

Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social en adolescentes chilenos en contextos de riesgo

^{1,2}Ortiz-Bermúdez, A.U., ^{1,2}Sánchez-Sandoval, Y. *

¹Universidad de Cádiz

²Instituto de Innovación e Investigación Biomédica de Cádiz (INIBICA)

*Contacto: yolanda.sanchez@uca.es

Resumen: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una evaluación subjetiva de la persona sobre su vida en relación a estándares normativos de su sociedad. En contextos de riesgo social es más probable observar una disminución del bienestar físico y mental en adolescentes. Estudiar la CVRS en población escolarizada favorece el uso de indicadores de bienestar para diseñar programas psicoeducativos, de salud y políticas públicas. Se analiza la CVRS de 246 estudiantes chilenos de 9 a 16 años, de contextos de alto riesgo social, según baremos nacionales, y su relación con variables sociofamiliares y apoyo social. Los participantes cumplieron KIDSCREEN-27 y EMAS (Escala Multidimensional Apoyo Social Percibido), sus familias un cuestionario sociodemográfico. Su CVRS fue significativamente inferior a las poblaciones de comparación. La CVRS fue inferior en las chicas, y a edades superiores. Los hijos de madres con mayor nivel educativo presentaron mayor CVRS. Una mayor percepción de apoyo social se relaciona con mayores niveles de CVRS. Se confirma la menor percepción de CVRS en adolescentes en contextos de muy alto riesgo, y la presencia del apoyo social como recurso asociado a mejor CVRS.

Palabras Clave: Calidad de vida, calidad de Vida Relacionada con la Salud, adolescente, apoyo social, riesgo psicosocial

Title: Health-related Quality of life and social support in Chilean adolescents from risky contexts

Abstract: Health-Related Quality of Life (HRQoL) is a subjective assessment that the person makes of his/her life in relation to the normative standards of the society to which the person belongs. In risky contexts, a decrease in physical and mental well-being is more likely to be observed in adolescents. The study of HRQoL promotes the use of well-being indicators to establish public policies and health programs in contexts of high social risk. This study analyzes the HRQoL of 246 vulnerable Chilean students (9 to 16 years old), to compare it with the Chilean and European standards of adolescent population, and analyze its relationship with socio-family variables and perceived social support. They completed the KIDSCREEN-27 and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, their parents provided sociodemographic data. The students showed significantly lower HRQoL than the comparison populations. Girls and older participants had lower HRQoL. Children of mothers with higher educational levels had greater well-being. Social support to the adolescents is associated with their perceived HRQoL. The lower perception of HRQoL in adolescents in high-risk contexts is confirmed. Support is presented as a resource associated with a better CVRS.

Keywords: Quality of life, health-related quality of life, adolescent, social support, psychosocial risk

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo multidimensional que incluye componentes físicos, psicológicos y sociales del bienestar del ser humano (Agathão et al., 2018; González-Cabrera et al., 2020; Martínez-Shaw et al., 2023). Consiste en una evaluación subjetiva que la persona hace de su vida, considerando las dimensiones que le permiten mejorar su estado de salud y bienestar (Santofimio Claro & Grisales Romero, 2020; Urzúa, 2010). A pesar del creciente interés por la CVRS, son escasos los estudios centrados en la infancia y adolescencia (Rajmil et al., 2001). Estos primeros años de vida son etapas fundamentales para promover la mejora de la CV a través de acciones longitudinales que garanticen buena salud en la sociedad futura (Laborda et al., 2021; Losada-Puente et al., 2020).

Durante la adolescencia tienen lugar importantes cambios físicos, sociales y psicológicos. Una tarea en la etapa adolescente es la construcción de la identidad, esta búsqueda puede conducir al cultivo de hábitos más o menos apropiados que podrían afectar al estado de salud (Figuroa & Figuroa, 2017). Atendiendo al modelo de desarrollo positivo adolescente, perspectiva centrada en el bienestar, una adolescencia saludable no sólo se basa en la evitación de conductas de riesgo, sino que precisa logros evolutivos (Oliva et al., 2011) para garantizar el bienestar a nivel emocional, físico, social y psicológico (Muñoz-Cantero & Losada-Puente, 2017).

Distintos estudios han mostrado que la CVRS disminuye a medida que avanza la adolescencia; los adolescentes más jóvenes tienen una percepción más positiva de su CVRS que sus iguales de más edad (Guedes, et al., 2014, Jiménez Boraita, et al., 2024). Este hallazgo se acentúa en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y entorno escolar, (Agathão et al., 2018; Michel et al., 2009). Conforme los adolescentes van creciendo se vuelven más sensibles a las percepciones de infelicidad e impotencia, afectando a su bienestar psicológico, entendiendo éste como un conjunto de emociones positivas que abarcan desde la satisfacción con la vida hasta sentimientos negativos como la tristeza y la soledad (Agathão et al., 2018). También se han encontrado algunas diferencias en relación al sexo del adolescente. A partir de la adolescencia, las chicas perciben su CVRS peor que los chicos (Haraldstad et al., 2019). Tal diferencia podría estar relacionada con que los cambios físicos en la adolescencia femenina son más precoces, siendo también mayor la capacidad de ellas para reflexionar y verbalizar los problemas percibidos (Fuentes et al., 2018).

La percepción individual de CVRS no es ajena al contexto cultural. Los dilemas mentales, emocionales y sociales se expresan de diferentes formas en función de los estándares normativos de la sociedad a la que se pertenece (Nunes et al., 2014). En América Latina, y concretamente en Chile, hay algunos estudios publicados sobre la CV en adolescencia e infancia que pueden ser

útiles para realizar diagnósticos de salud (Guedes et al., 2014; Urzúa et al., 2009). Mientras que muchos trabajos se han realizado con población enferma (Urzúa & Mercado, 2008), son menos los que se han dedicado a analizar este tópico en relación a variables psicosociales. En concreto, en Chile es elevada la presencia de población en alto riesgo social, siendo el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) en 2019 del 86.88% (JUNAEB, 2019). Se sabe que en contextos donde exista negligencia y abuso de derechos fundamentales es más probable observar una disminución de la CVRS en las dimensiones mental y física en estudiantes adolescentes (Afifi et al., 2007).

La CVRS es sensible a los determinantes sociales en materia de salud. Las circunstancias económicas familiares repercuten en la CVRS, siendo esta inferior en estatus socioeconómicos medios/bajos (Jiménez Boraita, 2024). Ingresos económicos elevados correlacionan positivamente con una mejor CVRS adolescente (Gaspar et al., 2009), y una peor situación económica familiar supone un riesgo de baja CVRS (Östberg et al., 2006). Además, se ha demostrado que las familias con una estabilidad económica suficiente, como para ser propietarias de una casa, influyen positivamente en la CVRS de sus hijos/as (Maheri et al., 2019). Los autores explican esta relación por el hecho de que cuando el adolescente siente satisfacción al vivir con su familia aumenta su CVRS. Estudios realizados en Chile también muestran relaciones entre la familia, el nivel socioeconómico y la

CVRS adolescente (Gaspar et al., 2022, Urzúa & Mercado, 2008). Maheri et al. (2019) han mostrado cómo un mayor estatus ocupacional de las familias influye de manera positiva en la resiliencia y CVRS de los estudiantes adolescentes; sin embargo, el analfabetismo y desempleo de los padres se relacionan directamente con una baja CVRS en sus hijos. Otros estudios, sin embargo, no encuentran tal conexión. Nunes et al. (2014) muestran cómo la gente con menos recursos económicos y con menor nivel educativo tienen una CVRS similar a personas más adineradas y educadas. Una posible explicación, partiendo de la teoría de comparaciones sociales y expectativas de Krupinski (1980), es que la percepción subjetiva de la CVRS, donde existe una distancia entre la situación real y la deseada, podría ser independiente del contexto socioeconómico.

No sólo interesa conocer los posibles obstáculos que los contextos de desarrollo supongan para la calidad de vida de niños y adolescentes, sino también posibles factores protectores o promotores de dicha CVRS, y que justifiquen y orienten una intervención preventiva. Entre ellos, el apoyo social es considerado un factor protector clave frente a eventos negativos (Fornell et al., 2023). En su relación con la salud, el apoyo social tiene, por un lado, un efecto amortiguador y, por otro, efectos directos al disminuir las consecuencias de los eventos estresantes, y con ello asegurar condiciones que propicien una mejora en la calidad de vida del individuo (Aranda &

Moreno, 2013; Sánchez-Sandoval et al., 2020). La familia, los iguales y la escuela serán las principales fuentes de apoyo durante la adolescencia. En contextos de vulneración sociofamiliar, la escuela se convierte en un espacio común de protección y mediación donde se puede monitorear de manera segura la CVRS de los adolescentes en alto riesgo social (Agathão et al., 2018). Estas escuelas pueden generar ambientes significativos para la promoción de la salud, a través de iniciativas que abarquen al alumnado, las familias y la comunidad escolar e impacten directamente en la salud presente y futura de los estudiantes (Monsalve, 2013).

El presente trabajo surge en el contexto de evaluación de la implementación de un programa psicoeducativo para el bienestar y la convivencia, dirigido a adolescentes escolarizados en zonas con una elevada tasa de vulneración social en la comuna de Quilpué (Valparaíso, Chile). Es un estudio previo a la intervención, para medir la CVRS en dos escuelas con alto índice de vulnerabilidad escolar (IVE) de la citada comuna. Se pretende establecer la línea base para una posterior intervención psicoeducativa (uno de estos centros educativos funcionará como grupo de intervención y otro de comparación, en una segunda fase de este proyecto). Los objetivos de este estudio son describir y analizar la CVRS en una muestra de niños y adolescentes procedentes de contextos de alto riesgo social, en comparación con otros baremos en población

general; así como estudiar la relación de la CVRS con características sociodemográficas y con el apoyo social percibido.

Teniendo en cuenta los trabajos previos, se espera que estos chicos de contextos de alto riesgo presenten una calidad de vida inferior, en comparación con los valores normativos sugeridos por trabajos previos. Se espera también encontrar algunas diferencias relacionadas con variables sociodemográficas y familiares. En concreto, se espera que presenten puntuaciones más bajas en CVRS las chicas en comparación con los chicos, los participantes de mayor edad, y los que procedan de familias más vulnerables. Se espera, por último, que la CVRS sea superior en presencia de un mayor apoyo social percibido.

Método

Participantes

Participaron 246 estudiantes (54.1% hombres, 45.9% mujeres), de edades comprendidas entre 9 y 16 años, con una media de 12.23 años ($DT = 1.44$). Estaban escolarizados de 5° a 8° curso de Enseñanza Básica de dos escuelas públicas de la Comuna de Quilpué (Chile) con un IVE por encima del 85%. La selección fue no probabilística de tipo intencional atendiendo a los siguientes criterios de inclusión para las escuelas seleccionadas: número de estudiantes matriculados en Enseñanza Básica, IVE, recursos económicos asignados por Ley Subvención Preferencial Escolar (SEP), informe de monitoreo de

Convivencia Escolar y categorización Sistema de Evaluación de la Calidad de la Educación (SIMCE).

En la tabla 1 se recogen características sociodemográficas de la muestra. Algunas familias no aportaron toda la información solicitada. Predominan padres y madres de un nivel educativo medio (Enseñanzas Medias y Técnicas), y bajos recursos económicos (74.6% de las familias perciben mensualmente menos de \$276.000 pesos chilenos).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	F	%	
Edad en años	9-10	65	26,4
	11-12	49	19,9
	13-14	67	27,2
	15-16	65	26,4
Sexo	Mujer	113	45,9
	Hombre	133	54,1
Estructura familiar	Biparental	113	45,9
	Monoparental	127	51,6
	Centros de protección	3	1,2
Ingresos	< \$276.000	176	74,6
	\$276.000-\$552.000	47	19,9
	> \$552.000	13	5,5
Nivel educativo materno	Básica	28	12,3%
	Media	184	80,7%
	Universitario	16	7%
Tipo de vivienda	Irregular	46	19,3
	Social	19	8,0
	Alquiler	89	37,4
	Propia	84	35,3

Como se puede observar en la tabla 1, la mitad de la muestra vive en una familia monoparental (51.6%). Aunque la mayoría de sus viviendas son alquiladas o en propiedad, es de destacar que un 19.3% vive en viviendas o asentamientos irregulares y un 8% en viviendas sociales. Las viviendas o asentamientos irregulares, tienen un carácter muy precario con

condiciones de baja habitabilidad, bajos niveles de servicio de infraestructura y alta incidencia de problemas y seguridad ciudadana (Tapia, 2018).

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico diseñado *ad hoc* para este estudio, que recoge información individual (edad, curso y género) y familiar (nivel educativo paterno y materno, estructura familiar, vivienda e ingresos).

- KIDSCREEN-27, cuestionario que mide la calidad de vida evaluando el bienestar subjetivo en niños y adolescentes. Se utilizó la versión chilena (Molina et al., 2014). Sus propiedades psicométricas han sido validadas previamente. En este estudio, las subescalas presentan una adecuada validez (α de Cronbach superiores a .76 en las dimensiones, y .92 en la escala completa). Esta escala ha mostrado una fiabilidad adecuada también en otros estudios con adolescentes chilenos (Urzúa et al., 2009). Consta de 27 ítems, organizados en 5 dimensiones: Bienestar físico (niveles de actividad física, energía y estado físico), Bienestar psicológico (emociones positivas, satisfacción con la vida, ausencia de sentimientos de soledad y tristeza), Relación con los padres y autonomía (calidad de la relación padres-hijos, percepción de autonomía y calidad de recursos financieros), Amigos (forma de relacionarse con otros adolescentes) y Ambiente escolar (percepción de su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración, así como los sentimientos hacia su escuela). Puntuaciones

superiores indican mayor calidad de vida. Para este trabajo se han utilizado los puntajes Rasch, transformadas en puntuaciones con una media de 50 y una desviación estándar de 10.

Escala Multidimensional de apoyo social percibido (*EMAS*) (Zimet et al., 1988), en su versión validada con adolescentes chilenos (Mosqueda-Díaz, Mendoza-Parra, Jofré-Aravena, & Barriga, 2015). Sus 12 ítems son puntuados en una escala tipo Likert de 1 a 4. Aporta una puntuación total sobre el apoyo social percibido, así como tres subescalas referidas al apoyo familiar, de iguales y de otros significativos. Mostró buenas propiedades psicométricas ($\alpha = .81$ a $.91$).

Procedimiento

Este proyecto está aprobado por el Comité ético científico de la Universidad de Playa Ancha (Acta de Aprobación N° 003-2020). Se contó con el apoyo de la Corporación Municipal de Quilpué (CMQ) y con el Ministerio de Educación Chileno (MINEDUC), quienes contribuyeron a elaborar los criterios de inclusión para la selección de las escuelas con IVE alto. Se seleccionaron dos escuelas que cumplían los criterios. Las familias de las escuelas seleccionadas fueron informadas del proyecto, firmaron el consentimiento informado y cumplimentaron una encuesta estructurada que recogía las variables sociodemográficas familiares. La recogida de datos estuvo a cargo de las investigadoras y tutores de cada grupo de estudiantes que, una vez dieron su asentimiento

a participar, cumplimentaron los cuestionarios en sus aulas.

En cuanto al análisis de datos, se calcularon las puntuaciones de KIDSCREEN-27, siguiendo las normas y teniendo en cuenta sexo y edad de cada participante. Se consideraron como puntuaciones de comparación las obtenidas en estudios con población chilena (Urzúa et al., 2009) y los baremos aportados por *The Kidscreen Group Europe* (2006). Las puntuaciones obtenidas se compararon con estos otros baremos empleando la prueba *t* de comparación de medias, y la prueba *d* de Cohen para el tamaño del efecto. Se comprobaron los supuestos requeridos para realizar pruebas paramétricas y para el análisis de regresión múltiple.

Se estudió la relación de las puntuaciones de KIDSCREEN-27 con las variables sociodemográficas a través de la prueba *t* de Student y ANOVA, seguido de la prueba *post hoc* de Scheffé. Los tamaños del efecto de 0.2 a 0.5 fueron considerados pequeños, entre 0.51 y 0.8 moderados, y por encima de 0.8 grandes. Por último, y tras el estudio de las correlaciones entre variables, se realizó un Análisis de Regresión por pasos sucesivos siendo las puntuaciones de KIDSCREEN-27 la variable dependiente.

Resultados

En la tabla 2 se comparan las puntuaciones medias en CVRS obtenidas por la muestra de este estudio (denominado alto riesgo

a partir de ahora, por su elevado IVE) con las puntuaciones obtenidas en estudios con población chilena (Urzúa et al., 2009). En la mayoría de las comparaciones, el grupo de alto riesgo presenta puntuaciones significativamente más bajas en CVRS que el grupo normativo de Chile. El tamaño del efecto de todas las diferencias significativas se encuentra en niveles medio-alto.

Tabla 2. Comparación de medias en CVRS según género y edad entre la muestra del estudio y población de estudios chilenos (Urzúa et al., 2009).

	Adolescentes chilenos alto riesgo (muestra del estudio)			Adolescentes de estudios chilenos				
	Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
		<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)		<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>t</i> (d)	<i>t</i> (d)
BF	9-11	45.68 (11.18)	44.24 (11.34)	8-11	48.86 (7.77)	48.60 (7.76)	-2.46* (.33)	-3.12* (.45)
	12-16	40.92 (9.75)	40.26 (10.42)	12-18	45.63 (7.58)	42.16 (7.76)	-3.68** (.53)	-1.25
BP	9-11	46.41 (11.41)	43.63 (11.31)	8-11	42.02 (4.31)	42.30 (4.04)	3.31** (.55)	.95
	12-16	42.01 (10.11)	39.15 (6.87)	12-18	40.45 (3.56)	40.39 (3.90)	1.17 (.22)	-1.24
PA	9-11	44.77 (10.35)	45.19 (10.68)	8-11	47.51 (9.48)	49.77 (10.31)	-2.29* (.27)	-3.48** (.43)
	12-16	41.27 (11.12)	40.52 (9.17)	12-18	47.02 (8.46)	46.30 (8.74)	-3.93** (.58)	-4.32** (.64)
A	9-11	48.03 (13.22)	47.88 (15.33)	8-11	51.62 (10.55)	53.45 (10.88)	-2.35* (.30)	-2.95* (.42)
	12-16	42.95 (13.20)	46.29 (11.02)	12-18	51.28 (9.26)	52.07 (10.19)	-4.80*** (.74)	-3.59** (.54)
AE	9-11	49.55 (10.45)	49.19 (12.01)	8-11	52.14 (10.22)	56.19 (10.01)	-2.12* (.25)	-4.7*** (.63)
	12-16	42.19 (9.81)	41.29 (8.30)	12-18	48.28 (8.51)	48.71 (8.43)	-4.73*** (.66)	-6.1** (.88)

BF: Bienestar Físico, BP: Bienestar Psicológico, PA: Padres y Autonomía, A: Amigos, AE: Ambiente Escolar;
 *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Todas las puntuaciones medias de CVRS de los adolescentes chilenos del estudio (alto riesgo) son inferiores también a las medias de los baremos de KIDSCREEN-27 (tabla 3). Estas diferencias son estadísticamente significativas, situándose el tamaño del efecto de estas diferencias en un nivel medio.

Tabla 3. Comparación de medias en CVRS entre la muestra del estudio y baremo KIDSCREEN

Subescalas	Adolescentes chilenos en contextos vulnerados	Baremo KIDSCREEN adolescentes	<i>T</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)		
Bienestar físico	43.13 (10.92)	48.75 (9.95)	-8.05***	.53
Bienestar psicológico	43.23 (10.60)	49.52 (10.05)	-9.27***	.60
Autonomía y relación con padres	43.24 (10.54)	49.80 (10.12)	-9.74***	.63
Amigos	46.45 (13.51)	50.19 (10.00)	-4.32***	.31
Entorno escolar	46.10 (10.99)	50.90 (9.87)	-6.80***	.45

*** $p < .001$

Análisis de la CVRS en relación a factores sociodemográficos y familiares

En las tablas 4, 5 y 6 se muestran los resultados de la comparación de medias de CVRS en relación a las variables sociodemográficas de los adolescentes del estudio y sus familias. Los estudiantes de edades superiores presentan peor CVRS en todas sus dimensiones, esta diferencia es estadísticamente significativa. En la tabla 7 también se muestran las correlaciones negativas entre las puntuaciones en CVRS y la edad.

En cuanto al género, y controlando la edad, hay pocas diferencias estadísticamente

significativas ($p < .05$). Solo hay diferencias en una de las dimensiones: las chicas presentan puntuaciones más bajas en Bienestar Psicológico ($t = 41.75$; $p < .05$), el tamaño del efecto de esta diferencia significativa es medio. La estructura familiar y el nivel de ingresos no se relacionan con la CVRS de estos adolescentes. Por último, un mayor nivel educativo de las madres refleja puntuaciones más altas en bienestar respecto al Entorno Escolar del hijo o hija. No hay relaciones significativas con el nivel de estudios de los padres, estructura familiar (biparental/monoparental), nivel de ingresos familiar, ni tipo de vivienda ($p > .05$).

Tabla 4. Comparación de medias en CVRS según sexo y edad

	Sexo		T	Rango de edad				F
	Hombre M (DT)	Mujer M (DT)		9-10 años M (DT)	11-12 años M (DT)	13-14 años M (DT)	15-16 años M (DT)	
Tota	44.67 (8.65)	44.13 (8.43)	-.50	50.37 (6.78) ^{bcd}	45.38 (8.84) ^{ad}	42.23 (7.49) ^a	37.96 (7.37) ^{ab}	11.05***
BF	43.60 (10.80)	42.58 (11.10)	-.73	48.39 (9.90) ^{cd}	44.09 (11.44)	41.21 (10.09) ^a	36.44 (8.54) ^a	5.45**
BP	44.49 (11.04)	41.75 (9.91)	-2.03*	47.88 (9.62) ^c	44.36 (11.77)	41.07 (9.17) ^a	38.26 (6.13)	4.77**
PA	43.24 (10.79)	43.25 (10.30)	.00	47.95 (11.53) ^c	44.16 (10.06)	41.20 (9.21) ^a	38.99 (16.20)	4.29**
A	45.81 (13.40)	47.22 (13.67)	.81	53.27 (10.87) ^{cd}	46.51 (14.67)	45.22 (12.49) ^a	38.96 (9.81) ^a	4.30**
AE	46.29 (10.78)	45.90 (11.28)	-.27	54.36 (9.66) ^{bcd}	48 (11.21) ^{acd}	42.44 (9.44) ^{ab}	37.13 (4.43) ^{ab}	15.32***

BF: Bienestar Físico, BP: Bienestar Psicológico, PA: Padres y Autonomía, A: Amigos, AE: Ambiente Escolar;
*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 5. Comparación de medias en CVRS en relación a características sociodemográficas

	Estructura familiar		t	Ingresos			F
	Biparental M (DT)	Monoparental M (DT)		< \$276.000 M (DT)	\$276.000- \$552.000 M (DT)	> \$552.000 M (DT)	
Total	44.13 (8.32)	44.85 (8.67)	-.66	44.66 (8.32)	44.51 (8.85)	44.17 (9.99)	.02
BF	43.09 (10.99)	43.64 (10.64)	-.39	43.28 (10.74)	43.97 (10.92)	42.31 (12.09)	.14
BP	42.98 (10.20)	43.69 (10.93)	-.51	43.94 (10.46)	42.29 (12.09)	41.36 (6.72)	.71
PA	43.02 (11.05)	43.47 (10.32)	-.33	43.55 (9.94)	42.79 (11.62)	44.75 (12.16)	.20
A	45.56 (13.15)	47.44 (13.38)	-1.10	46.85 (13.36)	46.08 (12.59)	47.39 (16.95)	.08
EE	46.05 (10.91)	46.10 (11.12)	-.04	45.79 (10.97)	47.43 (11.27)	45.02 (11.80)	.47

BF: Bienestar Físico, BP: Bienestar Psicológico, PA: Padres y Autonomía, A: Amigos, AE: Ambiente Escolar;
*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 6. Comparación de medias en CVRS en relación a características sociodemográficas

	Estudios de la madre			
	Básica	Media	Univers.	F
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
Total	43.02 (8.56)	44.49 (8.59)	47.22 (7.28)	1.25
BF	42.84 (12.73)	43.03(10.71)	46.66 (9.10)	.84
BP	42.68 (10.67)	43.48 (10.74)	40.93 (8.94)	.47
PA	42.37 (8.05)	43.24 (10.64)	46.83 (11.77)	1.03
A	43.03 (14.14)	46.87 (13.42)	49.13 (11.99)	1.31
EE	44.32(11.07) ^c	45.82 (11.03) ^c	53.23 (9.83) ^{ab}	3.59*

BF: Bienestar Físico, BP: Bienestar Psicológico, PA: Padres y Autonomía, A: Amigos, AE: Ambiente Escolar

correlaciones entre variables del estudio, además de sus datos descriptivos (media y desviación estándar).

La CVRS correlaciona negativamente con la edad de los participantes, y de manera positiva con los apoyos percibidos, tanto con la puntuación total de apoyos, como con sus dimensiones (familia, iguales, otros significativos).

La puntuación total de apoyos percibidos y de apoyos familiares también correlacionan negativamente con la edad.

Análisis predictivo de la CVRS

En la Tabla 7 se presentan las

Tabla 7. Estadísticos descriptivos y correlaciones de las variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Edad	1										
2.CVRS	-,339**	1									
3.BF	-,235**	,771**	1								
4.BP	-,254**	,712**	,481**	1							
5.PA	-,204**	,774**	,497**	,482**	1						
6.A	-,205**	,763**	,449**	,375**	,487**	1					
7.EE	-,397**	,751**	,508**	,398**	,490**	,458**	1				
8.AT	-,182**	,549**	,338**	,364**	,485**	,478**	,390**	1			
9.AF	-,313**	,539**	,333**	,437**	,542**	,325**	,423**	,776**	1		
10.AI	-,066	,397**	,230**	,181**	,303**	,475**	,262**	,856**	,412**	1	
11.AO	-,080	,453**	,298**	,301**	,384**	,406**	,305**	,901**	,550**	,745**	1
M	12.23	44.42	43.13	43.23	43.24	46.45	46.10	2.80	2.93	2.74	2.72
(DT)	(1.44)	(8.53)	(10.92)	(10.60)	(10.54)	(13.51)	(10.99)	(.71)	(.86)	(.89)	(.79)

BF: Bienestar Físico, BP: Bienestar Psicológico, PA: Padres y Autonomía, A: Amigos, AE: Ambiente Escolar; AT: Apoyo Total, AF: Apoyo Familiar; AI: Apoyo de los Iguales; AO: Apoyo de Otros; *** p<.001, ** p<.01, *p<.05

Teniendo en cuenta las correlaciones presentadas entre las variables, se realizó un Análisis de regresión lineal para estudiar la capacidad predictiva de las variables analizadas sobre las puntuaciones en calidad de vida. Se

corroboró que se cumplían los supuestos previos para la realización de este análisis. El estadístico Durbin-Watson mostró la independencia de los residuos (D = 2.145). También se asumió la ausencia de colinealidad al obtener altos valores

la tolerancia ($IT > .10$) y bajos en el factor de inflación de la varianza ($VIF < 10$). Como variable dependiente se incluyó la puntuación total de la escala KIDSCREEN-27. Como variables predictoras, en un primer paso, se incluyó la edad, y en el segundo paso, las tres subescalas de la variable apoyo (familiar, pares, otros significativos). El modelo de regresión resultante fue significativo ($R^2 = .36$, $F(3,240) = 46.388$, $p < .001$), e indicó que las variables incluidas predecían un 36% de la varianza de CVRS (Tabla 8). La pendiente de la variable calidad de vida descendió a medida que aumentaba la edad y disminuían el apoyo familiar y el apoyo de otros significativos.

Tabla 8. Análisis de Regresión Lineal Múltiple para predecir la CVRS.

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	<i>B</i>	β
(Constante)				42.906	
Edad	.339	.115	.115	-1.272	-.215**
AF	.568	.323	.323	3.295	.332**
AO	.606	.367	.367	2.724	.253**

AF.: Apoyo Familiar; AO: Apoyo Otros Significativos;
** $p < .001$

Discusión

Este trabajo de investigación contribuye a la necesidad planteada por Urzúa et al. (2009) de aportar evidencia empírica sobre la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes chilenos, y más en concreto de adolescentes que crecen en zonas de alto riesgo social. Paulatinamente, el concepto de CVRS en la adolescencia ha ido tomando relevancia en el

ámbito de la salud, facilitando así la utilización de indicadores de bienestar para la formulación de políticas públicas y programas de salud y bienestar (The WHOQOL group, 1995) en contextos escolares de alto riesgo social. Este estudio también responde a la recomendación planteada por el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2025 del Ministerio de Salud de Chile, respecto a que las intervenciones en salud mental deben realizarse con una perspectiva biopsicosocial, insistiendo en la necesidad de intervenir en la calidad y modos de vida de las personas, a fin de favorecer su bienestar, integración social y la promoción de sus derechos humanos (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Los resultados encontrados en este trabajo respecto a la evaluación de la CVRS apoyan en parte las hipótesis planteadas, y refuerzan los hallazgos de otras investigaciones. En nuestra investigación, los estudiantes de contextos de alto riesgo social tienen como media una CVRS más baja que las que plantean otros trabajos tanto con baremos generales como con adolescentes chilenos sin alto riesgo social (The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Urzúa et al., 2009), corroborándose así nuestra primera hipótesis. Esta diferencia es mayor en la comparación con los valores normativos sugeridos a nivel internacional, dándose prácticamente en todos los niveles de edad y género analizados. Entre los posibles motivos de tales diferencias podrían estar los menores niveles educativos de los progenitores, menor

acceso a recursos materiales y baja habitabilidad de la vivienda en Chile (Urzúa et al., 2009). También al comparar con población chilena, los adolescentes de nuestro estudio, procedentes de escuelas públicas con IVE por encima del 85 %, tienen en general una peor CVRS que los adolescentes chilenos sin dicho riesgo social de los trabajos de Urzúa et al. (2009). Nuestros datos apoyan de esta manera la peor calidad de vida de los estudiantes que crecen en situaciones de grave necesidad social. De manera excepcional, estas diferencias entre adolescentes chilenos no tienen lugar en la dimensión Bienestar Psicológico donde no existen apenas diferencias entre ambos grupos. Este hecho coincide con estudios previos de Urzúa et al. (2011), donde tampoco encuentran diferencias en CVRS en relación al estado de ánimo entre estudiantes de escuelas privadas y escuelas municipales en este país.

La homogeneidad en el estado de Salud mental de los adolescentes chilenos independiente del contexto social al que pertenecen pudiera estar relacionada con el deterioro de la salud mental a nivel país que sufre Chile. La OMS coloca a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedad psiquiátrica (23.2%) en el mundo (Vicente et al., 2016).

El estudio de la CVRS requiere considerar diferencias individuales, como edad y género, con el propósito de adecuar las intervenciones a las necesidades específicas de cada población. El género como categoría de

análisis contribuye a explicar los factores que condicionan las desigualdades jerárquicas entre hombres y mujeres relacionadas con la salud (Castañeda, 2007). Las diferencias encontradas entre chicos y chicas en otros trabajos no son corroboradas totalmente en este estudio, los chicos y chicas participantes presentan niveles muy similares de calidad de vida en varias de las dimensiones analizadas. Solo mostraron diferencias de género en la dimensión Bienestar Psicológico, de manera que nuestra hipótesis en este sentido se cumple solo parcialmente. Estos hallazgos coinciden en general con otras investigaciones realizadas en España (Fuentes et al., 2018) y otros países europeos (Michel et al., 2009) donde las chicas reflejan peor CVRS en las dimensiones Actividad física y salud y Estado de ánimo y sentimientos. Estas diferencias podrían estar relacionadas con los cambios físicos más precoces e intensos que experimentan las chicas en comparación a los chicos, y fluctuaciones hormonales que pueden desajustar el bienestar psicológico.

Además, algunas adolescentes sufren inconformidad con sus cuerpos debido a la firmeza con la que la sociedad mantiene los exigentes estereotipos femeninos sobre el ideal de belleza, pudiendo dar lugar a un deterioro en la dimensión psicológica y física. Por último, algunos autores asocian la llegada de la menarquía a malestar físico y psicológico (Castañeda, 2007), relacionándose así con la patologización de la menstruación en la sociedad actual (Ramírez, 2019). Autores como

Rodríguez et al. (2017) indican que las diferentes percepciones que tienen los chicos y las chicas de su propia CVRS pudieran estar condicionadas por los roles de género imperantes.

Por otro lado, el nivel de CVRS percibido por adolescentes chilenos de contextos de riesgo en la Comuna de Quilpué disminuye a edades superiores, corroborándose la hipótesis planteada, yendo así en la misma dirección que estudios previos (Agathão et al., 2018; Gaitán-López et al., 2017; Michel et al., 2009; Sánchez-Sandoval, 2015). A medida que crecen, van encontrando mayores retos a los que responder en su vida cotidiana, y los esfuerzos que tienen que desplegar pueden implicar mayores costes.

La mayor capacidad de abstracción, introspección y metacognición les permite analizar el mundo físico, social y de sí mismo con mayor objetividad y amplitud, percibiendo mejor las propias dificultades. Por otro lado, a esta diferencia también puede contribuir el desarrollo de las características sexuales secundarias en los adolescentes de mayor edad (Michel et al., 2009) provocando inseguridad en sus identidades en relación a los cambios en su aspecto físico. Una importante contribución de este trabajo es que a edades superiores los chicos y chicas del estudio no solo perciben una peor CVRS, sino también un menor apoyo social; es decir, disminuye la presencia de factores de protección en los momentos en que perciben mayor malestar subjetivo. Estos datos dan apoyo a la necesidad de intervención y

acompañamiento en materia de salud, desde las administraciones públicas, dirigida estos chicos en situación de vulnerabilidad social.

Con este trabajo se esperaba aportar evidencia respecto al papel de las diferencias sociofamiliares en el desarrollo de CVRS de los adolescentes. Sin embargo, no ha sido posible corroborar la hipótesis inicial, probablemente por el propio diseño del estudio. Este estudio no revela diferencias importantes entre la CVRS en función de las variables sociales y económicas de las familias del estudio. Solamente el nivel educativo de las madres se relaciona directamente con el bienestar percibido por el adolescente en el Entorno escolar. Tener madres de niveles educativos altos facilita el despliegue de mayores recursos intelectuales en el momento de afrontar las tareas escolares, además aporta un contexto familiar donde las expectativas académicas son más altas (Labin et al., 2015).

En contextos de riesgo pudiera ser aún más influyente la figura de la madre en la crianza de los hijos. Este hallazgo coincide con otros estudios (Jiménez Boraita et al., 2024; Maheri et al., 2019; Urzúa et al., 2009). Como decíamos, las variables tipo de vivienda, ingresos o estructura familiar no se relacionaron con la CVRS. Esta ausencia de diferencias podría deberse al homogéneo nivel socioeconómico del grupo, siendo difícil poder discriminar en un grupo tan parecido. Los datos muestran como gran parte de las familias del estudio (76.4%) tenían un nivel socioeconómico por debajo de \$276.000 pesos chilenos, lo que

las sitúa en un elevado riesgo social. También es alto el nivel de monomarentalidad en esta muestra, teniendo esta estructura familiar un alto riesgo de exclusión social (Santibañez et al., 2018).

El papel del apoyo social en el bienestar y la salud adolescente ya ha sido mostrado en otros trabajos. Nuestros datos corroboran su presencia como factor protector para la calidad de vida adolescente, en nuestro caso en contextos de alto riesgo social. Las correlaciones son positivas entre estas dimensiones, explicando el apoyo social percibido parte de la varianza de la CVRS, apoyando la hipótesis planteada. Destacan nuestros datos el papel predominante que el apoyo percibido procedente de la familia tiene a estas edades. Si el apoyo social es un recurso necesario para la adaptación del individuo a las exigencias ambientales, se convierte en un aspecto clave a tener en cuenta en intervenciones con población adolescente (Orcasita y Uribe, 2010).

Los resultados sugieren la necesidad de impulsar programas psicoeducativos para la promoción de la calidad de vida, y con ello la salud integral, en adolescentes de alto riesgo social. La revisión realizada por Orcasita y Uribe (2010) sugiere que los programas de promoción y prevención en salud adolescente deberían dirigirse a las fuentes de apoyo que los adolescentes perciben tener, dada la poderosa influencia de estas redes en su comportamiento. En concreto, deberían abarcar no solo a adolescentes sino también a sus padres,

profesores, sanitarios y medios de comunicación, “para la construcción y consolidación en el desarrollo de habilidades que propicien el logro de autonomía, comunicación, e información entre dichas redes con información pertinente para los adolescentes (p. 79)”. Una reciente revisión sistemática avala los buenos resultados de los programas psicoeducativos en contexto escolar sobre el bienestar y salud mental adolescente (López-Villegas & Sánchez-Sandoval, 2023).

Este trabajo tiene algunas limitaciones. Entre ellas, el reducido tamaño muestral, así como el tipo de selección que fue no probabilística. Sería aconsejable aumentar el número de escuelas participantes. De todas formas, el tamaño de la muestra responde al objetivo inicial del proyecto que era establecer la línea base antes de ejecutar un proyecto de intervención psicoeducativa.

Cierto es que las condiciones políticas y sanitarias actuales de Chile y del resto del mundo hacen que la implantación del proyecto haya tenido que ser postergada. Por otro lado, habría que tener en cuenta que las respuestas de los participantes fueron exclusivamente auto informadas. Sería recomendable para futuras investigaciones utilizar también otras fuentes como padres y profesores. No obstante, se ha intentado paliar esta limitación, obteniendo parte de la información sociodemográfica de las familias, aunque esto haya supuesto una dificultad añadida para la recopilación de los datos. Como línea de trabajo futura, sería

recomendable incluir información sobre la dinámica familiar y no solo sobre sus características demográficas. Estudios recientes han mostrado la asociación entre los estilos educativos parentales y la calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes (Martínez et al, 2022).

Referencias

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2007). Child abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood [Abuso infantil y calidad de vida relacionada con la salud en la adultez]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (10), 797–804. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181567fdd>
- Agathão, B. T., Reichenheim, M. E., & de Moraes, C. L. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares [Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes escolares]. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 23 (2), 659–668. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>
- Aranda, C., & Moreno, M. P. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233–245.
- Castañeda, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (2), 1–20. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000200011>
- Figueroa, L. A., & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano Risky sexual behaviors in adolescents from the Cuban context. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 21 (2), 193–301. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
- Fornell, P., Ortiz-Bermúdez, A.U., Rodríguez-Mora, Á., Verdugo, L., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Future expectations of adolescents from different social backgrounds. *Anales de Psicología*, 39(2), 294-303.
- Fuentes, R. M., Simón, M. J., Garrido, M., Serrano, M. D., Larrañaga, M. E., & Yubero, S. (2018). Síntomas psicósomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Atención Primaria*, 50 (8), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.0>
- Gaitán-López, D. F., Correa-Bautista, J. E., Vinaccia, S., & Ramírez-Vélez, R. (2017). Self-report health-related quality of life among children and adolescents from Bogotá, Colombia. The FUPRECOL study [Calidad de vida relacionada con la salud autoinformada entre niños y adolescentes. El estudio FUPRECOL]. *Colombia Médica*, 48 (1), 12–18. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v48i1.2071>
- Gaspar, T., Cerqueira, A., Guedes, FB, & de Matos, MG (2022). Apoyo emocional parental, funcionamiento familiar y calidad de vida infantil. *Psychological Studies*, 67 (2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00652->
- Gaspar, T., Gaspar, M., Ribeiro, L. J., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors [Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes y factores asociados]. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9 (1), 33–48.
- González-Cabrera, J., Machimbarrena, J. M., Ortega-Barón, J., & Álvarez-Bardón, A. (2020). Joint association of bullying and cyberbullying in health-related quality of life in a sample of adolescents [Asociación conjunta de bullying y cyberbullying en la calidad de vida relacionada con la salud en

- una muestra de adolescentes]. *Quality of Life Research*, 29 (4), 941–952. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02353-z>
- Guedes, D. P., Ariel, H., Astudillo, V., María, J., Morales, M., & Vecino, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*, 35 (1), 46–52. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n1/46-52/>
- Haraldstad, K., Kvarme, L., Christophersen, K.-A., & Helseth, S. (2019). Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study [Asociaciones entre autoeficacia, bullying y calidad de vida relacionada con la salud en una muestra escolar de adolescentes: un estudio transversal]. *BMC Public Health*, 1 (757), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7115-4>
- Jiménez Boraita, R., Gargallo Ibort, E., Dalmau Torres, J. M., & Arriscado Alsina, D. (2024). Lifestyle habits, health indicators and sociodemographic factors associated with health-related quality of life and self-esteem in adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(2), 493–512. <https://doi.org/10.1177/13591045231200661>
- JUNAEB. (2019). *Prioridades 2019 con IVE SINAE básica media y comunal*. Ministerio de Educación. Gobierno de Chile.
- Krupinski, J. (1980). Health and Quality of Life [Salud y calidad de vida]. *Social Science and Medicine*, 14A, 203–211. [https://doi.org/10.1016/0160-7979\(80\)90085-5](https://doi.org/10.1016/0160-7979(80)90085-5)
- Labin, A., Taborda, A., & María, B. (2015). La Relación entre el Nivel Educativo de la Madre y el Rendimiento Cognitivo Infanto-Juvenil a partir del WISC-IV. *Psicogente*, 18 (34), 293–302. <https://doi.org/10.17081/psico.18.34.505>
- Laborda, C., Jariot, M., & González, H. (2021). Quality of life and employability skills in workers in special employment centers [Calidad de vida y competencias para la empleabilidad en trabajadores de centros especiales de empleo]. *Educacion XXI*, 24 (1), 117–139. <https://doi.org/10.5944/educXX1.26570>
- López-Villegas, A., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Intervenciones psicoeducativas sobre salud mental con adolescentes en contextos escolares: una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 11, 33–41.
- Losada-Puente, L., Araújo, A.M y Muñoz-Cantero, J.M. (2020). Revisión sistemática de la evaluación de la calidad de vida en adolescentes. *Social Indicators Research*, 147, 1039–1057. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02171>
- Maheri, M., Alipour, M., Rohban, A., & Garmaroudi, G. (2019). The association of resilience with health-related quality of life (HRQoL) in adolescent students [La asociación de resiliencia con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estudiantes adolescentes]. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0050>
- Martínez, R. J., Chaparro, M. P. M., Montesinos, M. D. H., & Ramón, J. P. M. (2022). Percepción del estilo parental y calidad de vida relacionada con la salud entre adolescentes. *Revista española de pedagogía*, 80(283), 7.
- Martínez-Shaw, M. L., Del Río, F. J., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Spanish validation of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0) for parent report for toddlers (ages 2–4). *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02128-8>.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009). Age and gender differences in

- health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. [Edad y diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes en Europa: un análisis multinivel]. *Quality of Life Research*, 18, 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 a 2025*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile [Consultado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUDMENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Molina, T., Montaña, R., González, E., Sepúlveda, R., Hidalgo-Rasmussen, C., Martínez, V., Molina, R., & George, M. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 142, 1415–1421. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100008>
- Monsalve, L. (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 1(1), 107-123. <https://doi.org/10.37467/gka-revedu.v1.617>
- Mosqueda-Díaz, A., Mendoza-Parra, S., Jofré-Aravena, V. J., & Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(3), 125-136.
- Muñoz-Cantero, J., & Losada-Puente, L. (2017). Calidad de vida en adolescentes y factores personales influyentes. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 11, 6–12. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.2113>
- Nunes, C., Bodden, D., Lemos, I., Lorence, B., & Jiménez, L. (2014). Prácticas parentales y calidad de vida en adolescentes holandeses y portugueses: un estudio transcultural. *Revista de Psicodidáctica*, 19(2), 327–346. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10493>
- Oliva, A., Pertegal, M. A., Antolin, L., Reina, M. C., Rios, M., Hernando, A., Parra, Á., M^a Pascual, D., & M^a Estévez, R. (2011). Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Un estudio en centros docentes andaluces. *Junta de Andalucía. Consejería de Salud*. http://personal.us.es/oliva/DESARROLLOPOSITIVO_2010_v6.pdf
- Orcasita, L. T., & Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Östberg, V., Alfvén, G., & Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren [Condiciones de vida y quejas psicósomáticas en escolares suecos]. *Acta Paediatrica*, 95, 929–934. <https://doi.org/10.1080/08035250600636545>
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra Sutton, V., & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34–43. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>
- Ramírez, M. del R. (2019). Ciberactivismo menstrual: feminismo en las redes sociales. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 17. <https://doi.org/10.32870/pk.a9n17.438>
- Rodríguez, P., Matud, M. P., & Álvarez, J. (2017). Género y calidad de vida en la adolescencia Gender and quality of life in adolescence. *Journal of Behavior, Health & Social*, 9, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2017.11.001>

- Sánchez-Sandoval, Y. (2015) Self-perception, self-esteem and life satisfaction in adopted and non-adopted children and adolescents / Autopercepción, autoestima y satisfacción vital en niños y adolescentes adoptados y no adoptados. *Infancia y Aprendizaje*, 38 (1), 144-174. <http://dx.doi.org/10.1080/02103702.2014.996406>
- Sanchez-Sandoval, Y., Melero, S., & López-Jiménez, A.M. (2020). Mediating effects of social support in the association between problems in childhood and adolescence and well-being in adult domestic adoptees. *Journal of Happiness Studies*, 21, 1183-1198. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00124-8>
- Santibañez, R., Flores, N., & Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *IQual. Revista de Género e Igualdad*, 1, 123-144. <https://doi.org/10.6018/iqual.307701>
- Santofimio-Claro, E. L., & Grisales-Romero, H. D. J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud en niños, niñas y adolescentes, municipios El Líbano y Honda (Tolima), 2018. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(3).
- Tapia, V. (2018). Geografías de la contención: El rol de las políticas de escala barrial en el Chile neoliberal. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XXII (592).
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Pabst Science Publishers.
- The WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41 (10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000300017>
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S., & Tapia, K. (2009). Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (3), 238-244. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062009000300005>
- Urzúa, A., Godoy, J., & Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82 (4), 300-310. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062011000400004>
- Urzua, A., & Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del Kiddo-Kindl. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 133-141. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100012>
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22 (1), 51-61. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>

Recibido: agosto, 2023 • Aceptado: abril, 2024