento de límites de tipo desligado, y en ciertas oportunidades, una tendencia a presentar una vinculación vertical y jerárquica entre el joven y sus padres y una tendencia a que alguno de los miembros que se encontrará en conflicto con otro, intentará generar una coalición con el adolescente (Muñoz, 2011).

1.4.5. Relación entre Estilos de Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida en pacientes con trastornos mentales:

En la literatura científica no se encontraron estudios que relacionen las variables funcionamiento familiar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes que presenten depresión, sin embargo, existen antecedentes de la significativa asociación de estas variables en pacientes con otros trastornos mentales.

Caqueo y Lemos (2008), describen los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los servicios de salud mental de Arica, Chile. Se utilizó el cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el cuestionario de función familiar. Los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Se observó que la percepción de funcionamiento familiar presenta una correlación significativa con las subescalas favorable y desfavorable de la calidad de vida. Esto indica que a mayor funcionalidad familiar percibida, mayores es la calidad de vida en estos pacientes.

Otro estudio tuvo como objetivo conocer la relación que hay entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida de un grupo de sujetos alcohólicos. La muestra estuvo constituida por adolescentes y adultos (60 sujetos), de los cuales 30 eran alcohólicos y otros 30 del grupo control. Los resultados permitieron concluir que son menos funcionales o poseen menos recursos las familias con un miembro alcohólico que su grupo de comparación (Palomar, 1999).

Si bien estas investigaciones no permiten la comparación con los resultados de este estudio, sirven de referencia y aporte empírico de la relación que existe entre estos conceptos y la relevancia de estudiarlos.

Capítulo 2: Objetivos del estudio

2.1 Objetivo General:

Determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública.

2.2 Objetivos Específicos:

- 1) Describir cada dimensión de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los adolescentes con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública.
- 2) Describir cada dimensión del Estilo de Funcionamiento Familiar de adolescentes con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública.
- 3) Comparar a los hombres y mujeres en relación a las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- 4) Comparar a los hombres y mujeres en relación a las dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar.
- 5) Determinar si existe una asociación significativa entre las dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar y las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública.

2.3 Hipótesis:

H₁: Existe una relación 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.

H₂: Los Hombres difieren en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con las mujeres.

Capítulo 3: Marco Metodológico

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación utilizó una metodología cuantitativa, debido a que confía en la medición numérica y el uso de la estadística para contestar preguntas de estudio y contrastar hipótesis (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

La investigación corresponde a un estudio descriptivo - relacional. Entendiendo, por un lado que los estudios descriptivos buscan “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos y cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández et al., 2006, p. 102). Asimismo, se define como relacional, porque busca evaluar la relación existente entre dos o más variables y otorga información acerca de la factibilidad que tienen ciertos sucesos para la predicción de resultados específicos, examinando asociaciones y no relaciones causales. De acuerdo al criterio de temporalidad, el estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal, dado que la recolección de la información se realizó en un solo momento y se analizaron los fenómenos desde su ambiente natural, sin pretender manipular variables (Hernández et al., 2006).

3.2 Población:

La población de la presente investigación se conformó por adolescentes de 15 a 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión que presenten episodios leves o moderados. Estos adolescentes fueron diagnosticados en Centros de Salud Pública de la Región Metropolitana y Región de Atacama desde el mes de Julio hasta Octubre del 2012. Se decidió efectuar el estudio en estas regiones por la facilidad de acceder a la muestra por parte de la investigadora y con el fin de ampliar la cantidad de casos abordados.

3.3 Diseño muestral:

Se utilizó una muestra de tipo no probabilística por conveniencia, ya que para cumplir con el plazo y los objetivos planteados fue necesaria “una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas” (Hernández et al., 2006, pág. 226). Como lo es en este caso que estén en etapa de diagnóstico y presenten depresión de severidad leve o moderada procurando que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

De esta manera la muestra quedó constituida por 40 adolescentes, de ambos sexos, 31 son mujeres y 9 hombres, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 18 años, con una media de edad de 15,9 años ($DE=1,00$), diagnosticados con depresión leve o moderada. Estos adolescentes fueron seleccionados de cinco centros de salud pública de la Región Metropolitana ($n=18$) y cinco centros de la Región de Atacama ($n=22$). En el primer caso, los centros pertenecían a las comunas de Pudahuel, Lo Barnechea, Macul y Puente Alto (CESFAM Dr. Gustavo Molina, CESFAM Lo Barnechea, CESFAM Santa Julia, CESFAM Dr. José Symon Ojeda y Consultorio Alejandro del Rio), con respecto a la Región de Atacama, pertenecen a la comuna de Copiapó, específicamente: CESFAM El Rosario, CESFAM Pedro León Gallo, CESFAM El Palomar, CESFAM Dr. Bernardo Mellibovsky y CESFAM Paipote.

Para seleccionar a los sujetos se consideró como diagnóstico principal, el diagnóstico realizado por los profesionales de los centros de salud. Adicionalmente, se examinaron directamente a los pacientes de modo de complementar el diagnóstico. Se les aplicó el cuestionario de Depresión Infantil [*CDI*] de Kovaks. Este cuestionario autorreporta 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; Kovacs, 2004) (ver anexo 7).

La totalidad de los jóvenes estudiados se encontraban recientemente diagnosticados, correspondiente a un mes o mes y medio de efectuado el diagnóstico. Los datos demográficos de la investigación, como sexo, edad, escolaridad, características familiares y nivel socioeconómico, se consignaron en una Ficha de Selección y Caracterización de la Muestra, la cual se describe en el apartado de instrumentos (ver anexo 6).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: a) Edad entre 15 y 18 años; b) Adolescentes con diagnóstico reciente de Depresión leve o moderada, según criterios diagnósticos del CIE-10 o DSM-IV; puesto que son criterios de mayor aceptación en la práctica clínica; c) Los pacientes debían tener una capacidad cognitiva normal para responder los cuestionarios y d) Aceptar contestar voluntariamente los cuestionarios.

Se eligió este grupo etéreo principalmente por la alta prevalencia de la patología en este tramo (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012). Además este criterio respondió a la necesidad de que el sujeto perteneciera al tramo medio o final de la adolescencia. Considerando que la adolescencia temprana, comprende los cambios puberales y la reconversión de la imagen corporal, estableciendo una distancia respecto a las fases media y final, donde suelen incrementarse las tensiones intergeneracionales, mientras que las intrageneracionales suelen afianzarse, tal como se indicó en el marco teórico (Krauskopf, 2000; Micussi, 2005). El segundo criterio dio respuesta a la necesidad de que el adolescente manifestará sintomatología depresiva, dado que es la principal característica del objeto de estudio.

En cuanto a los criterios de exclusión, se fijaron los siguientes: a) Pacientes con sintomatología psicótica o enfermedades físicas crónicas; b) Adolescentes con abuso de sustancias severo, y c) finalmente se excluye a los pacientes que tengan alguna deficiencia intelectual (ver anexo 6).

3.4 Procedimiento de la obtención de datos:

Previo a contacto con los centros de salud, se firmó un acuerdo de colaboración con The KIDSCREEN Group para la utilización del Cuestionario KIDSCREEN-52. Del mismo, se solicitó y firmó un acuerdo de uso con la Universidad de los Andes, para la utilización de la Escala de Funcionamiento Familiar, debido a que fue esta institución académica quién realizó el estudio de validación del instrumento en Chile.

Los adolescentes fueron invitados a participar después de la confirmación de la colaboración de los centros de salud, los cuales firmaron una carta de autorización (ver anexo 5). La recolección de datos fue realizada desde julio a octubre del 2012 e iniciada

solamente después de aprobada por el Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (ver anexo 9).

Los sujetos se seleccionaron a partir del diagnóstico médico, posteriormente se hizo una revisión de la ficha clínica y en algunos casos se consultó al profesional tratante para completar la ficha de caracterización de la muestra. Previa aplicación de los instrumentos, se solicitó el consentimiento y asentimiento firmado. La aplicación de los cuestionarios, se realizó en los centros de salud, en forma individual y en una sola sesión, los adolescentes fueron citados en su mayoría por el profesional tratante o contactados telefónicamente por investigadora a cargo para concertar la cita. El tiempo promedio por cada cuestionario fue de 10 minutos.

Una vez obtenidos todos los cuestionarios, estas fueron ingresadas a una base de datos en el software SPSS para su posterior análisis y discusión de los principales resultados.

3.5 Definición de variables

3.5.1 Estilo de Funcionamiento Familiar:

- **Definición conceptual:** Dunst y otros autores (Dunst, Trivette & Deal, 1988) utilizan el término de estilo de funcionamiento familiar porque implica un modo más apropiado de entender los eventos del ciclo vital y de promocionar el crecimiento y desarrollo de la vida. En este sentido no hay estilos, para los autores, buenos o malos de funcionamiento familiar, sino que es mejor hablar de estilos con diversa efectividad respecto de determinadas situaciones estresantes. Por consiguiente el estilo de funcionamiento familiar, está compuesto por un grupo de factores relevantes en lo relativo a la promoción de la salud y al bienestar personal y familiar. Por esta razón puede afirmarse que las familias tienen varios tipos de fuerzas y competencias, cuya integración colectiva define el único estilo de funcionamiento familiar. Desde este modo de entender el estilo de funcionamiento familiar se tiene que: 1. Todas las familias disponen de más o menos fuerzas, lo que constituye sus propios recursos intrafamiliares. 2. El tratar los problemas mediante el desarrollo de ciertos recursos, supone trabajar con aspectos positivos para trabajar con las necesidades familiares

- **Definición operacional:** Puntuación obtenida en la escala por cada factor que componen las tres dimensiones del instrumento (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

3.5.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud:

- **Definición conceptual:** Percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud (Group WHOQOL, 1995).

- **Definición operacional:** Puntuación obtenida en el cuestionario KIDSCREEN – 52 en cada una de sus dimensiones (Bienestar físico, Bienestar psicológico, Estado de ánimo, Auto percepción, Autonomía, Relación con los padres y vida familiar, Amigos y apoyo social, Entorno escolar, Rechazo social - Bullying, y Recursos económicos) (Ravens-Sieberer et al., 2005).

3.6 Instrumentos:

- **Ficha de Selección y caracterización de la muestra:** Consiste en una ficha elaborada para este estudio, con el fin de seleccionar y describir a los adolescentes y las familias que fueron parte de la muestra. Los datos corresponden a antecedentes personales (demográficos y clínicos) y antecedentes familiares (persona a cargo). Este documento será completado por parte de la investigadora a través de la transcripción de datos obtenidos de las fichas clínicas de los pacientes y por medio del reporte de los profesionales de salud mental que se encuentran a cargo de los adolescentes con Depresión.

El Nivel Socioeconómico se evaluó siguiendo el método Esomar (ADIMARK, 2000), empleado en Chile, este se basa en sólo dos variables: – El nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar. – La categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar. Ambas variables se combinan en una “Matriz de Clasificación Socio-Económica” la que determina el NSE de cada familia de acuerdo a las combinaciones entre ambas variables, se generan 6 grupos: A= Muy Alto; B= Alto; Ca= Medio-Alto; Cb= Medio; D= Medio-Bajo y E= Bajo.

- **Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar (EFF):** La adaptación, validación y normalización chilena fue realizada por el equipo de investigación Universidad de los Andes. La escala puede ser aplicada de forma Individual y/o colectiva. El tiempo de duración varía de 5 a 15 minutos. Puede ser aplicada a adolescentes y adultos. Cada ítem se valora de acuerdo a una escala tipo likert, de cinco puntos, que varía entre (mi familia) casi nunca (actúa de ese modo), que se valora con un punto y (mi familia) casi siempre (actúa de ese modo), que se califica con 5 puntos. La puntuación de cada elemento contribuye sólo a un factor o escala (ver anexo 2).

Esta escala mide tres dimensiones: Identidad familiar; Información compartida y Estrategias de enfrentamiento a las dificultades. Los recursos y fortalezas familiares, en su conjunto, derivan de la suma de los resultados que se obtengan en los ítems o factores correspondientes a las tres dimensiones precedentemente citadas (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Larrain, Zegers, Diez & Trapp, 2003). El coeficiente de alpha de cronbach en su versión en Chile ha sido de 0,79 para la escala completa considerado aceptable (Larraín, Zegers, Diez & Trapp, 2003).

- **Cuestionario KIDSCREEN - 52:** Este instrumento es un autorreporte de la salud y el bienestar de niños y adolescentes entre los 8 y los 18 años. Las respuestas se recogen en escala Likert de cinco categorías y mide las 10 dimensiones de CVRS. Se tienen puntajes de referencia para cada dimensión en cada País, los cuales son transformados a valores T, correspondientes a una media de 50 y una desviación estándar de 10; los puntajes más altos indican mejor calidad de vida y bienestar general. Se describen las medias y desviaciones estándar a nivel global, como estratificadas por sexo, edad y tipo de establecimiento educacional (Ravens-Sieberer et al., 2005). Siguiendo el criterio de Revicki (2006); Guyatt (2007), citado en Molina et al., 2012, al transformar las dimensiones en dicotómicas tomando como punto de corte la puntuación correspondiente a 0,8 DE por debajo de la media de 42 puntos. De esta forma los que puntuaron menos de 42, constituyeron la categoría de peor CVRS en la dimensión correspondiente.

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. Se tuvo un alfa de

Cronbach para la escala total de 0,93 y las demás dimensiones puntúan sobre los 0,70, con excepción de la dimensión Sobre ti, que fue de 0,61. Lo cual se considera aceptable (ver anexo 1).

3.7 Análisis de datos: Los datos fueron analizados a través del Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS, método de análisis cuantitativo congruente con la naturaleza de los datos y los objetivos alcanzados. En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo, efectuando tablas de frecuencias para indicar la ausencia o presencia de variables. Se evaluó el promedio y desviación estándar para medidas de tendencia central y calcular la variabilidad de los datos. En segundo lugar, para el contraste de hipótesis se realizó la prueba t de student para muestras independientes, con el fin de comparar las medias obtenidas en las diferentes dimensiones por dos grupos de casos (hombres y mujeres). Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, análisis bivariado con técnicas correlacionales bivariadas, que permitieron estratificar los resultados y establecer relaciones entre las variables de estudio (Hernández et al., 2006).

3.8 Aspectos éticos: Los aspectos éticos que se consideraron fueron el resguardo de la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes. Del mismo, se firmó una carta de autorización por parte de las instituciones participantes con el objetivo de evitar incumplimientos de plazos o abandono del estudio (ver anexo 5). En cuanto a los adolescentes que participaron de la investigación, se empleó una carta de consentimiento informado para sus padres o cuidadores (ver anexo 3) y una carta de asentimiento informado (ver anexo 4) dando cuenta de los objetivos, riesgos y beneficios por la participación de los adolescentes en el estudio, los cuales fueron aprobados por el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Chile (ver anexo 9). Por último, es importante señalar que no se incorporaron pacientes con sintomatología de alta severidad y se hará la devolución de resultados a los participantes que así lo requieran.

Capítulo 4: Resultados

En este capítulo se presentan los principales resultados del estudio. Para dar a conocerlos, la información se ha organizado a partir de la caracterización de la muestra, entregando datos sociodemográficos. Posteriormente se describen los resultados que dan respuesta a los objetivos y/o hipótesis planteadas para la realización de esta investigación.

Caracterización de la Muestra:

De los 40 adolescentes que participaron de la investigación, 77,5% (n=31) son mujeres y 22,5% (n=9) hombres. En cuanto a la composición por edad se encontró una media de 15,9 años ($DE=1,00$). La cantidad mínima de casos se concentró en adolescentes de 18 años de edad (7,5%) (n=3) y la máxima en los 15 años (47,5%) (n=19).

Tabla n°2: Composición por edad.

Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 años	12	30	7	17,5	19	47,5
16 años	9	22,5	-	0	9	22,5
17 años	7	17,5	2	5	9	22,5
18 años	3	7,5	-	0	3	7,5
Total	31	77,5	9	22,5	40	100

Con respecto al nivel socioeconómico de acuerdo a la medida ESOMAR (Adimark, 2000), 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).

Tabla n°3: Composición por nivel socioeconómico.

NSE	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	n	%	n	%
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
Bajo	2	5,0	-	-	2	5,0
Total	31	77,5	9	22,5	40	100

De acuerdo a nivel educativo, los resultados arrojan que un 10% (n=4) de la totalidad de la muestra está cursando la enseñanza básica y 87,5% (n=35) la enseñanza media, en tanto, existe un 2,5% (n=1) que se encuentra cursando dos cursos en uno. El mayor porcentaje se concentra en segundo medio (37,5%) (n=15), seguido por un 22,5% (n=9) que cursa el primero medio.

Tabla n°4: Composición por nivel educativo.

Curso actual	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Séptimo básico	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Octavo básico	1	2,5	-	-	1	2,5
Primero medio	5	12,5	4	10,0	9	22,5
Segundo medio	14	35,0	1	2,5	15	37,5
Tercero medio	4	10	1	2,5	5	12,5
Cuarto medio	5	12,5	1	2,5	6	15,0
Otros	1	2,5	-	-	1	2,5
Total	31	77,5	9	22,5	40	100

67,5% (n=27) de la muestra asiste a establecimientos educacionales públicos, y un 30% (n=12) subvencionados. En menor porcentaje un 2,5% (n=1) de la muestra asiste a escuela o liceo privado.

Tabla n°5: Composición por tipo de establecimiento educacional.

Establecimiento educacional	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
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
Total	31	77,5	9	22,5	40	100

En cuanto a los diagnósticos de los trastornos depresivos realizada por los médicos de atención primaria [APs], más de tres cuartos de la muestra de adolescentes recibió el diagnóstico de episodio depresivo leve (77,5%) (n=31) y 22,5% (n=9) fue diagnosticado como cursando un episodio depresivo moderado. De acuerdo a los resultados obtenidos tras la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil CDI (Cáceres y Collado, 1994), 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 ($DE = 6,07$). Siendo el mínimo 12 y máximo 37.

De los adolescentes diagnosticados cursando un episodio depresivo leve en su mayoría (n=23) (57,5%) tuvieron puntuaciones superior o igual al punto de corte en el CDI, indicado como sintomatología depresiva clínicamente significativa. En tanto que los adolescentes diagnosticados cursando un episodio depresivo moderado en su totalidad obtuvieron puntajes superior o igual al punto de corte en el CDI.

Tabla n°6: Diagnóstico Trastorno depresivo				
Diagnóstico Médico APs	Clasificación Diagnóstica CDI			
	< 18 puntos		≥ 18 puntos	
	N	%	n	%
Depresión Leve	8	20	23	57,5
Depresión moderada	-	-	9	22,5
Total	8	20	32	80

Características familiares de la muestra:

En relación a la composición familiar, el mayor porcentaje de la muestra señala vivir junto a ambos padres y/u otros parientes (55%) (n=22). 25% (n=10) de los adolescentes señala vivir solo con su madre y/u otros parientes. Y 12,5% (n=5), manifiesta vivir con sus abuelos paternos.

Tabla n°7 Composición familiar.						
Composición familiar	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Madre sola y/u otros parientes	9	22,5	1	2,5	10	25
Padre solo	1	2,5	-	-	1	2,5
Ambos padres	11	27,5	-	-	11	27,5
Ambos padres y otros parientes	6	15	5	12,5	11	27,5
Abuelos paternos	2	5,0	3	7,5	5	12,5
Madre y padrastro	1	2,5	-	-	1	2,5
Padre y madrastra	1	2,5	-	-	1	2,5

Los adolescentes de la muestra indican como principal sostenedor económico del hogar a la figura paterna en 57, 5% (n=23) y 32,5% (n=13) lo es la madre. La mayoría de las familias están constituidas por dos a cuatro personas (60%) (n=24). Un porcentaje menor son las familias con cinco a siete personas componentes al grupo familiar (35%) (n=14). En tanto, que el 5% (n=2) restante corresponde a las familias conformadas por nueve o más personas. El promedio de personas que compone los hogares de los participantes del estudio corresponde a 4,55(DE=1,85), siendo el mínimo 2 y el máximo 10.

Los resultados de la variable ocupación del jefe de hogar, permite evidenciar que un 35% (n=14) desempeña un oficio menor, obrero no calificado, jornalero o servicio doméstico. 30% (n=12) trabaja como obrero calificado, capataz, junior o micro empresario. 20% (n=8) se desempeña como empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección o técnico especializado. En menor porcentaje el jefe de hogar realiza trabajos menores ocasionales e informales en un 15% (n=6).

Con respecto al nivel educacional del principal sostenedor económico del hogar, el mayor porcentaje cursó la educación media completa en un 25% (n=10), seguida de un 22,5% (n=9) que cursó estudios secundarios incompletos. En tanto, que el menor porcentaje encontrado declara que el jefe de hogar posee estudios superiores nivel técnico completo (10%) (n=4).

4.1. Análisis descriptivo de resultados.

4.1.1 Análisis descriptivo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Cuestionario KIDSCREEN).

Cada dimensión será analizada de forma global y se hará mención a cada una de las preguntas o ítems que la componen. Se consideraran las dos alternativas de los extremos, dejando la alternativa intermedia (moderadamente o algunas veces) sin adicionarla a ningún extremo. Se entregará la media y desviación estándar obtenida en cada dimensión. Es importante señalar que de acuerdo al criterio de Revicki (2006); Guyatt (2007), citado en Molina et al., 2012, los que puntuaron menos de 42, constituyeron la categoría de peor CVRS en la dimensión correspondiente. No existieron datos perdidos.

a. Dimensión Bienestar Físico.

En la dimensión Bienestar Físico, ante la pregunta ¿Cómo dirías que es tu salud? 50% (n=20) de los adolescentes indicó que mala o regular y 10% (n=4) que era muy buena o excelente.

62,5% (n=25) de la muestra expresa que ha estado activo físicamente, nada o un poco y 15% mucho o muchísimo. 57,5% (n=23) percibe que era nada o poco capaz de correr sin dificultad y 17,5% (n=7) mucho o muchísimo. 55% (n=22) respondió que nada o un poco, ante la pregunta ¿Te has sentido bien y en buen estado físico? y 15% (n=6) indicó que mucho y muchísimo.

37,5% (n=15) expresa que nunca o casi nunca se sienten llenos de energía y 22,5% (n=9) casi siempre o siempre. La media obtenida en esta dimensión es 33,31 ($DE = 10,44$). Esta dimensión obtiene una de las puntuaciones más bajas de este estudio.

b. Dimensión Bienestar Psicológico.

Los adolescentes respondieron seis preguntas sobre su Bienestar Psicológico. 40% (n=16) auto percibe haber disfrutado nada o poco con su vida y 17,5% (n=7) mucho o muchísimo. 42,5% (n=17) ha estado mucho o muchísimo contento de estar vivo y 40% (n=16) expresó estar nada o poco en la misma pregunta. El 50% (n=20) reporto estar nada o poco satisfecho con su vida y 17,5% (n=7) mucho o muchísimo.

25% (n=10) refirió haber estado de buen humor casi siempre o siempre, y en el otro extremo un 17,5% (n=7) expresa que nunca o casi nunca. 27,5% se ha sentido alegre y 25% nunca o casi nunca. Y un 35% (n= 14) indicó que lo ha pasado bien siempre o casi siempre, en tanto que un 20% (n=8) indicó que nunca o casi nunca. 27,5% (n=11) percibió que siempre o casi siempre se ha sentido alegre y 25% (n=10) que nunca o casi nunca. La media obtenida en esta dimensión es 26,26 ($DE = 5,39$). Esta dimensión es la que puntúo más bajo en este estudio.

c. Dimensión Estado de ánimo y Emociones.

En esta dimensión las respuestas casi siempre y siempre, significan percepciones negativas y las repuestas nunca o casi nunca significan percepciones positivas. Ante la pregunta: ¿Te has sentido triste? 55% (n=22) de los adolescentes contesto que siempre o casi siempre y 10% (n=4) nunca o casi nunca. 27,5% (n=11) casi siempre o siempre ha tenido la sensación de hacerlo todo mal y 20% (n=8) casi nunca o nunca.

52,5% de la muestra indicó que se ha sentido tan mal que no quería hacer nada y 20% (n=8) indicó que nunca o casi nunca. 45% (n=18) indicó que siempre o casi siempre ha sentido que en su vida todo sale mal y 17,5% (n=7) señala que nunca o casi nunca. 50% (n=20) percibe que siempre o casi siempre se ha sentido solo y 17,5% (n=7) indica que nunca o casi nunca. 42,5% (n=17) de los adolescentes indicó que ha se ha sentido harto (chato/choreado/cabreado) siempre o casi siempre y 7,5% (n=3) nunca o casi nunca. 35% (n=14) percibe que casi siempre o siempre se ha sentido bajo presión (presionado) y 32,5% (n=13) casi nunca o nunca. La media obtenida en esta dimensión es 33,06 ($DE = 8,89$). Es la tercera dimensión con la media más baja obtenida en este estudio posterior a las

dimensiones Bienestar Psicológico y Bienestar Físico respectivamente. Se puede apreciar en el recuadro de la tabla n°8.

d. Auto percepción.

Esta dimensión está compuesta por cinco preguntas. 35% (n=14) de los adolescentes declara que siempre o casi siempre ha estado contento con su forma de ser y 20% (n=8) nunca o casi nunca. 50% (n=20) responde que siempre o casi siempre ha estado contento con la ropa que usa, en tanto, 27,5% (n= 11) informa que nunca o casi nunca.

62,5% (n=25) declara que siempre o casi siempre se ha preocupado por cómo se ve físicamente y 17,5% (n=7) nunca o casi nunca. El 70% (n=28) responde que nunca o casi nunca ha tenido envidia de cómo se ven otros niños y 7,5% (n=3) siempre o casi siempre. Por último, el 50% (n=20) de los adolescentes declara que siempre o casi siempre le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo y 20% (n=8) nunca o casi nunca. La media obtenida en esta dimensión es 41,49 ($DE=8,99$).

e. Autonomía.

Esta dimensión está compuesta por cinco preguntas. 35% (n=14) declara que nunca o casi nunca ha tenido suficiente tiempo para él o ella, y en el extremo positivo, el 30% (n=12) señala que siempre o casi siempre. 42,5% (n=17) señala que nunca o casi nunca ha podido hacer las cosas que ha querido en su tiempo libre y 37,5% (n=15) informa que casi siempre o siempre. 47,5% (n=19) indicó que siempre o casi siempre ha tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre y 32,5% (n=13) nunca o casi nunca.

47,5% (n=19) ha podido elegir siempre o casi siempre qué hacer en su tiempo libre, y 27% (n=11) nunca o casi nunca. 37,5% (n=15) ha tenido nunca o casi nunca el tiempo suficiente para juntarse con los amigos y 35% (n=14) siempre o casi siempre. La media obtenida en esta dimensión es 42,21 ($DE=14,46$).

f. Relación con los padres y vida familiar.

Esta dimensión está compuesta por seis preguntas. 37,5% (n=15) declara que su mamá y/o papá lo ha entendido y un 35% (n=14) indica que nada o un poco. 70% (n=28) indicó que se ha sentido mucho o muchísimo querido por su mamá y/o papá y 15% (n=6) nada o un poco. En tanto que un 35% (n=14) de los adolescentes señala se ha sentido feliz en casa siempre o casi siempre y 32,5% (n=13) indicó que nunca o casi nunca.

40% (n=16) señala que nunca o casi nunca su mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para él o ella y 20% (n=8) indicó que casi siempre o siempre. 57,5% (n=23) de la muestra declaró que su mamá y/o papá lo ha tratado de forma justa casi siempre o siempre y 17,5% (n=7) indicó que nunca o casi nunca. 42,5% (n=17) expresó que ha podido hablar con su mamá y/o papá cuando lo ha querido, siempre o casi siempre y 32,5% (n=13) nunca o casi nunca. La media obtenida en esta dimensión es 39,60 ($DE=9,21$). Esta dimensión obtiene una de las medias más bajas de este estudio (ver tabla n°8).

g. Recursos económicos.

Esta dimensión está compuesta por tres preguntas. 45% (n=18) de los adolescentes percibió que nunca o casi nunca ha tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que sus amigos, en tanto que 27,5% (n=11) indicó que siempre o casi siempre.

52,5% (n=21) indicó que nunca o casi nunca ha tenido suficiente dinero para sus gastos personales y 27,5% (n=11) casi siempre o siempre. Finalmente, 52,5% (n=21) declaró que nada o un poco, ante la pregunta ¿tienes dinero suficiente para realizar actividades con sus amigos o amigas?. La media obtenida en esta dimensión es 36,47 ($DE=16,79$).

h. Amigos y Apoyo Social.

Esta dimensión está compuesta por seis preguntas. 72,5% (n=29) de adolescentes respondió que siempre o casi siempre, ante la pregunta, ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes? y 7,5% (n=3) nunca o casi nunca.

40% (n=16) indicó que siempre o casi siempre realiza actividades con otros/as niños/as y 37,5% (n=15) declara que nunca o casi nunca en la misma pregunta. 57,5% (n=23) expresó que siempre o casi siempre ha podido hablar de todo con sus amigos/as y 35% (n=14) nunca o casi nunca. 37,5% (n=15) declara que nunca o casi nunca han pasado tiempo con sus amigos/as y 35% (n=14) casi siempre o siempre. 60% (n=24) de los adolescentes indicó que lo ha pasado bien con sus amigos/as, siempre o casi siempre y 10% (n=4) nunca o casi nunca. 20% (n=8) declaró que nunca o casi nunca ha podido confiar en sus amigos/as y 60% (n=24) siempre o casi siempre. La media obtenida en esta dimensión es 45,40 ($DE=11,53$). Esta dimensión obtiene la media más alta de este estudio.

i. Entorno Social.

Esta dimensión está compuesta por seis preguntas. 42,5% (n=17) declara que siempre o casi siempre ha sido capaz de poner atención y 22,5% (n=9) indicó que nunca o casi nunca.

52,5% (n=21) percibió que se ha llevado bien con sus profesores siempre o casi siempre y 20% (n=8) nunca o casi nunca. En el extremo negativo, 50% (n=20) indicó que se ha sentido feliz en el colegio nada o muy poco y 22,5% (n=9) mucho o muchísimo. 42,5% (n=17) señaló en la pregunta ¿Te ha ido bien en el colegio? que nada o poco y 20% (n=8) mucho o muchísimo. 40% (n=16) declara que nada o poco se han sentido satisfecho con sus profesores y 30% (n=12) mucho o muchísimo. 45% (n=18) declara que nada o poco le gustaría ir al colegio y 27,5% (n=11) casi siempre o siempre. La media obtenida en esta dimensión es 41,89 ($DE=11,11$).

j. Aceptación Social.

72,5% (n=29) declara que nunca o casi nunca ha sido amenazado o maltratado (física o psicológicamente) por otros/as niños/as y 17,5% (n=7) indicó que siempre o casi siempre. 17,5% (n=7) de la muestra siempre o casi siempre ha tenido miedo de otros/as niños/as y 60% (n=24) casi nunca o nunca. 22,5% (n=9) siempre o casi siempre ha percibido que se han burlado de él o ella otros/as niños/as y 50% (n=20) indicó que nunca o casi nunca. La media obtenida en esta dimensión es 43,56 ($DE=19,99$).

En la siguiente tabla se indican los resultados obtenidos en esta investigación en las dimensiones de CVRS y se añaden de manera referencial los resultados del estudio nacional.

Tabla n° 8. Resumen de media y desviación estándar de las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adolescentes con Depresión.

Dimensiones CVRS	Adolescentes con Depresión		*Estudio CVRS Adolescentes Chilenos	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Bienestar Físico	33,31	10,44	50,3	11,2
Bienestar Psicológico	26,26	5,39	39,3	10,1
Estado de ánimo y emociones	33,06	8,89	44,2	10,6
Autopercepción	41,49	8,99	48,0	9,1
Autonomía	42,21	14,46	48,6	11,6
Relación con los padres y vida familiar	39,60	9,21	48,5	11,4
Recursos económicos	36,47	16,79	49,3	15,1
Amigos y apoyo social	45,40	11,53	53,6	11,2
Entorno escolar	41,89	11,11	49,0	9,1
Aceptación social	43,56	19,99	53,3	16,7

*Fuente Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adolescentes Chilenos (Molina et al., 2012).

4.1.2 Análisis Descriptivo del Estilo de Funcionamiento Familiar

Cada dimensión será analizada de forma global y se hará mención a cada una de las preguntas o ítems que la componen. Se consideraran las dos alternativas de los extremos, dejando la alternativa intermedia (algunas veces) sin adicionarla a ningún extremo.

a. Dimensión Identidad Familiar:

Con respecto a la dimensión Identidad Familiar, 85% (n=34) de los adolescentes obtuvo puntuaciones por debajo a la media teórica en el factor 1: Cohesión y Normas Familiares y 10% (n=4) de la muestra se ubicó sobre esta. El porcentaje restante se ubica dentro de la media teórica (ver tabla n°9). La media obtenida en la muestra para este factor es 9,23 (DE=3,23). El puntaje mínimo obtenido en este factor fue 4 y máximo 15 puntos.

El Factor Cohesión y Normas Familiares, está compuesto por tres preguntas. 47,5% (n=19) de los adolescentes percibe que casi nunca o muy de vez en su familia se ponen de acuerdo en cómo deben actuar cada uno de sus miembros y 22,5% (n=9) indicó que casi siempre o con frecuencia. 25% (n=10) percibió que casi nunca o muy de vez en cuando se encuentran

de acuerdo en las cosas que son importantes para su familia y 60% (n=24) señala que lo hacen con frecuencia o casi siempre. 35% (n=14) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia todos entienden las normas de comportamiento y 45% (n=18) señaló que casi siempre o con frecuencia.

En cuanto al Factor 2: Afrontamiento de las dificultades en la familia. 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 teórica y 10% (n=4) de la muestra se ubicó sobre esta. El porcentaje restante se ubica dentro de la media (ver tabla n°9). La media obtenida en este factor es 13,30 ($DE=4,53$) encontrándose muy por debajo de la media referencial. El puntaje mínimo obtenido en este factor fue 5 y máximo 20 puntos.

El Factor 2, está compuesto por cuatro preguntas. En la primera pregunta, 40% (n=16) de la muestra indicó que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia intentan mirar el lado positivo de las cosas y 37,5% (n=15) con frecuencia o casi siempre. 45% (n=18) percibió que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia hablan sobre las diferentes formas de tratar y solucionar los problemas y 37,5% (n=15) percibió que lo anterior ocurre con frecuencia o casi siempre. 20% (n=8) de los adolescentes indicó que casi nunca o muy de vez en cuando percibe que en su familia, las relaciones durarán más que sus pertenencias y 57,5% (n=23) expresó que con frecuencia o casi siempre. 30% (n=12) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia pueden apoyarse unos en otros cuando ocurre algo inesperado y 55% (n=22) indicó que esto es con frecuencia o casi siempre.

Respecto al Factor 4: Optimismo, se observa una media de 8,15 ($DE=3,23$), encontrándose muy por debajo de la media teórica (ver tabla n°9). 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 porcentaje restante se ubica dentro de la media referencial. El puntaje mínimo obtenido en este factor fue 3 y máximo 15 puntos.

El Factor 4, está compuesto por tres preguntas. En la primera de ellas, 45% (n=18) de los participantes percibió que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia piensan que hay algo bueno incluso en las peores situaciones y 30% (n=12) señaló que lo anterior ocurre con frecuencia o casi siempre. 52,5% (n=21) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando perciben que les ayuda compartir sus asuntos con la familia y 20% (n=8) percibió que casi siempre o con frecuencia. 40% (n=16) de los adolescentes percibió que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia se hacen un tiempo para acabar cosas que son importantes y 35% (n=14) con frecuencia o casi siempre.

El último factor que compone esta dimensión corresponde al Factor 5, 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 teórica y 5% (n=2) de la muestra obtuvo puntajes sobre esta. El porcentaje restante se ubicó dentro de la media referencial (ver tabla n°9). La media obtenida en este factor fue 12,45 ($DE=4,27$). El puntaje mínimo obtenido en este factor fue 4 y máximo 20 puntos.

El Factor 5, está compuesto por cuatro preguntas. 47,5% (n=19) percibió que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia hacen sacrificios personales si con ello ayudan al grupo familiar y 30% (n=12) indicó que esto ocurre con frecuencia o casi siempre. 25% (n=10) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia se sienten orgullosos hasta de los más pequeños logros de cualquier familiar y 60% (n=24) indicó que con frecuencia o casi siempre. 37,5% (n=15) casi nunca o muy de vez percibe que su familia permanece siempre unida a pesar de cualquier dificultad que tengan y 42,5% (n=17) con frecuencia o casi siempre. 45% (n=18) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia toman decisiones importantes como, por ejemplo, cambiar de trabajo, si es mejor para la familia y 42,5% (n=17) indicó que eso ocurre con frecuencia o casi siempre.

b. Dimensión Recursos y Estrategias de Afrontamiento

En cuanto a la dimensión Recursos y Estrategias de Afrontamiento, es conformada por un único factor que se denomina del mismo modo. 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. 22,5% (n=9) de la muestra en esta dimensión obtuvo puntuaciones sobre la media referencial. La media obtenida en este factor es 13,25 ($DE=3,69$) (ver tabla n°9). El puntaje mínimo obtenido en este factor fue 7 y máximo 20 puntos.

El Factor 3, está compuesto por cuatro preguntas. 45% (n=18) de la muestra percibió que casi nunca o muy de vez en cuando en su familia pueden pedir ayuda a alguien de fuera de su familia si lo necesitan, y 32,5% (n=13) indicó que esto ocurre con frecuencia o casi siempre. 20% (n=8) de los adolescentes percibió que casi nunca o muy de vez en cuando su familia siente que los amigos y familiares los ayudarían si lo necesitarán y 60% (n=24) indicó que con frecuencia o casi siempre. 30% (n=12) indicó que casi nunca o muy de vez en cuando su familia es capaz de tomar decisiones sobre lo que se debe hacer cuando tienen problemas y 42,5% (n=17) con frecuencia o casi siempre. 25% (n=10) percibió que casi nunca o muy de vez en cuando su familia puede confiar en el apoyo de los demás cuando algo va mal y 42,5% (n=17) con frecuencia o casi siempre.

c. Dimensión Información Compartida.

Esta dimensión es conformada por el Factor 6. La media obtenida fue de 8,65 ($DE=3,05$), ubicándose por debajo a la media referencial (ver tabla n° 9). El puntaje mínimo encontrado fue 3 y máximo 15 puntos. 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. Y 17,5% (n=7) de las puntuaciones se ubican sobre el promedio.

Este factor está compuesto por tres preguntas. 40% (n=16) percibe que casi nunca o muy de vez en cuando su familia busca cosas que hacer para alejar las preocupaciones de la cabeza

y 37,5% (n=15) con frecuencia o casi siempre. 37,5% (n=15) de los adolescentes percibe que en su familia casi nunca o muy de vez en cuando intentan olvidar sus problemas durante un tiempo cuando parece que son insuperables y 40% (n=16) indicó que esto ocurre con frecuencia o casi siempre. 57,5% (n=23) de la muestra señaló que casi nunca o muy de vez en cuando su familia es capaz de escuchar todas las versiones de una historia y 30% (n=12) indicó que eso ocurre con frecuencia o casi siempre.

Tabla n° 9. Resumen Media y Desviación estándar de los factores de la Escala de Estilos de Funcionamiento Familiar.

Factores	Media y <i>DE</i>		*Estudio de validación EFF	
	\bar{X}	<i>DE</i>	\bar{X}	<i>DE</i>
Cohesión y normas familiares	9,2	3,23	13,1	3,11
Afrontamiento a las dificultades en la familia	13,3	4,53	18,5	2,96
Estilo de afrontamiento	8,1	3,23	16	5,02
Optimismo	8,1	3,23	13	3,18
Compromiso	12,4	4,27	18,6	2,89
Información compartida	8,6	3,05	11,4	3,74

*Media y Desviación estándar obtenido en Estudio de Validación de la Escala en Chile. (Larrain, Zegers, Diez & Trapp, 2003).

4.1.2.1. Análisis de comparación de medias Escala Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal.

Para dar respuesta al objetivo referente a comparar a los hombres y mujeres en relación a las dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar, se analizaron cada una de las dimensiones de la escala, apreciándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de hombres y mujeres, sin embargo, es posible evidenciar que las medias obtenidas por las mujeres es levemente inferior a la de los hombres.

Se evidencia que la media obtenida por la mujeres ($\bar{x}=8,94$; $DE=3,32$) en la variable Cohesión y Normas Familiares es levemente menor a la de los hombres ($\bar{x}=10,22$; $DE=12,86$). Sin embargo, no se apreció una diferencia estadísticamente significativa entre las medias ($t=-1,051$; $p>0,05$).

En cuanto a la dimensión Afrontamiento a las dificultades en la familia, las mujeres evidencian una media ($\bar{x}=12,84$; $DE=4,39$) levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=14,89$; $DE=4,93$), no evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas por ambos grupos ($t=-1,200$; $p>0,05$). En cuanto al Estilo de Afrontamiento, la media de las mujeres ($\bar{x}=13,00$; $DE=3,44$) es levemente menor a la de los hombres ($\bar{x}=14,11$; $DE=4,59$), no se aprecian diferencias significativas ($t=-0,790$; $p>0,05$).

La media obtenida por las mujeres ($\bar{x}=8,00$; $DE=3,10$) en la variable Optimismo es levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=8,67$; $DE=3,80$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($t=-0,539$; $p>0,05$).

Con respecto a las variables Compromiso e Información Compartida, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre las medias. En la variable Compromiso la media de las mujeres ($\bar{x}=12,26$; $DE=4,36$) fue levemente inferior a la de los varones ($\bar{x}=13,11$; $DE=4,13$) y en tanto en la variable Información Compartida, la media de las mujeres ($\bar{x}=8,35$; $DE=2,83$) es levemente menor a la de los hombres ($\bar{x}=9,67$; $DE=3,70$). En la siguiente tabla se observan las variables analizadas.

Tabla n°10: Comparación de medias entre hombres y mujeres

Factores	Mujeres n=31		Hombres n=9		P> t	IC para la diferencia al 95%
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Cohesión y normas familiares	8,94	3,32	10,22	12,86	0,300	-3,766 1,192
Afronta. a las dificultades en la familia	12,84	4,39	14,89	4,93	0,237	-5,508 1,407
Estilo de afrontamiento	13,00	3,44	14,11	4,59	0,435	-3,960 1,738
Optimismo	8,00	3,10	8,67	3,80	0,593	-3,172 1,839
Compromiso	12,26	4,36	13,11	4,13	0,605	-4,164 2,458
Información compartida	8,35	2,83	9,67	3,70	0,262	-3,642 1,018

4.2 Contrastación de Hipótesis.

H₁: *Existe una relación 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.*

Con respecto a la primera hipótesis de investigación se detectó evidencia a su favor, apreciándose que las dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la

Salud correlacionan con las dimensiones de la escala de Estilos de Funcionamiento Familiar. Encontrándose una correlación positiva y moderada estadísticamente significativa entre el Factor Cohesión Familiar de la dimensión Identidad Familiar y Bienestar Psicológico ($r=0,433$; $p\leq 0,01$).

El Factor Cohesión Familiar y Normas Familiares de la escala de Estilos de Funcionamiento Familiar, correlaciona positiva y moderada alta con la dimensión Relación con los padres y vida familiar ($r=0,463$; $p\leq 0,01$) y la dimensión Recursos Económicos ($r=0,424$; $p\leq 0,01$). Sin embargo, con la dimensión Autonomía, evidencia una correlación baja ($r=0,352$; $p\leq 0,01$).

El factor Afrontamiento de las dificultades en la familia de la dimensión Identidad Familiar, evidencia una correlación positiva y moderada estadísticamente significativa con las dimensiones Bienestar Psicológico ($r=0,490$; $p\leq 0,01$), Autonomía ($r=0,495$; $p\leq 0,01$) y la dimensión Relación con los padres y vida familiar ($r=0,572$; $p\leq 0,01$). Asimismo, se detectó una correlación baja con la dimensión Recursos Económicos ($r=0,393$; $p\leq 0,05$).

La dimensión Estilos de Afrontamiento se correlaciona de forma moderada estadísticamente significativa con las dimensiones Bienestar Psicológico ($r=0,449$; $p\leq 0,01$), Autonomía ($r=0,419$; $p\leq 0,01$), Recursos Económicos ($r=0,418$; $p\leq 0,01$) y la dimensión Amigos y Apoyo Social ($r=0,448$; $p\leq 0,01$). Asimismo, mostró una correlación baja con la dimensión Relación con los padres y vida familiar ($r=0,330$; $p\leq 0,05$).

El factor Optimismo de la dimensión Identidad Familiar, evidencia una correlación positiva y moderada estadísticamente significativa con las dimensiones Bienestar Psicológico ($r=0,501$; $p\leq 0,01$), Autonomía ($r=0,438$; $p\leq 0,01$), Relación con los padres y vida familiar ($r=0,596$; $p\leq 0,01$) y Recursos Económicos ($r=0,453$; $p\leq 0,01$). Se detectó una correlación baja con la dimensión Estado de Ánimo y Emociones ($r=0,367$; $p\leq 0,05$).

El factor compromiso de la dimensión Identidad Familiar, correlaciona positiva y moderada alta con la dimensión Bienestar Psicológico ($r=0,435$; $p\leq 0,01$), Autonomía ($r=0,512$; $p\leq 0,01$), Relación con los padres y vida familiar ($r=0,527$; $p\leq 0,01$) y Recursos

Económicos ($r=0,415$; $p \leq 0,01$). Este factor mostró una correlación baja con la dimensión Estado de Ánimo y Emociones ($r=0,353$; $p \leq 0,05$).

Se detectó que la dimensión Información compartida presenta una correlación baja con las dimensiones Bienestar Físico ($r=0,329$; $p \leq 0,05$), Bienestar Psicológico ($r=0,389$; $p \leq 0,05$) y la dimensión Autonomía ($r=0,385$; $p \leq 0,05$).

Las dimensiones Autopercepción, Entorno Escolar y Aceptación Escolar del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud no correlacionaron con ningún factor de la escala de Estilos de Funcionamiento Familiar (ver tabla n°11).

Tabla n°11: Correlaciones entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionado con la Salud y las dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar.

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

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

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

H₂: Los Hombres difieren en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con las mujeres.

En relación a la hipótesis 2 y objetivo referente a comparar las medias de hombres y mujeres en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se observa evidencia parcial, puesto que solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos de las diez dimensiones de este constructo. No obstante, resulta relevante mencionar que las medias obtenidas por hombres y mujeres en este estudio, desde

un punto de vista descriptivo, son inferiores a las medias obtenidas en el Estudio Nacional de CVRS con adolescentes Chilenos (ver anexo 10).

En cuanto a la dimensión Autonomía, los resultados obtenidos al comparar las medias de ambos grupos, mujeres y hombres, muestra que la media de los varones ($\bar{x}=51,58$; $DE=14,47$) es mayor que la media en las puntuaciones obtenidas por las mujeres en esta variable ($\bar{x}=39,49$; $DE=13,49$), evidenciándose diferencias de medias muy significativas estadísticamente ($t=-2,330$; $p \leq 0,05$).

La media obtenida en la dimensión Amigos y Apoyo Social, muestra que la media de los varones ($\bar{x}=53,04$; $DE=14,55$) es mayor que la de las mujeres ($\bar{x}=43,18$; $DE=9,68$), evidenciándose diferencias muy significativas entre las medias ($t=-2,393$; $DE \leq 0,05$).

Tabla n°12: Diferencias de medias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres

Dimensiones	Mujeres n=31		Hombres n=9		P> t $p \leq 0,05$	IC para la diferencia al 95%
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Autonomía	39,49	13,491	51,58	14,471	0,025	-22,595 -1,587
Amigos y Apoyo social	43,18	9,683	53,04	14,554	0,022	-18,215 - 2,519

En la dimensión Bienestar Físico no se evidencian diferencias estadísticamente significativas en la media de ambos grupos ($t=-1,310$; $p>0,05$). En tanto que la media de las mujeres ($\bar{x}=32,16$; $DE=11,09$) es levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=37,29$; $DE=6,90$).

En la dimensión Bienestar Psicológico, se observó que la media obtenida por las mujeres ($\bar{x}=25,46$; $DE=4,85$) es levemente menor que la obtenida por los hombres ($\bar{x}=29,01$; $DE=6,51$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las medias ($t=-1,782$; $p>0,05$).

En cuanto a la dimensión Estado de Ánimo y Emociones no se observaron diferencias de medias significativas ($t=-1,666$; $p>0,05$), siendo la media de las mujeres ($\bar{x}=31,83$; $DE=9,18$) levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=37,32$; $DE=6,54$). Asimismo, la media obtenida por las mujeres ($\bar{x}=39,38$; $DE=6,52$) en la dimensión Autopercepción es

levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=48,77$; $DE=12,56$) no existiendo diferencias de medias significativas ($t=-2,159$; $p>0,05$).

La media obtenida por las mujeres en la dimensión Relación con los padres y vida familiar ($\bar{x}=38,44$; $DE=9,03$) es levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=43,60$; $DE=9,20$), no evidenciando diferencias de medias estadísticamente significativas ($t=-1,504$; $p>0,05$).

La media obtenida por las mujeres ($\bar{x}=34,94$; $DE=17,37$) en la dimensión Recursos Económicos es levemente menor que la de los hombres ($\bar{x}=41,71$; $DE=14,23$), no existiendo diferencias de medias estadísticamente significativas ($t=-1,067$; $p>0,05$).

En cuanto a las medias obtenidas por ambos grupos en las dimensiones Entorno Escolar y Aceptación Escolar, no se evidenciaron diferencias de medias estadísticamente significativas. La media de las mujeres ($\bar{x}=42,85$; $DE=10,38$) es levemente mayor que la de los hombres ($\bar{x}=38,59$; $DE=13,47$) en la dimensión Entorno Escolar, no existiendo diferencias de medias estadísticamente significativas entre las medias ($t=1,013$; $p>0,05$). Y en la dimensión Aceptación Escolar la media obtenida por las mujeres ($\bar{x}=41,91$; $DE=19,08$) es levemente menor a la de los hombres ($\bar{x}=49,23$; $DE=23,16$), evidenciándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t=-0,966$; $p>0,05$). En la tabla n°13 se presentan un resumen del análisis de las variables descritas recientemente.

Dimensiones	Mujeres		Hombres		P> t	IC para la diferencia al 95%
	Media	DE	Media	DE		
Bienestar físico	32,16	11,09	37,29	6,90	0,198	-13,067 2,801
Bienestar psicológico	25,46	4,85	29,01	6,51	0,083	-7,568 0,481
Estado de ánimo y emociones	31,83	9,18	37,32	6,54	0,104	-12,154 1,180
Autopercepción	39,38	6,52	48,77	12,56	0,058	-19,182 0,403
Relación con los padres y vida familiar	38,44	9,03	43,60	9,20	0,141	-12,119 1,787
Recursos económicos	34,94	17,37	41,71	14,23	0,293	-19,622 6,080
Entorno escolar	42,85	10,38	38,59	13,47	0,318	-4,255 12,771
Aceptación social	41,91	19,08	49,23	23,16	0,340	-22,658 8,018

Capítulo 5: Conclusiones y Discusión

La mayoría de los participantes de este estudio tiene en promedio de edad 15,9 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo y se encuentran casi en su totalidad cursando enseñanza media en establecimientos educacionales públicos.

En cuanto a las características clínicas de la muestra, se aprecia que el mayor porcentaje cursa un episodio depresivo leve, al comparar estos diagnósticos con la puntuación obtenida en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) se obtuvo que más del 80% de la muestra puntúa igual o por sobre al punto de corte establecido para considerar que la sintomatología presente en el adolescentes es clínicamente significativa. Con respecto a la influencia del sexo en la prevalencia de depresión, los resultados de esta investigación no difieren de lo encontrado en estudios previos, las cuales señalan que existe una proporción superior en mujeres por sobre los hombres, en una relación de 2:1 (Culberston, 1997, citado en Ingram et al., 1998; Herrero et al., 1983; Miranda, 2005; Larraguibel, 2006).

En relación a las características familiares de los adolescentes que padecen depresión que son diagnosticados en centros de salud pública, se obtuvo que más de la mitad de la muestra vive con ambos padres, siendo el principal sostenedor del hogar la figura paterna. La mayoría de las familias están constituidas por dos a cuatro personas.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en este grupo de adolescentes se encuentra significativamente relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el adolescente que padece depresión, así, aquellos que perciben una baja Calidad de Vida Relacionada con la Salud experimentan una peor percepción de funcionalidad familiar, lo cual confirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional, de las necesidades del individuo.

En la literatura diversos autores señalan la marcada asociación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida de pacientes con problemas mentales (Palomar, 1999; (Caqueo y Lemos, 2008) Los hallazgos de esta investigación coinciden con lo obtenido en pacientes que padecen esquizofrenia, donde se tuvo una fuerte relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar percibido, sin embargo, en dicho estudio los niveles de CV fueron

altos y relacionados a una mejor percepción del funcionamiento familiar (Caqueo y Lemos, 2008), resultados que difieren de lo obtenido en esta investigación, donde los puntajes de ambos constructos están considerablemente bajos, ante lo cual se puede inferir que debido a que las evaluaciones apuntan a obtener la autopercepción, puede ser que quienes están deprimidos evalúan más negativamente estos aspectos.

De acuerdo a lo planteado por Moreno (2009), evaluar la calidad de vida de un paciente significa conocer el impacto de una enfermedad y su tratamiento sobre la percepción que él tiene de su propio bienestar. Entendiendo que los trastornos del estado de ánimo inciden de forma especial en la funcionalidad y en la calidad de vida de las personas y de sus familias, así entre los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para el diagnóstico de un episodio depresivo se encuentra la condición de que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2002).

A raíz de estos hallazgos, se considera que el estudio de estas variables desde la perspectiva de la salud mental de los adolescentes y la población en general, deben ser integrados 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 calidad de vida Relacionada con la Salud por sobre los tradicionales indicadores del modelo biomédico: el autoinforme del paciente. Así, ya no solamente se toman las decisiones terapéuticas basados estrictamente en criterios clínicos, sino que cobra interés lo que es importante para los pacientes. Lo planteado encuentra consistencia en lo informado por la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de Vida, donde se remarca la importancia de considerar la evaluación de la calidad de vida por los propios pacientes en las decisiones de tratamiento y en la aprobación de nuevas investigaciones farmacéuticas y políticas sanitarias (Group WHOQOL, 1995).

Cabe mencionar que en la década de los sesenta, Dickey y Wagenar (1966, citado en Schwartzmann, 2003) propusieron un enfoque informacional que otorgase igual importancia a las observaciones que sobre la enfermedad hacían el equipo de salud, el enfermo y sus familiares, de manera que la evaluación del impacto de la enfermedad sobre la vida del paciente se sustentase en las observaciones aportadas por los tres elementos citados.

Por lo tanto, fue posible comprobar la hipótesis 1 de la investigación, la cual plantea que existe una relación 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. De las diez dimensiones que evaluó el cuestionario KIDSCREEN, siete de ellas se asocian de manera estadísticamente significativa con las dimensiones que componen la escala de Estilos de Funcionamiento Familiar.

Entrando en el detalle de los hallazgos, se mencionarán los análisis de las dimensiones más relevantes para los fines de esta investigación. Al analizar la dimensión Bienestar psicológico, se encontró una asociación significativa entre los niveles de esta variable y las dimensiones del funcionamiento familiar o viceversa. La presencia de esta correlación permite asumir que a peor percepción de Bienestar psicológico existirá una peor percepción del funcionamiento familiar. En tanto, se asume que los niveles de bienestar psicológico se asociaran al compromiso que tenga la familia en la búsqueda de bienestar, la capacidad para hacer frente a los problemas, la capacidad de utilizar estrategias disponibles en la solución de problemas y la calidad de comunicación que esta tenga. Lo encontrado en este estudio, se ve reafirmado con lo planteado por el autor Ortiz (1999) donde expresa que existen familias que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad.

Otra dimensión relevante de discutir, es Estado de ánimo y emociones, esta variable se asocia de modo significativo solamente con los factores optimismo y compromiso que forman parte de la dimensión identidad familiar de la escala de estilos de funcionamiento familiar. De modo que se puede inferir que las experiencias depresivas que afectan el

estado de ánimo y las emociones 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.

En la muestra evaluada se pudo observar que la dimensión Relación con los padres del cuestionario KIDSCREEN, se asocia de forma estadísticamente significativa con la dimensión Identidad Familiar y la dimensión Estilo de Afrontamiento, apreciándose niveles muy por debajo a la media referencial. Esta correlación resulta coherente con lo esperado a partir de los planteamientos teóricos que define a estas variables. Para comprender estos resultados se debe revisar lo planteado por diversos autores, entre estos, Ulloa et al., (1994), quien señala que la familia como grupo primario de apoyo puede ser también sentida como una fuente de estrés sobre todo en el periodo de la adolescencia, en donde el joven y la familia deben reactualizar sus roles y límites en términos del logro de autonomía en la cercanía afectiva y el logro de cierta independencia para poder decidir actividades y preferencias (Florenzano, 1995). Este contexto prima como una base fundamental para comprender las interacciones entre padres e hijos, sobre todo en casos de riesgo vital como es la probabilidad de suicidio en los adolescentes que padecen este tipo de patología, es ahí la relevancia del apoyo que el terapeuta debe entregar a los padres en el manejo de sus intervenciones en el contexto de una crisis (Almonte et., 2003).

En relación a las dimensiones Entorno Escolar, Autopercepción y Aceptación Escolar, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables y las dimensiones del Estilo de Funcionamiento Familiar. Se puede hipotetizar que no existe asociación entre estas dimensiones, por ser variables que no necesariamente están vinculadas a la familia. Por un lado, la dimensión Autopercepción, explora cuán seguros y satisfechos están de sí mismo los adolescentes, así como de su apariencia física, siendo de una vivencia más bien interna. Por otra parte, las dimensiones Entorno Escolar y Aceptación Escolar, son de carácter extrafamiliar, donde se examina la percepción del adolescente sobre su capacidad cognitiva, sus sentimientos sobre la escuela, profesores y analiza la percepción de no ser aceptado por sus compañeros de escuela.

En síntesis y de acuerdo a los resultados de la investigación, se aprecia que los adolescentes diagnosticados con depresión en centros de salud pública autoreportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares.

Si bien en la literatura no se encontraron estudios que correlacionen la relación exacta entre estas variables en esta población en específico, si se observan otras publicaciones que otorgan información relevante para comprender este hallazgo (Caqueo y Lemos, 2008; Palomar, 1999).

De los hallazgos en las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se observa que las mujeres tienen menores puntajes que los hombres, a excepción de la dimensión Entorno Escolar. En el caso del estudio nacional de la CVRS en adolescentes chilenos de la población general, la excepción estuvo dada en las dimensiones Entorno Escolar, Aceptación Escolar y Amigos y Apoyo social (Molina et al., 2012).

En base a lo anterior los resultados obtenidos en esta investigación concuerda con algunos de los estudios revisados, dónde igualmente las mujeres tuvieron medias más bajas que los hombres en casi la totalidad de las dimensiones (Urzúa y Mercado, 2008; Urzúa et al, 2009 y Molina et al., 2012).

Los puntajes más bajos se encuentran en la dimensión Bienestar Psicológico, Bienestar Físico y dimensión Estado de Ánimo y Emociones, especialmente en las mujeres. Al comparar de modo descriptivo estos resultados con el estudio realizado con preadolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo, existe coincidencia en que la dimensión Estado de Ánimo y Emociones presente puntuaciones consideradas de riesgo de acuerdo al marco referencial (por debajo a 42 puntos) (Urzúa, Avedaño, Diaz y Checura, 2010).

Se puede hipotetizar que estas dimensiones se pueden ver más afectadas por la patología que padecen los participantes, debido a que de manera similar, estudios reportan que pacientes con trastornos depresivos presentan peores niveles de Calidad de Vida Relacionada con la Salud al compararlos con pacientes que padecen otros trastornos y/o

grupo control (Wells et al., 1989; Sawyer et al. 2002; Zikić, Tosić-Golubović & Slavković, 2010).

Uno de los estudios que inició la discusión en torno a la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, fue el Estudio de Pronóstico Médico (*Medical Outcomes Study*), en el cual los pacientes con depresión fueron comparados con pacientes con diabetes e hipertensión, obteniendo como resultado que los pacientes que padecían depresión tenían un mayor deterioro físico y social con una peor calidad de vida (Wells et al., 1989). Asimismo, los hallazgos obtenidos por Zikić, Tosić-Golubović & Slavković (2010), señalan que el impacto de la depresión unipolar en la CV fue significativo. Los pacientes tenían puntuaciones significativamente más bajas en cuatro dominios de Calidad de Vida (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente) en comparación con los controles sanos. La mayor influencia fue en los dominios físico y psicológico, resultados que concuerdan con lo obtenido en esta investigación.

De esta manera, cobra importancia el uso de cuestionarios que midan la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los pacientes que padecen depresión, ya que de acuerdo a lo indicado por la literatura científica, han mostrado ser sensibles en diferenciar a los pacientes con depresión de los controles.

Los puntajes medios obtenidos en la dimensión Relación con los padres y vida familiar y la dimensión Recursos económicos muestran puntajes por debajo de 42, considerados puntajes de riesgo, de acuerdo a lo planteado en el marco referencial (Revicki, 2006; Guyatt, 2007, citado en Molina et al., 2012). Diversos estudios señalan que si bien la familia puede convertirse en una de las principales fuentes de apoyo de la persona a lo largo de la vida, los vínculos familiares altamente valorados, pueden generar insatisfacción y frustración en la medida en que no están presentes o son fuente de conflicto (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010).

La percepción de la dimensión Amigos y Apoyo Social, Autonomía y Aceptación Social tiene puntajes sobre los 42 puntos. Obteniendo los puntajes más altos de este estudio, sin embargo, se encuentran igualmente bajos. En términos evolutivos, en este periodo cobra

mayor importancia la relación con los pares en el colegio, buscando mayor aceptación, por lo que se le da más atención a la opinión dadas por ellos, haciéndose presente con mayor frecuencia el bullying en este entorno. De acuerdo a lo señalado por Krauskopf (2000), las actividades cotidianas de los adolescentes están marcadas por la orientación del grupo de pares.

En relación a la dimensión Autonomía, los adolescentes de esta muestra obtuvieron bajas puntuaciones. Este hallazgo se puede complementar con lo señalado por algunos autores, quienes consideran en términos evolutivos, que aquellos adolescentes que se encuentren en un estado de privación emocional y/o económica, serán víctimas de la desesperanza. Tendrán dificultades para aspirar a la realización personal y participación social, favoreciéndose el surgimiento de acting out y de reacciones depresivas (Krauskopf, 2000; Micussi, 2005).

De acuerdo a lo analizado se da cumplimiento al objetivo específico, referente a describir las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, sin embargo, se cumple de modo parcial la segunda hipótesis planteada en esta investigación, referente a que los hombres difieren en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con las mujeres. Si bien se observó que existen diferencias en las medias de los hombres y las mujeres, solamente se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social, apreciándose que la media de los hombres es superior a la obtenida por las mujeres. Zikić, Tosić-Golubović & Slavković (2010), en su investigación con pacientes con depresión encontraron que no hubo diferencias en la CV entre los pacientes masculinos y femeninos.

A partir de estos análisis, se cuenta con una aproximación al perfil del adolescente que padece depresión y de sus percepciones en diez dimensiones fundamentales para su desarrollo, que abarca el bienestar físico y psicológico, la autonomía, estado de ánimo y emociones y las relaciones con sus pares, familia y escuela. En términos generales, los datos proporcionados pueden constituirse en un marco de referencia al momento de utilizar el instrumento KIDSCREEN-52 en la evaluación de la CVRS de adolescentes que padecen depresión.

Referente a describir cada dimensión del Estilo de Funcionamiento Familiar de adolescentes con diagnóstico de Depresión, se observó una percepción negativa en cada una de las dimensiones de esta variable. Los adolescentes de esta muestra presentan puntuaciones por debajo a la media teórica, siendo las dimensiones Estilo de Afrontamiento e Información Compartida, las que puntúan más bajo. Dado lo anterior se puede aseverar que la capacidad de la familia para utilizar estrategias en la solución de problemas, la comunicación y la capacidad de escuchar a los demás miembros de la familia, son aspectos que se encuentran considerablemente debilitados en el entorno familiar de los participantes de este estudio. Los cuales de acuerdo al modelo teórico presentado por Dunst, Trivette y Deal (1988), deben ser modificados o trabajados exhaustivamente en la intervención que se pretenda realizar con las familias. Esta información concuerda con los estudios revisados donde se ha identificado que los estilos de funcionamiento en familias con individuos con trastorno depresivo son menos adaptativos (Jewell and Stark, 2003, Leyva et al., 2006; Pávez et al., 2009).

En la literatura sobre el tema se observa que existen factores del funcionamiento familiar que se constituyen en condiciones de riesgo para la salud de los miembros de una familia. Al respecto, investigaciones apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente. Entre los aspectos del funcionamiento familiar asociados a condiciones de riesgo se encuentran: el grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros (Florenzano, 1998; Palomar, 1999; Ortiz y Lauro, 1996; Navarro et al., 2007).

Por otra parte, los hallazgos de este estudio muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre lo percibido por los hombres y lo percibido por las mujeres en cuanto al Estilo de Funcionamiento Familiar, por tanto, se puede asumir que el sexo no condiciona el tipo o modo de funcionar del grupo familiar de estos adolescentes.

Se podría hipotetizar que los adolescentes pudieran tener una peor percepción del estilo de 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 (Almonte, Sepúlveda, Valenzuela y Avedaño, 1990; Sepúlveda, 2006).

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. Siguiendo lo anterior, habría sido interesante contar con la percepción de funcionamiento familiar de los padres, siendo relevante establecer comparaciones entre ambas percepciones (adolescentes y padres).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se destaca el tamaño reducido de la muestra, lo cual se considera pudo haber influido en los resultados obtenidos, es probable que el tamaño relativamente pequeño redujera la capacidad para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, es importante resaltar las dificultades para acceder a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para esta investigación, por lo que se pudo constatar en el procedimiento de contacto con los centros de salud, los adolescentes no consultaban con frecuencia.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que todas las medidas fueron obtenidas mediante auto informes y la extensión de la batería de cuestionarios aplicada pudo causar fatiga e influir en la disposición del participante.

En relación con el diseño de estudio, en esta investigación se utilizó uno de tipo trasversal, sin embargo, se considera que dado a las características de la patología, que es de carácter recurrente en la mayoría de los casos, sería apropiado realizar investigaciones que puedan evaluar a los adolescentes pre y post tratamientos, incluyendo la medición de estas dos variables que integre el factor temporal. Lo cual se considera de suma relevancia en este tipo de estudios y ayudarían a enriquecer el conocimiento que se tiene de este tipo de problemáticas de salud mental.

Otra de las limitaciones de la investigación es que al ser un estudio de tipo correlacional no se sabe cuál es la direccionalidad de las variables, por lo que los resultados no indican si existe una relación causa-efecto entre estas. Además, al no poder controlar las variables no es posible saber si existe alguna otra variable no observada que podría estar influyendo o causando la relación.

A modo de proyección, futuras investigaciones deberían centrar su estudio en las características socioculturales que favorecen o potencian la Calidad de Vida de los pacientes; conociendo estas variables se esperaría lograr una mejor intervención y, por ende, un mejor curso del trastorno.

Se considera necesario, continuar con estudios en relación a la CVRS y el funcionamiento familiar, en especial, en adolescentes con depresión, ya que existe escasa información al revisar la literatura existente, tanto en Chile como en otros países. Además, estos estudios podrían enfocarse en la construcción de programas de intervención dirigidos a adolescentes, ya sea en contextos educacionales, familiares o de salud, que contribuyan a fortalecer el estilo de funcionamiento familiar y la CVRS de esta población.

Se recalca la integración de la familia y el conocimiento de calidad de vida de los pacientes con depresión, puesto que resulta necesario para evaluar de forma integral los resultados terapéuticos, ya que la información sobre el estilo de funcionar de su grupo familiar y el modo en que perciben su calidad de vida, permite conocer los recursos psicosociales necesarios para mejorar su situación.

Desde los planteamientos de Almonte, Montt y Correa (2003) se destaca que en prevención terciaria resulta necesario integrar a la familia en el trabajo terapéutico multidisciplinario en niveles de tratamiento mediato e inmediato. En este sentido, desde los hallazgos detectados en el presente estudio, se considera relevante desarrollar mecanismos de comunicación familiar expeditos en donde se potencia una mayor estabilidad en los roles y un manejo eficiente en la resolución de problema por parte del adolescente y su familiar.

En síntesis, resulta trascendental continuar investigando en torno a esta temática, sobre todo al tomar en consideración los importantes hallazgos de este estudio, en el cual se exploró que aspectos del funcionamiento familiar, desde la perspectiva de los propios afectados, están asociados a la percepción que ellos tienen sobre sus niveles de CVRS, encontrándose un panorama desfavorable. 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 adolescentes con depresión, haciendo diferenciaciones por género y estrato socioeconómico, ya que se cuenta con poca información de estudios con muestras clínicas en Chile y de esta manera se podría contribuir al desarrollo de políticas públicas en salud, que promuevan la CVRS en estos adolescentes, considerando que son el grupo más alejado de los centros de atención primaria en salud.

Es importante integrar estas medidas en los centros de salud pública, estos conceptos han permitido complementar las evaluaciones del estado de salud de los adolescentes que padecen depresión aportando información comprensiva, poniendo el énfasis en el funcionamiento cotidiano de los sujetos y su ambiente inmediato, la familia. Lo anterior, resulta un aporte sustancial en el quehacer del psicólogo clínico infanto juvenil.

6. Referencias

- ADIMARK. (2000). El Nivel Socio Económico Esomar. Manual de Aplicación. Recuperado en octubre 13, 2010 de <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>.
- Almonte, Sepúlveda, Valenzuela y Avedaño. (1990). Desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años. *Rev Psiquiatr VII (2)*,451-59.
- Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Chile: Editorial Mediterráneo.
- American Academy of child and Adolescent Psychiatry. (2000). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics, 10*, 1-4
- Araya, R., Rojas, G., Fristch, R., Gaete, J., Rojas, M. & Simón, G. et al. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago. *Lancet, 361*, 995-1000.
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultura* (3er Ed.). México DF: México: Pearson Prentice Hall.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. *DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. (4ª Ed.). Barcelona: España: Masson, 2002.
- Berger, P. & Luckman, T. (2003). *La construcción social de la realidad (18ed)*. Buenos Aires: Argentina: Amorrortu.

- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México DF: México: Fondo de Cultura Economía.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En Dulanto, E. (Ed.) *El Adolescente*: México DF: México: Ed. Mc Graw Hill. 656 – 672.
- Blum, R. & Halcon, L. (2003). Adolescent health in the Caribbean: Risk and Protective Factors. *J. Public Health*; 93,456-60.
- Brent, D. (2007). Antidepressants and Suicidal Behavior: Cause or Cure? *Am J Psychiatry*, 164,989-92.
- Brent, D. & Weersing R. (2008). *Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. (5ª Edition)*. London: Oxford: New Cork, Blackwell Publishing. 587- 612.
- 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.
- Cáceres, C. & 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. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
- Dallal, E. & Castillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. En Dulanto, E. (Ed.). *El adolescente*: México DF: México: Mc Graw Hill. 1300-1331.
- Dunst, C. J., Trivette, C. & Deal, A. (1988). *Enabling and empowerment families. Principles and guidelines for practice*. Cambridge: EE. UU: Brookline Book, Inc.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. (1988). A family systems model of early intervention with

- handicapped and developmentally at- risk children. In D. Powell. *Parent education as early childhood interventions: Emerging directions in theory, research, and practice*. New Jersey: EE. UU: Nowood Ablex Publishing. 131-180.
- Durán, E. (2005). Psicofarmacología de los antidepresivos. Conferencia presentada en Seminario “*Nuevas terapias para la depresión*”. Sociedad chilena de salud mental. Santiago, Chile.
- Escardo, F. (1992). *Anatomía de la vida familiar*. Buenos Aires: Argentina: Ediciones Lidiun.
- Florenzano, R. (1992). La familia como factor de riesgo, adolescentes y familia en Chile. *Creces*, 7, 24-34.
- Florenzano, R. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago: Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Florenzano, R. (2005). Conductas de riesgos adolescentes y factores protectores. En Florenzano y Valdés. *El Adolescente y sus conductas de Riesgo*. Santiago: Chile: Ed. Universidad Católica de Chile. 99 -112.
- García, R. (2003). Trastorno del Ánimo. En Almonte, C., Montt, M. E. y Correa, A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*: Santiago: Chile: Ed. Mediterráneo. 369 – 381.

- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J. & Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 718–726.
- Grau, T. (2007). Estudio del funcionamiento de familias ensambladas. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología Clínica. Universidad Adolfo Ibañez. Santiago: Chile.
- Gregory, Clarke, Lynn & Debar. (2010). Group Cognitive- Behavioral Treatment for Adolescent Depression. En John, R., Weisz A. y Kazdin, E. *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*: New York: Estados Unidos: Ed. The Guilford Press. 110-125.
- 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.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: México: Ed. MCGraw Hill.
- Hernández, M., Triana, B. & Rodríguez, G. (2005). Variables personales y contextuales implicadas en la elaboración del concepto explícito de familia. *Infancia y Aprendizaje*, 28, (2),179-190.
- Herrero L., Sabanes, F. & Payés, E. (1983). *Trastorno depresivo en la práctica diaria*. Barcelona: España: Ed. Hoechs Ibérica.
- Hidalgo, G. (1999). Evaluación del funcionamiento familiar de familias con y sin riesgo biopsicosocial. *Rev. PSYKHE*, 8, 85-104.

- Ingram, R., Miranda, J., Segel, Z. (1998). *Cognitive vulnerability to depression: The Guilford Press. New York. EE.UU.*
- Inhelder, B & Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: EE.UU: Basic books.*
- Jewell, J. & Stark, K. (2003). Comparing the Family Environments of Adolescents with Conduct Disorder or Depression. *Journal of Child and Family Studies, 12, (1): 77.*
- Kovacs, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil: Manual. Madrid: España: Ed. TEA.*
- Koyama, A., Akiyama, T., Miyake, Y., & Kurita, H. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58, 495-500.*
- Krauskopf, D. (2000). El desarrollo psicológico del adolescente. En Montenegro, H. y Guajardo, H. *Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago: Chile: Editorial Mediterráneo. 347 – 356.*
- Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. En Valdivia, M. y Condeza, M. (Eds.) *Psiquiatría del adolescente. Santiago: Chile: Editorial Mediterráneo. 145-152.*
- Larraín, 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 Diagnóstico del Funcionamiento Familiar en población chilena. *Psyche, (12)1,195-211.*

- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D; & Gotlib, I. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 122(3): 353 – 63.
- Leibovich de Figueroa & Schmidt, V. (2010). *Eco evaluación psicológica del contexto familiar: Aspectos teóricos y empíricos: Adaptación argentina de escala Faces III*. Buenos Aires: Argentina. Edit. Guadalupe.
- 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.
- Loubat, O., Aburto M. y Vega A. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Revista Terapia Psicológica*, 26: 189-197.
- Macías R. (1994). *Antología de la sexualidad humana II*. (1 Ed). México DF: México: Editora Migunicosel Porrúa.
- Mendoza, L., Soler, E. Sainz, L. Gil, I., Mendoza, H. y Pérez, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 2006, 8(1): 27-32. Recuperado el 30 abril de 2011 de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/em-amf.htm>
- Micucci, J. (2005) *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y del control*. Buenos Aires: Argentina: Ed. Amorrortu.

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (1996). *Estudio carga de enfermedad*. Recuperado el 20 de Mayo de 2010 desde el sitio: <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>.

Ministerio de Salud de Chile (2005). *Prioridad Programática: Personas Afectadas por Depresión*. Recuperado el 17 de Mayo de 2010 desde el sitio: <http://www.minsal.cl>.

Ministerio de Salud de Chile (2006). Encuesta de calidad de vida. Recuperado el 30 de Octubre de 2012 desde el sitio: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/index.htm>

Ministerio de Salud de Chile (2011). Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes. Recuperado el 30 de diciembre de 2012 desde el sitio <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7c3deca300d7890e0400101640129e5.pdf>

Ministerio de Salud Chile (2012). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Recuperado el 30 de diciembre de 2012 de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Minuchin, S. (1974). *Un modelo familiar*. Barcelona: España: Ed. Gedisa.

Miranda, A. (2005). *Diagnóstico del trastorno de depresión en adolescentes del colegio Bernadette y elaboración de una propuesta de acción orientadora*. Tesis para optar al grado de académico Magister en Educación, mención orientación educacional y consejería vocacional. Universidad de Santiago de Chile. Santiago. Chile.

- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, A., Salazar, D. & Sepúlveda, R. (2012). *Proyecto Domeyko. Universidad de Chile. Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionado con la Salud en Adolescentes Chilenos*. Santiago: Chile: Ediciones Radio Universidad de Chile.
- Moreno, B. (2009). Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN*;(35) 1, 50-6.
- Muñoz, F. (2011). *Análisis estructural de sistemas familiares con un adolescente que cursa un síndrome depresivo*. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Santiago.
- Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial*. Madrid: España: Ed. Síntesis.
- Ortiz, M. (1999). La Salud Familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 439-45.
- Ortiz, M. y Lauro, I. (1996). Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(1),12-6.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Young people's health – a challenger for society*. Recuperado el 17 de Agosto 17 de 2012 desde el sitio: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *CIE- 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: España: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2000). *La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe salud para todos en el año 2000*. Recuperado el 30 de Octubre, 2012, de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Recuperado el 25 de Octubre 25 de 2012 desde el sitio: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Recuperado el 3 de Marzo del 2012, de: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf

Palomar, J. (1999). Relación entre el Funcionamiento Familiar y calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Ment*, 22 (6),13-21.

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.

Pelkonen, M. & Marttunen M. (2003). Child and adolescent suicide. *Pediatr Drugs*, 5, 243-65.

Piaget, J. (1973). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: España: Editorial Seix Barral SA.

Polaino – Lorente, A. y Martínez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatología de la familia*. Madrid: España: Ediciones Rialp, S.A. Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra.

- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil: Una aproximación conceptual. *Rev Psicología y Salud; 18 (1)*,37-44.
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, V. & Alonso J. (2001). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la infancia y adolescencia: Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria; 15 (4)*, 34-43.
- 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.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al. (2008). *Rutter's childs and adolescent psychiatry*. EE.UU: Edit. Blackwell Publishing Limited. 605-612.
- Saunders, J. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 95-113.
- Sawyer, M., Whaites, L., Rey, J., Hazell, P., Graetz, B., Psych, M., & 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.
- Sepúlveda, Almonte, Valenzuela y Avendaño. (1991). Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años. *Revista Chilena de Pediatría (62:6)* 396-403.

- Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En Valdivia, M. y Condeza, M. *Psiquiatría del Adolescente*. Santiago: Chile. Editorial Mediterráneo. 19 – 36.
- Sepúlveda, G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En Cartografía de la psicología contemporánea. Santiago: Chile: Edit. Kaulino, Stecher, Lom.
- Suárez, G. & Villena, T. (2001). Preocupaciones del adolescente desde su propia óptica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (1), 50-55.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Rev Ciencia y enfermería*, 2003; IX (2), 9-21.
- Ulloa, F. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 3, 187-183.
- Urzúa, A. (2008). *Calidad de Vida en Salud*. Santiago: Chile: Ediciones Universidad Católica del Norte.
- Urzúa, A., Avedaño, F., Díaz, S. y Checura, D. (2010). Calidad de Vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Rev. Chilena de Nutrición*; 37 (3), 282-292.
- Urzúa, A. y Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del KIDDO-KINDL. *Rev. Terapia psicológica*; 26, (1), 133-141.

- Urzúa, A., Cortes, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009). Autorreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Rev. Chilena de Pediatría*; 80 (3), 238-244.
- Verdugo, S. (2002). Evaluación de la percepción de Calidad de Vida en la infancia. *Rev Psicothema* 14 (1), 86-91.
- 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. *Rev Med Chile*, 140,447-457.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev. Médica Chile*; 130, 527 – 536.
- Wells, K., Stewart, A., Hays, Rd., Burnam, Ma., Rogers, W. & Daniels, M. et al. (1989). The functioning and wellbeing of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-9.
- Weinreich, M. & Hidalgo, C. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhe* 13(1), 33-42. Recuperado en Octubre 13, 2012, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282004000100003&script=sci_arttext
- Zikić, O., Tosić-Golubović, S. & Slavković, V. (2010). Quality of life of patients with unipolar depression. *Rev. Medline*; 63(1-2),113-116.
- Zubarew, T. & Laval, L. (2003). Guía para la supervisión de salud del adolescente. En Zubarew, T., Romero, M. & Poblete, F. *Adolescencia. Promoción, prevención y atención de salud*. Santiago: Chile: Ed. Universidad Católica de Chile. 85-102.

7. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Calidad de Vida Relacionada con la Salud KIDSCREEN -52.



KIDSCREEN - 52

Estudio de Salud y bienestar de niños/as y adolescentes

Cuestionario para niños/as y adolescentes

de 8 a 18 años.

¡Hola!

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente. Cuando pienses en tus respuestas, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta es la primero que se te viene a la mente? Escoge la alternativa que más se acerque a tu respuesta y márcala con una cruz.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es importante que contestes todas las preguntas y que podamos ver con claridad tus respuestas. No tienes que mostrar tus respuestas a nadie. Además, nadie que te conoce verá el cuestionario una vez que lo hayas terminado.

Por favor ,anotar fecha de hoy:

__/__/2011

¿Eres hombre o mujer?

Hombre

Mujer

¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

Día

Mes

Año

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

No

Si ¿Cuál? _____

1. Actividad física y salud

En general, ¿Cómo dirías que es tu salud?

1.

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Piensa en la última semana...

2. ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Has estado físicamente activo/a (ej. Corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

5. ¿Te has sentido lleno /a de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

2. Tus sentimientos

Piensa en la última semana

1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

4. ¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido alegre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Lo has pasado bien?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

2. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has sentido que en tu vida todo te sale mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido hartado/a (“chato/a”, “choreado/a”, “cabreado/a”)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Te has sentido bajo presión?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

4. Sobre ti

Piensa en la última semana...

1. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has estado contento/a con la ropa que usas?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has tenido envidia de cómo se ven otros/as niños/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

3. ¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana...

1. ¿Te han entendido tu mamá y/o papá?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido querido/a por tu mamá?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

3. ¿Te has sentido feliz en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Tu mamá y/o papá te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

7. Asuntos económicos

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

3. ¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

8. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...

1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has realizado actividades con otros/as niños/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

9. El colegio

Piensa en la última semana...

1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

4. ¿Has sido capaz de poner atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te ha gustado ir al colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

10. Clima escolar

Piensa en la última semana...

1. ¿Has tenido miedo de otros/as niños/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Se han burlado de ti otros/as niños/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te han amenazado o maltratado (física o psicológicamente) otros/as niños/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

¡Muchas gracias por tu participación!

Anexo 2: Escala de Estilos de Funcionamiento Familiar Dunst, Trivette y Deal

Escala de Estilos de Funcionamiento Familiar

INSTRUCCIONES

Este cuestionario se diseñó para evaluar algunas cualidades de los miembros de la familia y de su estilo de funcionamiento, atendiendo especialmente a su cohesión y adaptación a los cambios que ocurren en la vida de familia. Al contestar indique usted, por favor, si dichas cualidades se manifiestan en su familia y el modo en que lo hacen.

Recuerde que cada familia tiene unas aptitudes diferentes respecto de otras familias y que, por eso, **no existen contestaciones verdaderas o falsas**. Por favor, conteste **con sinceridad**.

Anote sus contestaciones **rodeando con un círculo uno de los números que aparecen en la HOJA DE RESPUESTAS**, en función de que lo que se describe en la pregunta coincide lo más exactamente posible con lo que ocurre en su familia. Cada una de estas preguntas tiene cinco posibles respuestas (1, 2, 3, 4 ó 5) en función de la frecuencia con que sucede esa conducta, tal y como se presenta en el siguiente cuadro:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Muy de vez en cuando	Término medio	Con frecuencia	Casi siempre

Lea atentamente cada cuestión y las diversas posibilidades de respuesta; así le será más fácil decidirse por una determinada. Si no puede dar una respuesta exacta a alguna pregunta, conteste lo que más se aproxime a lo que usted piensa que sucede, pero, por favor, **no deje ninguna en blanco**. Si le resulta más fácil, hágasela siguiente pregunta para contestar cada cuestión:

¿Cuántas veces...?

1	2	3	4	5
Casi nunca	Muy de vez en cuando	Término medio	Con frecuencia	Casi siempre

¿Cuántas veces...?

1. Hacemos sacrificios personales si con ello ayudamos a nuestra familia.
2. Estamos de acuerdo en cómo deben actuar los miembros de nuestra familia.
3. Pensamos que hay algo bueno incluso en las peores situaciones.
4. Estamos orgullosos hasta de los más pequeños logros de cualquier familiar.
5. Nos ayuda compartir nuestros asuntos.
6. Nuestra familia permanece siempre unida a pesar de cualquier dificultad que tengamos.
7. Podemos pedir ayuda a alguien de fuera de nuestra familia si lo necesitamos.
8. Estamos de acuerdo en las cosas que son importantes para nuestra familia.
9. Buscamos cosas que hacer para alejar las preocupaciones de la cabeza.
10. Intentamos mirar el lado positivo de las cosas.
11. En nuestra familia todos entendemos las normas de comportamiento aceptables.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Muy de vez en cuando	Término medio	Con frecuencia	Casi siempre

¿Cuántas veces...?

12. Nuestros amigos y familiares nos ayudarían si lo necesitáramos.
13. Nuestra familia es capaz de tomar decisiones sobre lo que se debe hacer cuando tenemos problemas.
14. Intentamos olvidar nuestros problemas durante un tiempo cuando parece que son insuperables.
15. Cada uno de nosotros es capaz de escuchar las dos versiones de una historia.
16. Buscamos tiempo para acabar cosas que son importantes.
17. Podemos confiar en el apoyo de los demás cuando algo va mal.
18. Hablamos sobre las diferentes formas de tratar y solucionar los problemas.
19. Nuestra relación familiar durará más que nuestras pertenencias.
20. Tomamos decisiones importantes como, por ejemplo, cambiar de trabajo, si es mejor para la familia.
21. Podemos apoyarnos unos en otros cuando ocurre algo inesperado.

HOJA DE RESPUESTAS

Fecha:

Rodee, por favor, con un círculo la respuesta adecuada para cada pregunta

1.	1	2	3	4	5		12.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5		13.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5		14.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5		15.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5		16.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5		17.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5		18.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5		19.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5		20.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5		21.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5							

PUNTUACIÓN DE FACTORES

Escriba, por favor, la puntuación directa de cada ítem en su cuadro destacado correspondiente. Sume las columnas para obtener la puntuación de cada factor.

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
Totales						

Nota: Las celdas destacadas corresponden a los ítemes por factor.

Suma puntuaciones directas obtenidas en la hoja de Puntuación de Factores

Factor N°1	Factor N°2	Factor N°3	Factor N°4	Factor N°5	Factor N°6

Area de puntuaciones equilibradas

Factores	Identidad Familiar				Estrategias de enfrentamiento	Información Compartida	Media
	<u>N°1</u>	<u>N° 2</u>	<u>N° 4</u>	<u>N° 5</u>	<u>N° 3</u>	<u>N° 6</u>	
					20		
					19,6		
					19	15	
	15,3	20,6	15,3				14,1
	15	20	15		18	14	
				20,7			
	14	19	14	20	17	13	
	13,1	18,5	13,0	18,6	16,0	11,4	
	12	17	12	17	15	10	
		16,4		16,6			
	11	16	11	16	14	9	
	10,9		10,8				8,8
	10	15	10	15	13	8	
					12,5		
	9	14	9	14	12	7	
	8	13	8	13	11	6	

Anexo 3: Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales / Facultad de Medicina
Magíster en Psicología
Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Depresión en centros de salud pública”

En el marco del Programa de estudios del Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile se está realizando una investigación cuyo objetivo es Evaluar la Calidad de Vida y Funcionamiento familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, con diagnóstico de Depresión Mayor atendidos en Centros de Salud Pública.

La presente es una invitación para que su hijo/a participe en esta investigación en forma voluntaria, y en ella le entregaremos toda la información necesaria.

Si usted permite que su hijo/a participe de este estudio, él/ella tendrá el derecho a retirarse en el transcurso de la investigación si lo estima conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él/ella.

En esta investigación participarán adolescentes de 15 a 18 años, quienes contestarán cuatro cuestionarios, que dura aproximadamente 15 a 25 minutos cada uno, sobre temas con respecto a la percepción que tiene ellos sobre su Calidad de vida y la forma en qué funciona su familia.

Si usted y su hijo/a deciden participar en esta investigación, el terapeuta de su hijo/a lo citará en un día señalado con anterioridad para la aplicación de los cuestionarios. La participación de su hijo/a en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para él/ella. Además, usted y su hijo/a no recibirán ninguna compensación o ayuda económica por su participación. Sin embargo, la participación de su hijo/a en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

Durante el estudio, requeriremos revisar la ficha clínica de su hijo/a a fin de obtener los datos de identificación y conocer el diagnóstico. No obstante, la información obtenida será tratada confidencialmente, es decir, se resguardarán los nombres y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la psicóloga Elizabeth Claudia Suárez Soto, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico psicologa-elizabeth@hotmail.com o al teléfono 9-1996307.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a sea encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo el anonimato de mi hijo/a.

Firma de la madre y/o el padre

Firma de la investigado

Lugar y fecha _____

Anexo 4: Asentimiento Informado.



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales / Facultad de Medicina
Magíster en Psicología
Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

ASENTIMIENTO INFORMADO

“Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar en Adolescentes con Depresión en centros de salud pública”

En el marco del Programa de estudios del Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile se está realizando una investigación cuyo objetivo es Evaluar la Calidad de Vida y Funcionamiento familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, con diagnóstico de Depresión Mayor atendidos en Centros de Salud Pública.

La presente es una invitación para que participes en esta investigación en forma voluntaria, y en ella te entregaremos toda la información necesaria.

Si decides participar de este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

En esta investigación participarán adolescentes de 15 a 18 años, quienes contestarán cuatro cuestionarios, que dura aproximadamente 15 a 25 minutos cada uno, sobre temas con respecto a la percepción que tienen sobre su Calidad de vida y la forma en qué funciona tú familia.

Si decides participar en esta investigación, tú terapeuta te citará en un día señalado con anterioridad para la aplicación de los cuestionarios. Tu participación en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti o tu familia. Además, no recibirás ninguna compensación o ayuda económica por tu participación. Sin embargo, el que participes significará un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

Durante el estudio, requeriremos revisar tú ficha clínica con a fin de obtener datos de identificación y conocer el diagnóstico. No obstante, la información obtenida será tratada confidencialmente, es decir, se resguardarán los nombres y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la psicóloga Elizabeth Claudia Suárez Soto, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico psicologa-elizabeth@hotmail.com o al teléfono 9-1996307.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a ser encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma de adolescente

Firma de la investigadora

Lugar y fecha _____

Anexo 5: Carta de autorización.



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales / Facultad de Medicina
Magíster en Psicología
Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

CARTA AUTORIZACIÓN CONSULTORIO (NOMBRE)

Yo,.....
Director(a) del consultorio,
declaro:

Conocer en forma general el proyecto “Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública” desarrollado por la psicóloga Elizabeth Claudia Suárez Soto.

Autorizó su ejecución con pacientes del consultorio, además de facilitar las actividades que el proyecto implica, como la revisión de fichas clínicas y aplicación de cuestionarios a los adolescentes en el contexto de la investigación.

Sin otro particular.

Firma director(a)

Lugar y fecha_____

Anexo 6: Ficha y criterios de selección de la muestra

Ficha de Caracterización de la muestra

Fecha de reporte.....

Evaluador.....

I.- Antecedentes Personales:

Edad

Sexo 1. Femenino 2. Masculino

Curso Actual

No asiste Último curso rendido

Tipo de establecimiento

1. Público

2. Subvencionado

3. Privado

4. No sabe

Nombre del establecimiento.....

II.- Diagnóstico CIE-10

1. Episodio Depresivo Leve

2. Episodio Depresivo Moderado

Otro Trastorno psiquiátrico:

.....

Otra enfermedad Médica:

.....

III.- Antecedentes Familiares (Marcar sólo una alternativa)

a) Con quién vive (sólo adultos):

- 1. Madre sola
- 2. Padre solo
- 3. Ambos padres
- 4. Ambos padres y otros
- 5. Abuelos paternos
- 6. Abuelos maternos
- 7. Madre y padastro
- 8. Padre y madastra

9. Otro especificar.....

b) ¿Quién es el principal sostenedor del hogar?.....

c) Nivel educacional del jefe de hogar:

	Madre	Padre	Otro
1. Sin estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Educación básica incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Educación básica completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Educación media incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Educación media completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estudios superior nivel técnico completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estudios superior nivel técnico incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estudios superiores o universitarios completos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estudios superiores o universitarios incompletos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas personas están viviendo en tu hogar incluyéndote a ti?

Total personas

¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar?

- 1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, “pololos”, cuidador de autos, limosna).
- 2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
- 3. Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).
- 4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario
- 5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
- 6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

Criterios de selección de la muestra.

Criterios de inclusión:

Edad entre 15 y 18 años. Cuál.....

Diagnóstico reciente (menos de 1 mes) de episodio depresivo leve o moderado, según criterios diagnósticos del CIE-10.

Cuál.....

Capacidad cognitiva normal para responder los cuestionarios.

Acepten contestar voluntariamente los cuestionarios.

Consentimiento Informado

Asentimiento Informado

Criterios de exclusión:

Sintomatología psicótica.

Enfermedades físicas crónicas.

Trastorno Bipolar.

Abuso de sustancias severo

Anexo 7: Cuestionario de Depresión Infantil.

C.D.I

Edad: _____

Fecha: _____

Algunas veces los niños y adolescentes tienen diferentes sentimientos e ideas. Este cuestionario consiste en una lista de sentimientos e ideas.

De cada grupo elige una frase que te describa mejor en la últimas 2 semanas. Pon una cruz en el casillero frente a tu respuesta. Después de elegir una frase del primer grupo, pasa al siguiente grupo.

No existen respuestas buenas o malas. Simplemente elige la frase que describa mejor cómo te has sentido las últimas 2 semanas.

Aquí hay un ejemplo para que aprendas como se contesta: Pon una cruz en el casillero frente a la frase que mejor te describe.

Ejemplo:

<input type="checkbox"/>	Leo libros todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	Leo libros de vez en cuando
<input type="checkbox"/>	Nunca leo libros

Recuerda, elige la frase que mejor describa tus sentimientos e ideas durante las últimas 2 semanas. Pon una cruz en el casillero frente a tu respuesta.

1.-

<input type="checkbox"/>	Estoy triste de vez en cuando
<input type="checkbox"/>	Estoy triste muchas veces
<input type="checkbox"/>	Estoy triste siempre

2.-

<input type="checkbox"/>	Nunca me saldrá nada bien
<input type="checkbox"/>	No estoy seguro si las cosas me saldrán bien
<input type="checkbox"/>	Creo que las cosas me saldrán bien

- 3.- Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
- 4.- Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
- 5.- Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
- 6.- A veces pienso que me pueden pasar cosas malas
 Me preocupa que me pasen cosas malas
 Estoy seguro que me van a pasar cosas terribles
- 7.- Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
- 8.- Todas las cosas malas son culpa mía
 Muchas cosas malas son culpa mía
 No tengo la culpa que pasen cosas malas

- 9.- No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11. Siempre estoy preocupado
 Muchas veces estoy preocupado
 Rara vez estoy preocupado
12. Me gusta estar con la gente
 Muchas veces no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Me agrada mi apariencia física
 Hay cosas de mi apariencia física que no me gustan
 Me desagrada mi apariencia física
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas

No me cuesta ponerme a hacer las tareas

16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme
 Duermo muy bien

17. De vez en cuando me siento cansado
 Muchas veces me siento cansado
 Todo el tiempo me siento cansado

18. No me siento solo
 Muchas veces me siento solo
 Siempre me siento solo

19. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando
 Me divierto en el colegio muchas veces

20. Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
 No tengo amigos

- 21.- Me va bien en el colegio
 No me va tan bien en el colegio como antes

Me va muy mal en ramos que antes me iba bien

- 22.- Nunca hago las cosas tan bien como otros niños
 Si quiero puedo hacer las cosas tan bien como otros niños
 Hago las cosas tan bien como otros niños

- 23.- Nadie me quiere
 No sé si alguien me quiere
 Estoy seguro que alguien me quiere

- 24.- Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces
 Me peleo siempre

- 25.- Casi todas las noches tengo pesadillas
 A veces tengo pesadillas
 Casi nunca tengo pesadillas

- 26.- No me gusta jugar
 A veces me gusta jugar
 Me gusta jugar siempre

- 27.- Generalmente me siento feliz
 Sólo algunas veces me siento feliz
 Nunca me siento feliz

Anexo 8: Criterios Diagnósticos Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la Salud [CIE – 10]

A. Criterios generales para Episodio Depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.


D. Puede haber o no Síndrome Somático.

Episodio Depresivo Leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B (Criterios II). La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio Depresivo Moderado: La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio Depresivo Grave: Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Anexo 9: Acta de Aprobación de Proyecto. Comité de ética de Investigación en Seres Humanos.

	<p>UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS</p>	1/2
ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO		
FECHA:	10 MAYO 2012	
PROYECTO: CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA		
INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. VANIA MARTÍNEZ N.		
INSTITUCIÓN: CEMERA, CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.		
<p>Con fecha 08 de mayo de 2012, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.</p>		
<p>Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.</p>		
<p>Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original con fecha 16 de abril de 2012. Se adjunta aprobación de los siguientes documentos: Consentimiento Informado.</p>		
<p>En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.</p>		
<p><i>Teléfono: 9786923 Fax: 9786189 Email: ceiha@med.uchile.cl</i></p>		



2/2

UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS



**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

10 MAYO 2012

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Sí
Sra. Marianne Gaudlitz	Vicepresidente	Sí
Dr. Hugo Amigo	Miembro	Sí
Dr. Leandro Biagini	Miembro	Sí
Dra. Lucía Cifuentes	Miembro	Sí
Sra. Nina Horwitz	Miembro	Sí
Dra. María Eugenia Pinto	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall	Miembro	No

Santiago, 09 de mayo de 2012.



Sra. Marianne Gaudlitz H.
Vicepresidenta

MGH/mva
c.c: Archivo Proy. N° 013-2012.

Teléfono: 9786923 Fax: 9786189 Email: ceiha@med.uchile.cl

**Anexo 10: Resultados Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionada con la Salud
con adolescentes Chilenos**

Tabla: Medias de puntajes Rasch según sexo distribuidos en percentiles																	
Dimensiones		Mujeres								Hombres							
		N	Prom	Ds	Percentiles					N	Prom	Ds	Percentiles				
					10	25	50	75	90				10	25	50	75	90
Bienestar físico	T	4190	48.3	10.8	36.1	40.9	48.1	53.5	60.8	3717	52.7	11.2	38.5	45.7	50.7	60.8	66.9
Bienestar psicológico	T	4190	38.7	10.1	25.1	31.3	38.6	47.1	52	3719	40.0	9.9	28.2	33	38.6	47.1	52
Estado de ánimo y emociones	T	4189	42.7	10.6	30.3	36.8	42	48.9	55.1	3715	45.8	10.4	33.4	40.3	45.4	50.7	57.8
Autopercepción	T	4188	46.5	8.9	36.5	40.2	45.9	50.2	55.7	3715	49.6	9.1	38.4	44	47.9	52.7	59.6
Autonomía	T	4189	47.6	11.7	34.4	40.5	46.3	55.4	64.2	3706	49.9	11.4	36.5	42.4	48.3	55.4	64.2
Relación con los padres y vida familiar	T	4188	47.8	11.7	32.7	39.9	48.3	56.1	68.8	3716	49.3	10.9	36.9	41.4	48.3	56.1	68.8
Recursos económicos	T	4188	49.0	15.1	29.1	37	51	59.9	72.9	3712	49.7	15.1	29.1	37	51	59.9	72.9
Amigos y apoyo social	T	4189	54.2	11.1	40.3	46.9	53.3	59.9	74.7	3708	52.9	11.2	40.3	45.1	51	59.9	74.7
Entorno escolar	T	4190	49.4	9.1	39.3	42.6	49.5	55.2	59.9	3707	48.5	9.1	37.8	42.6	47.7	53.2	59.9
Aceptación social	T	4188	54.4	17.0	33.3	41.8	59.4	74.6	74.6	3700	52.2	16.2	33.3	41.8	48	59.4	74.6