

AMBIENTE FAMILIAR, CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL DE ADULTOS XALAPEÑOS

FAMILY ENVIRONMENT, QUALITY OF LIFE, AND MENTAL HEALTH IN ADULTS FROM XALAPA

Francisco Javier Rosas-Santiago,¹ Yoshimar Rodríguez-Méndez,² María Amanda Julieta Tello-Bello,³ y Ana Delia López-Suárez⁴

SUMARIO: 1. Introducción, 2. Método, 2.1 Participantes, 2.2. Instrumentos, 2.3 Procedimiento, 2.4 Consideraciones éticas, 2.5 Análisis de datos, 3. Resultados, 4. Discusión, 5. Limitaciones, 6. Conclusiones, Referencias

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de analizar las relaciones entre calidad de vida, cohesión y adaptabilidad familiar, y sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra no clínica de 250 adultos residentes de la ciudad de Xalapa con edad entre 18 y 75 años ($M=39.18 \pm 10.32$) que respondieron medidas de autoinforme. Se encontró que a mayor cohesión familiar es mayor la calidad de vida total, también algunas de sus dimensiones y es menor la sintomatología depresiva. Además, la adaptabilidad se relaciona con calidad de vida total y ambiental, encontrando que los grupos con puntajes extremos se parecen más entre sí y los intermedios entre ellos. La discusión

ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationships between quality of life, family cohesion, family adaptability, depressive, and anxious symptoms in a non-clinical sample of 250 adult residents of the city of Xalapa, aged 18 to 75 years ($M = 39.18 \pm 10.32$), who completed self-report measures. Results indicated that higher family cohesion was associated with better overall quality of life, improvements in certain dimensions of quality of life, and fewer depressive symptoms. Additionally, family adaptability was related to overall and environmental quality of life, with findings showing that groups with extreme scores in adaptability were more similar to

1 Doctor en Psicología e investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras. Sus líneas de trabajo incluyen estudios relacionados con la familia y la salud mental. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0987-5930>

2 Licenciada en Psicología por la Universidad Veracruzana, especializada en la atención de casos de violencia familiar y género en el hospital Rafael Lucio de Xalapa, Veracruz. Estudiante de la maestría en Psicología Clínica de la Universidad Euro Hispanoamericana, México.

3 Doctora en Psicología por la Universidad Veracruzana, México. Posdoctorante en el Instituto Nacional de Salud Pública, su principal línea de investigación se enfoca en el estudio de los aspectos psicosociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0699-8783>

4 Doctora en psicología por la UNAM, especialista en terapia familiar. Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México. Estudia la motivación orientada al logro y aspectos positivos del ser humano. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1457-7471>

se plantea en términos del papel protector de la familia para la salud mental.

each other than to those with intermediate scores. The discussion addresses the protective role of family support for mental health.

PALABRAS CLAVE: Cohesión, adaptabilidad, FACES III, depresión, ansiedad

KEYWORDS: Cohesion, adaptability, FACES III, depression, anxiety

1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es la percepción de una persona sobre su situación de vida, considerando su contexto cultural y de valores, así como la relación que guarda con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (The Whoqol Group, 1998a). Este término involucra diversos sistemas culturales, que incluyen al individuo (ser físico y ser psicológico), a su familia, a sus grupos sociales, al sistema socioeconómico, a los medios materiales (vivienda y alimentación) y a los demás servicios requeridos para desarrollarse en plenitud (salud, educación, entre otros).

En primer lugar, el ambiente lo conforma la familia, luego el grupo social y la cultura (véase Bronfenbrenner, 1979). La familia es un conjunto de personas, generalmente consanguíneas, que interactúan dentro de un mismo espacio. Para Minuchin (1990) es un sistema sociocultural abierto, dinámico y en transformación constante, que enfrenta una serie de tareas evolutivas según su ciclo vital. Idealmente, la familia genera un ambiente saludable en su interior, que permite a sus integrantes identificarse como uno de sus miembros y sentirse parte

de ella (López-Suárez, 2014), además de prepararlos para la interacción social y para enfrentar los retos y las exigencias de la vida (Flores-Peña et al., 2024).

Como sistema, la familia tiene patrones de comportamiento, con reglas de interacción entre sus miembros, y entre ellos y el exterior que son repetitivas, relativamente estables (Minuchin, 1990), que determinan su estilo de vida y promueven su funcionalidad o disfuncionalidad (Palomar-Lever, 1998). Se conoce como funcionalidad familiar a las interacciones de vínculos afectivos entre sus miembros, que incluso deben ser susceptibles de cambiar con el fin de superar las dificultades evolutivas que tienen como familia (Olson et al., 1979). El funcionamiento familiar influye en la salud mental de sus integrantes (Flores-Peña et al., 2024) y se compone de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad.

La cohesión familiar se refiere al grado de cercanía y a los lazos emocionales existentes entre sus miembros o al conjunto de interconexiones y afiliaciones entre ellos (Drake & Ginsburg, 2012), que les dan soporte, proveen de autonomía individual y dan lugar a cuatro tipos de familia (Olson,

2000), a partir de dos componentes claramente diferenciados: el lazo emocional entre sus miembros y el grado de autonomía individual dentro del sistema familiar (Olson et al., 1979).

Según Olson (2000), en función del grado de cohesión existen cuatro tipos de familia: (a) No relacionada, en la que sus integrantes están desligados, tienen poca conexión y cercanía emocional entre sí, hay poco afecto y apoyo, y se enfatiza la independencia de sus integrantes, por lo que conviven poco. Hay nula pertenencia y alta autonomía. (b) Semirrelacionada, que tiene una cohesión moderada baja, existen relaciones emocionales, pero con cierta separación entre sus miembros, se tiene mucha interacción con el exterior y mediana en el interior. Se caracteriza por una pertenencia moderada y suficiente autonomía. (c) Relacionada, la cual presenta cohesión en un grado ideal, pues sus integrantes poseen alto grado de cercanía emocional, con cierta dependencia entre ellos, pero con suficiente autonomía, pasan tiempo juntos, están unidos, pero también son capaces de mantener su individualidad. Se distingue por poseer buena pertenencia y buena autonomía. (d) Aglutinada, donde los integrantes tienen una excesiva cercanía emocional, de tal manera que están altamente fusionados, hay mucha lealtad, pero también hay ausencia de independencia y de espacio personal, sus miembros están pobremente diferenciados. Esta familia tiene alta pertenencia y baja autonomía.

Por otra parte, la adaptabilidad es el grado de flexibilidad de la familia para cambiar su estructura de poder o liderazgo, sus

roles y negociar sus reglas, en respuesta al estrés que traen consigo las demandas naturales de la evolución vital de sus miembros (Olson, 1989). Es una capacidad muy importante para responder funcional y saludablemente a las demandas internas y externas a la familia. Olson (2000) identifica cuatro tipos de familia, según su adaptabilidad: (a) Rígida, la cual tiene nula flexibilidad para cambiar su estructura de poder y los roles que cumple cada quien, asumen una disciplina rígida, sin opción a negociación, aun cuando el ambiente lo esté exigiendo. (b) Estructurada, que posee una flexibilidad moderada, quienes asumen las funciones parentales ejercen el liderazgo mediante una disciplina democrática y con capacidad de negociación, pero los roles y las reglas tienden a ser estables, sin llegar a ser rígidos. (c) Flexible, también con una flexibilidad moderada, puede haber poca claridad en el liderazgo y alta capacidad de negociación; los roles y las reglas están sujetos a cambio, tanto como sea necesario. (d) Caótica, con alta flexibilidad, ausencia o inestabilidad en el liderazgo, roles y reglas no definidos y cambiantes, nula disciplina y alto grado de imprevisibilidad.

La salud mental, el bienestar y la calidad de vida individuales se encuentran asociadas con el funcionamiento familiar (Marzilli et al., 2020; Mireles-Alonso et al., 2022; Oltean et al., 2020; Taha et al., 2022; Zhang et al., 2024). Se han realizado esfuerzos por comprender los tipos de interacción familiar que inciden especialmente en fenómenos de salud como la depresión y la ansiedad, que actualmente representan problemas de salud pública. Según la OMS (2023a), 280 millones de personas sufren depresión

y alrededor de 301 millones presentaron algún trastorno de ansiedad (OMS, 2003b).

Antes de abordar las investigaciones que se han realizado, se describirán las características de la depresión y de la ansiedad. La depresión es una alteración en el estado de ánimo, cuya sintomatología consiste en tristeza, pesimismo, sentimiento de culpa o de castigo, irritabilidad, fracaso, indecisión, desvalorización, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, cambios en los hábitos de sueño o apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de placer, interés, energía o de interés en el sexo (Beck, Steer et al., 1988).

La ansiedad es una reacción orgánica que ocurre ante la alerta de un potencial daño o peligro, sea real o imaginario. Esta presenta síntomas físicos, psicológicos y somáticos, tales como: torpeza o entumecimiento, acaloramiento, temblor en las piernas, incapacidad de relajarse, sentirse mareado o que se le va la cabeza, con latidos del corazón fuertes y acelerados, con temblores en las manos, con sensación de ahogo, con temor a que ocurra lo peor, inestable, atemorizado o asustado, nervioso, tener miedo; miedo a perder el control, temor a morir, sensación de bloqueo, inquietud o inseguridad, problemas digestivos, desvanecimientos, rubor facial, sudores fríos o calientes (Beck, Epstein et al., 1988).

Las investigaciones respaldan una relación significativa entre cohesión familiar, calidad de vida y salud mental. En adolescentes, la cohesión y el ajuste familiar predicen la calidad de vida física y mental, especialmente cuando la cohesión

real supera las expectativas ideales (Tofan, 2024). Un ambiente familiar positivo se asocia con mayor bienestar general (Durón-Ramos et al., 2019). Además, estudios encuentran una correlación negativa entre cohesión familiar y depresión (Bian et al., 2024; Álvarez-Zúñiga et al., 2009; Li et al., 2021), e incluso con sentimientos antidepresivos en adultos mayores (Flores-Pacheco et al., 2012). Comparaciones entre familias con y sin miembros con depresión revelan mayor cohesión en los grupos sin diagnóstico (Du et al., 2014).

En relación con la ansiedad en adolescentes, la cohesión familiar se correlaciona negativamente con la ansiedad (Farmakopoulou et al., 2024), aunque algunas investigaciones limitan esta relación a la ansiedad como respuesta situacional (García-Rodríguez & García-Rodríguez, 2021). Otras observan que la disfuncionalidad familiar y una adaptabilidad rígida se relacionan con ansiedad y depresión en casos clínicos (Martínez-Hernández, 2024). Finalmente, familias con baja cohesión y alta adaptabilidad muestran niveles de ansiedad superiores a las familias balanceadas (Farmakopoulou et al., 2024).

Los estudios antes citados se han realizado con muestras de población psiquiátrica, en prisión, cuidadores primarios, adolescentes o adultos mayores. Además, considerando que la influencia de las interacciones familiares con la salud mental se expresa de formas distintas en función del paso del tiempo y el contexto sociocultural (Delfín-Ruiz et al., 2021), se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios en una muestra no clínica de adultos para

reconocer patrones actuales de interacción entre variables psicosociales y de salud mental. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias en calidad de vida, depresión y ansiedad, según el tipo de cohesión y adaptabilidad familiares en adultos de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra por conveniencia quedó conformada por 250 adultos. Fueron 116 hombres y 134 mujeres, entre 18 y 75 años ($M=39.18 \pm 10.32$). Su escolaridad fue secundaria ($n=103$), primaria ($n=69$), bachillerato ($n=44$), licenciatura ($n=9$) y carrera técnica ($n=4$); 21 respondientes no habían alcanzado ningún nivel de escolaridad. Respecto de su estado civil, 91 estaban casados, 89 vivían en unión libre, 58 estaban solteros, 7 eran viudos, 1 divorciado, 3 señalaron otro tipo de estado civil y una no respondió. Tenían entre 0 y 13 hijos ($M=2.66 \pm 1.61$) y en su casa vivían entre 1 y 11 personas ($M=4.40 \pm 1.38$). La gran mayoría no tenía empleo ($n=170$).

Los padecimientos que tenían eran crónico-degenerativos ($n=34$), de otro tipo, pero no psiquiátricos ($n=11$) y ninguno ($n=205$).

2.2 Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Elaborado *ex profeso*, recabó información sobre el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, el número de hijos, el número de personas que vivían en casa, si tenían empleo y la presencia de padecimientos.

Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III (Olson et al., 1985) versión mexicana (Ponce-Rosas et al., 2002). La escala mide el grado de cohesión y de adaptabilidad familiares. Está conformada por 20 reactivos, en escala tipo Likert de 5 opciones. En esta investigación se emplearon 4 opciones de respuesta que iban de 1 (nunca) a 4 (casi siempre) para evitar que los participantes cayeran en el sesgo central (marcar la opción intermedia) y se vieran forzados a tomar una posición. La versión utilizada en este estudio tuvo los siguientes valores de confiabilidad: cohesión $\alpha=.81$ y adaptabilidad $\alpha=.87$.

Para integrar la cohesión familiar se suman los reactivos impares; posteriormente, el total se clasifica según los puntos de corte que aparecen entre paréntesis, para los cuatro tipos: no relacionada (10-28 puntos), semirrelacionada (29-32 puntos), relacionada (33-37 puntos) y aglutinada (38-40 puntos). Estas categorías implican un orden de muy poca cohesión a demasiada cohesión. La suma de los reactivos pares dan el valor de adaptabilidad familiar, dividiéndose en cuatro tipos: rígida (10-16 puntos), estructurada (17-19 puntos), flexible (20-24 puntos) y caótica (25-40 puntos). Estas categorías están ordenadas de muy poca adaptabilidad hasta demasiada. Los puntos de corte, aquí presentados, son equivalentes para un puntaje máximo de 40, en vez de 50, como en la escala original (Pérez-Pedraza et al., 2022).

Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (The Whoqol group, 1998b) versión en castellano (López-Huerta et al., 2017). El instrumento evalúa la calidad de vida percibida durante

las últimas dos semanas mediante 26 reactivos que se responden en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde mayor puntaje representa una mayor presencia del atributo. Se compone por cuatro factores: salud psicológica (6 reactivos), salud física (7 reactivos), ambiente (8 reactivos) y relaciones sociales (3 reactivos) y por dos reactivos generales sobre calidad de vida. Tiene una confiabilidad superior a .70 de alfa de Cronbach en todas las dimensiones y en la escala total.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer et al., 1988), validado en población mexicana por Jurado et al. (1998). El instrumento permite determinar la presencia y la gravedad de 21 síntomas depresivos experimentados en las últimas dos semanas. Ofrece 4 opciones de respuesta, que se califican de 0 a 3 puntos, según la gradación que el participante considere (i.e. 0. No me siento triste; 1. Me siento triste gran parte del tiempo; 2. Me siento triste todo el tiempo y 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo). Presenta un alfa de Cronbach de .87. La sumatoria de la calificación de los 21 reactivos se clasifica considerando puntos de corte para indicar la gravedad de los síntomas: síntomas depresivos mínimos (0-9 puntos), síntomas depresivos leves (10-16 puntos), síntomas depresivos moderados (17-29 puntos) y síntomas depresivos severos (30-63 puntos), según indican Jurado et al. (1998).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein et al., 1988), en su versión mexicana (Robles-García et al., 2001). El inventario consta de 21 reactivos, para identificar la intensidad de los síntomas ansiosos

presentados en la última semana, incluido el día de hoy, valorándolos en una escala de Likert con 4 opciones de respuesta que van de 0 a 3; entre mayor puntaje, mayor presencia e intensidad de la sintomatología. Su confiabilidad es de .83, indicada con el alfa de Cronbach. La sumatoria de los 21 reactivos se clasifican, según Robles-García et al. (2001) de la siguiente manera: de 0 a 5 puntos, síntomas de ansiedad mínima; de 6 a 15 puntos, síntoma de ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, síntomas de ansiedad moderada y de 31 a 63 puntos, síntomas de ansiedad severa.

2.3 Procedimiento

Al inicio de la investigación se hicieron los trámites requeridos para que los directivos de un centro público de salud de primer nivel, ubicado en la ciudad en que se llevó a cabo el estudio, autorizaran la recolección de la información. Posteriormente se invitó a participar a quienes asistían como usuarios o acompañantes al hospital, específicamente se reclutaron cuando acudían a los servicios de expedición de certificados médicos, vacunación y planificación familiar. Cabe mencionar que los participantes no acudían al centro de salud a tratar patologías, sino a recibir servicios médicos preventivos y/o administrativos. Los interesados en participar se trasladaban a un aula, en grupos de 15 a 35 personas. Allí, el investigador principal les comunicaba los objetivos, alcances y mecanismos de participación. Quienes aceptaron colaborar firmaron un consentimiento informado que incluía sus nombres y números telefónicos o correos electrónicos para contactarlos en caso de ser necesario. Entonces se procedió a la aplicación de los instrumentos, con

una duración aproximada de 20 minutos. Siempre estuvieron presentes dos psicólogas y una trabajadora social que laboraban para la entidad de salud, con la finalidad de resolver cualquier duda o inquietud expresada por los sujetos.

2.4 Consideraciones éticas

Se contó con un consentimiento informado, se respetó la dignidad de los participantes y se mantuvo la confidencialidad en el manejo de la información, considerando los principios científicos y éticos para la investigación contemplados en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2009) y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (1984). Se informó a quienes participaban que no recibirían beneficio directo por colaborar en el estudio. Una vez analizada la información, se contactó a los participantes que presentaron puntajes elevados de depresión o ansiedad para ofrecerles la posibilidad de asistir a consulta psicológica con el personal de salud.

2.5 Análisis de datos

Se verificó el tipo de distribución de frecuencia con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; al no encontrar normalidad en los datos, se empleó la prueba Kruskal-Wallis para determinar las diferencias entre los cuatro tipos de familia para cohesión y para adaptabilidad, en el resto de las variables. Asimismo, se efectuó la prueba de correlación por rangos de Spearman (ρ), para identificar las correlaciones existentes. Los análisis se realizaron con el programa *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS) versión 23. En todos los casos, el nivel de confianza se preestableció en .95.

3. RESULTADOS

Los puntajes de todas las variables tenían una distribución no normal. La cohesión familiar tuvo un puntaje superior a la media teórica. Apenas superior a la media teórica se ubicaron calidad de vida, salud psicológica, salud física y relaciones sociales; así como el indicador de calidad de vida general. La adaptabilidad y el ambiente presentaron valores parecidos a la media teórica, y la depresión y la ansiedad tuvieron una media muy por debajo de la teórica (ver tabla 1).

Respecto de la depresión, los participantes se clasificaron principalmente con síntomas depresivos mínimos ($n=194$), seguidos de síntomas depresivos leves ($n=34$) y en menor cantidad, con síntomas depresivos moderados ($n=20$) y con síntomas depresivos severos ($n=2$). La mayoría presentó síntomas ansiosos mínimos ($n=136$), seguida por síntomas ansiosos leves ($n=79$); pocos tuvieron síntomas ansiosos moderados ($n=29$) o síntomas ansiosos severos ($n=6$).

La clasificación de familias, por su cohesión, se encontró de la siguiente manera: 14 no relacionadas, 37 semirrelacionadas, 148 relacionadas y 51 aglutinadas. Con esta clasificación, se conformaron grupos para determinar diferencias en calidad de vida, depresión y ansiedad.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables bajo estudio

Variables	Media teórica ponderada*	Mín	Máx	Mdn	M ⁺⁺	DE	Sesgo	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov ⁺⁺⁺ (g =250)
Cohesión familiar $\alpha=.65$	2.50	18	40	36	34.74 (3.47)	3.54	-1.28	2.50	0.15*
Adaptabilidad familiar $\alpha=.59$	2.50	14	40	26	26.02 (2.60)	4.43	0.36	0.31	0.09*
Calidad de vida (CV) total $\alpha=.88$	3.00	54	127	87	88.24 (3.39)	12.15	0.31	0.20	0.08**
Indicador de calidad de vida general $\alpha=.58$	3.00	2	10	7	6.83 (3.41)	1.52	0.37	-0.14	0.20*
CV: Salud psicológica $\alpha=.71$	3.00	11	30	22	21.98 (3.66)	3.46	-0.25	0.02	0.09*
CV: Salud física $\alpha=.67$	3.00	11	35	25	24.92 (3.56)	4.06	0.04	-0.10	0.09*
CV Ambiente $\alpha=.74$	3.00	15	37	24	24.70 (3.09)	3.97	0.57	0.42	0.13*
CV Relaciones sociales $\alpha=.67$	3.00	3	15	9	9.80 (3.27)	2.44	0.03	0.00	0.16*
Síntomas depresivos $\alpha=.86$	1.5	0	39	4	5.89 (0.28)	6.66	1.72	3.38	0.19*
Síntomas ansiosos $\alpha=.93$	1.5	0	63	5	7.50 (0.36)	8.63	2.29	8.15	0.19*

* $p < .001$; ** $p < .01$

+La media teórica ponderada es el valor que tomaría la media en una distribución normal, considerando las opciones de respuesta (i.e. de 1 a 4, de 0 a 3). ++Entre paréntesis se encuentra la media ponderada entre el número de reactivos. +++Corrección de significancia Lilliefors

Nota: α = alpha de Cronbach estandarizado

Fuente: elaboración propia

cuatro tipos de familias según la cohesión para: calidad de vida total, salud psicológica, salud física, ambiente, relaciones sociales y para la sintomatología de depresión (ver tabla 2). No se realizaron pruebas *post hoc*, debido a la gran diferencia en el tamaño de los grupos; sin embargo, se notó una tendencia en los puntajes. En calidad de vida y sus factores las puntuaciones fueron subiendo conforme las familias presentaban mayor grado de cohesión; es decir, los puntajes más bajos en calidad de vida se ubicaron en las familias no relacionadas y los más altos en las aglutinadas. En el caso de la sintomatología depresiva también se evidenció una tendencia, pero en el sentido opuesto; esto es, que los puntajes de síntomas depresivos fueron mayores en las familias clasificadas con menor cohesión y disminuían conforme las familias presentaban mayor cohesión, entonces los puntajes más altos fueron para familias no relacionadas y los más bajos las familias aglutinadas.

Se encontró correlación positiva, mediante el cálculo del coeficiente rho de Spearman, entre cohesión y calidad de vida total ($\rho=.32$, $p<.001$), salud psicológica ($\rho=.27$, $p<.001$), salud física ($\rho=.25$, $p<.001$), ambiente ($\rho=.24$, $p<.001$) y relaciones sociales ($\rho=.27$, $p<.001$), y negativa entre cohesión y depresión ($\rho=-.18$, $p<.01$).

Los resultados con base en la clasificación de la adaptabilidad familiar fueron: 2 familias rígidas, 9 estructuradas, 91 flexibles y 148 caóticas. Esta clasificación implica un orden de menor a mayor grado de adaptabilidad. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en calidad de vida total y en ambiente (ver tabla 3). Tampoco se realizaron pruebas *post hoc*, debido a la gran diferencia en el tamaño de los grupos. Se encontró una tendencia: los grupos extremos en adaptabilidad (es decir, las familias rígidas y las caóticas) tuvieron puntajes más parecidos entre sí, que los presentados en los grupos con mediana adaptabilidad: familias estructuradas y flexibles. Esto fue más notorio en calidad de vida total.

A partir del coeficiente rho de Spearman, se encontró correlación positiva entre adaptabilidad y calidad de vida total ($\rho=.14$, $p=.02$), ambiente ($\rho=.18$, $p<.01$) y relaciones sociales ($\rho=.15$, $p=.02$).

4. DISCUSIÓN

La afiliación es una de las tres necesidades básicas del hombre (H. A. Murray, 1938 en E. J. Murray, 1964) que, a su vez, es la base para la individuación y la autonomía del ser humano. Esta necesidad se ve satisfecha en el primer núcleo social: la familia, mediante dos funciones básicas, el sentido de pertenencia y la individuación. En esta investigación se encontró que conforme las familias se clasifican con mayor cohesión, existe mayor calidad de vida en todas sus dimensiones y menor presencia de síntomas depresivos. Esta relación pudiera explicarse en un aspecto puramente biológico. Si la familia provee seguridad y cuidado, características de una buena dosis de cohesión, se estimula la producción de oxitocina, que genera bienestar y disminuye la posibilidad presentar depresión, explicándose así un enlace

Tabla 2. Rangos medios de la escala de calidad de vida, depresión y de ansiedad, en función del tipo de cohesión familiar

Variables	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Kruskal-Wallis	
	n=14	n=37	n=148	n=51	gl=3	p
RANGO PROMEDIO						
Calidad de vida (CV) total	84.00	105.64	125.57	151.09	13.81	<.001
Indicador de CV general	92.14	118.05	131.14	123.69	4.53	.21
CV: Salud psicológica	85.79	110.95	123.60	152.48	13.04	.01
CV: Salud física	87.11	115.28	123.77	148.46	9.97	.02
CV Ambiente	95.36	111.70	124.40	146.97	8.38	.04
CV Relaciones sociales	93.25	105.74	127.08	144.10	9.21	.03
Síntomas depresivos	151.36	136.08	128.45	102.18	8.24	.04
Síntomas ansiosos	145.43	134.64	128.32	105.23	5.93	.12

biopsicosocial. Los estudios demuestran comportamiento social y decremента que esta relación es bidireccional, pues la la ansiedad, mientras que los ambientes presencia de oxitocina genera más apego,

Tabla 3. Rangos medios de la escala de calidad de vida, depresión y de ansiedad, en función del tipo de adaptabilidad familiar

Variables	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	Kruskal-Wallis	
	n=2	n=9	n=91	n=148	gl=3	p
RANGO PROMEDIO						
Calidad de vida (CV) total	136.00	108.39	108.09	137.10	9.64	.02
Indicador de CV general	208.50	96.67	117.54	131.02	6.35	.10
CV: Salud psicológica	105.25	86.83	115.33	134.38	6.82	.08
CV: Salud física	121.25	146.22	113.54	131.65	4.33	.23
CV Ambiente	154.75	83.28	110.22	137.07	11.34	.01
CV Relaciones sociales	76.75	127.39	112.89	133.80	5.77	.12
Síntomas depresivos	106.50	110.61	134.65	121.04	2.57	.46
Síntomas ansiosos	95.00	90.33	132.31	123.86	3.39	.34

familiares adversos decremantan la oxitocina (García-Puente, 2016).

Además, la cohesión promueve una interacción familiar en la cual el apoyo mutuo de sus miembros, proporciona una red emocional que puede mitigar el estrés y los síntomas de depresión. Este apoyo también podría contribuir a tener una mejor calidad de vida respecto de la salud física, ya que el estrés emocional afecta negativamente al cuerpo (Mayo Clinic, 2024). El soporte emocional cohesivo podría fomentar hábitos de autocuidado, derivado de haber aprendido el cuidado mutuo observado entre los integrantes de la familia. La interdependencia positiva dentro de una familia cohesionada también fortalece las relaciones sociales externas, ya que las personas que se sienten apoyadas en casa tienden a formar relaciones más saludables con su ambiente (véase Chen et al., 2021); es decir, con personas y sistemas externos a la familia, pero también un buen manejo de los recursos con los que cuentan, de tal forma que se incremente la calidad de vida con un buen entorno ambiental y de relaciones sociales.

El apoyo emocional al interior de una familia es clave para reducir la depresión, ya que las personas que cuentan con fuertes redes de apoyo provenientes de ese núcleo son más resilientes frente a la adversidad. Por ejemplo, los adolescentes de familias cohesivas tienden a internalizar las actitudes de sus padres ante las emociones (Hu et al., 2024), aprendiendo a autorregularse.

En este estudio también se encontró que las familias clasificadas en los extremos de

la adaptabilidad tienen mejores puntajes en calidad de vida y en ambiente. En una familia rígida, puede haber una sensación de control sobre el ambiente familiar debido a reglas y límites claros, lo que podría generar una percepción de seguridad y de estabilidad que se extrapola al exterior. Aunque en realidad el funcionamiento familiar no sea óptimo en términos de flexibilidad y de adaptación a las exigencias internas y externas, la jerarquía adecuada y la claridad de roles y tareas pudiera promover un manejo más eficiente de los recursos familiares, incluyendo los económicos, propios del factor ambiente en la calidad de vida. Esto mismo pudiera aumentar la cooperación y el trabajo conjunto para mantener un hogar en buenas condiciones. Todo este entorno aunque rígido, pudiera generar certezas o estabilidad al haber permanencia en la organización y relaciones familiares, funcionando como una especie “refugio psicológico” frente a amenazas externas, generando una percepción de mayor seguridad y bienestar en un entorno potencialmente hostil y por ende, evaluar positivamente su calidad de vida y su ambiente.

A su vez, en las familias caóticas, los integrantes podrían haber normalizado un estado de indefinición y altamente cambiante, lo que podría traducirse en una menor capacidad para percibir el desorden o la falta de estructura como algo que impacta negativamente en la calidad de vida o en su ambiente. En ciertos casos, las familias que viven en situaciones caóticas desarrollan estrategias de supervivencia que les permiten adaptarse a su entorno, lo que puede llevar a una sensación subjetiva de control sobre su ambiente, incluso si desde

fuera pareciera que el caos prevalece. Esto puede ser interpretado como un “ajuste funcional” al desorden.

5. LIMITACIONES

Una de las limitaciones del trabajo es que se tomó la medición de las variables familiares en un solo integrante de esta agrupación reclutado por conveniencia. Diferentes investigaciones han probado que los integrantes de la familia tienden a percibir diferente el funcionamiento familiar, especialmente tienden a mostrarse calificaciones más bajas en cohesión y en adaptabilidad si responden los adolescentes comparativamente así contestan los padres (Li et al., 2021). Asimismo, los hijos tienden a ver una adaptabilidad rígida, mientras que los padres lo perciben como flexible (Li et al., 2021; Martínez-Hernández, 2024). Entre hermanos también varía la evaluación (Martínez-Hernández, 2024). Asimismo, dado que el contexto de reclutamiento de participantes implicaba prácticas voluntarias relacionadas con el autocuidado, los resultados podrían estar determinados por las características propias de personas que procuran conductas preventivas en salud; es decir, con un mayor sentido de autocontrol, autonomía y bienestar. Por otra parte, el instrumento con el que se evaluó la funcionalidad familiar pudo verse afectado por la modificación en el número de opciones de respuesta; sin embargo, se trató de disminuir esta situación haciendo proporcionalmente equivalentes los puntos de corte considerando esa reducción. Futuras investigaciones deberán considerar estos aspectos en sus diseños.

6. CONCLUSIONES

La cohesión familiar influye de forma positiva en la percepción de la calidad de vida general y en una menor presencia de síntomas depresivos, mientras que la adaptabilidad familiar de tipo rígida y caótica se relacionaron con una mayor calidad de vida general y ambiental. Estos hallazgos aportan elementos para comprender la influencia de la familia en la salud mental y el bienestar en una muestra no clínica de adultos.

REFERENCIAS

- Álvarez-Zúñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silva Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.
- Asociación Médica Mundial. (2009). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(2), 209-212. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0522>
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, M. G. J. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bian, Y., Jin, K., & Zhang, Y. (2024). The association between family cohesion and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 355, 220-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.138>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Cheng, W. Y., Cheung, R. Y. M., & Chung, K. K. H. (2021). Understanding adolescents' perceived social responsibility: The role of family cohesion, interdependent self-construal, and social trust. *Journal of adolescence*, 89, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.04.001>
- Delfín-Ruiz, C., Saldaña-Orozco, C., Cano-Guzmán, R., & Peña-Valencia, E. J. (2021). Caracterización de los roles familiares y su impacto en las familias de México. *Revista de Ciencias Sociales*, 27(3), 128-137.
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child Family Psychology Review*, 15, 144-162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>
- Du, N., Ran, M. S., Liang, S. G., SiTu, M. J., Huang, Y., Mansfield, A. K., & Keitner, G. (2014). Comparison of family functioning in families of depressed patients and nonclinical control families in China using the family assessment device and the family adaptability and cohesion Evaluation scales II. *Annals of Clinical Psychiatry*, 26(1), 47-56.
- Durón-Ramos, F., Tapia-Fonllem, C. O., Corral-Verdugo, V., & Fraijo-Sing B. S. (2019). Ambiente familiar positivo y bienestar personal: Comparación entre población urbana y rural. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 225-239.
- Farmakopoulou, I., Lekka, M., & Gkintoni, E. (2024). Clinical symptomatology of anxiety and family function

- in adolescents—the self-esteem mediator. *Children*, 11, Article 338. <https://doi.org/10.3390/children11030338>
- Flores-Peña, M. R., Navarrete-Cueto, C. A., & Araiza-López, C. (2024). Relación de la variable de funcionalidad familiar y salud mental de los estudiantes universitarios de la unidad académica de Bahía de Banderas, Universidad Autónoma de Nayarit. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, XI(3), Artículo 52.
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., & Alonso-Vázquez, O. (2012). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 3(2), 89-100. <https://doi.org/10.5460/jbhsv3.2.30224>
- García-Puente, M. A. O. (2016). El sistema oxitocinérgico y el entramado de las relaciones sociales. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI(3), 37-53.
- García-Rodríguez, D., & García-Rodríguez, C. (2021). Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Journal of neuroscience and public health*, 1(1), 19-26.
- Hu, J., Zhou, T., & Huang Z. (2024). Parental emotion socialization, emotion regulation and depressive symptoms in Chinese adolescence: The role of family cohesion. *Journal of Early Adolescence*, 44(3), 281-305. <https://doi.org/10.1177/02724316231176955>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/705
- Li, M., Li, L. Wu, F., Cao, Y., Zhang, H., Li, X., Zou, J., Guo, Z., & Kong, L. (2021). Perceived family adaptability and cohesion and depressive symptoms: A comparison of adolescents and parents during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorder*, 287, 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.048>
- López-Huerta J. A., González-Romo R. A., & Tejeda-Tayabas, J. M. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHO Qol bref en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- López-Suárez, A. D. (2014). La familia y la salud de sus integrantes. En T. García-Campos, J. A. Barradas-Bribiesca, L. Chacón-Gutiérrez, F. E. Correa-Romero, L. F. García-y-Barragán & A. D. López-Suárez. *Emoción y salud*. McGraw-Hill Education.
- Martínez-Hernández, D. (2024). Estudio de salud familiar: Enfrentando la ansiedad y depresión en familia. *Innovación y desarrollo tecnológico, Revista digital*, 16(3), 1200-1309.
- Marzilli, E., Cerniglia, L., Ballarotto, G., & Cimino, S. (2020). Internet addiction among young adult university students: The complex interplay

- between family functioning, impulsivity, depression, and anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, Article 8231. <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph17218231>
- Mayo Clinic. (2024). El estrés crónico pone tu salud en riesgo. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress/art-20046037>
- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Mireles-Alonso, M. A., Salazar-Barajas, M. E., Guerra-Ordóñez, J. A., Ávila-Alpirez, H., Silva-Fhon, J. R., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>
- Murray, E. J. (1964). *Motivation and emotion*. Prentice-Hall.
- Olson, D. H. (1989). Family assessment and intervention. *Child and Youth Services*, 11, 9-48. https://doi.org/10.1300/J024V11N01_02
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3-28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Manual de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III manual)*. Life Innovation.
- Oltean, I. I., Perlman, C., Meyer, S., & Ferro, M. A. (2020). Child mental illness and mental health service use: Role of family functioning (family functioning and child mental health). *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2602-2613. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01784-4>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023b). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Palomar-Lever, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida* [Tesis de doctorado; inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez-Pedraza, B. D. L. A., López-Rodríguez, D. I., & De-León-González, D. M. (2022). Funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento ante el confinamiento en casa por COVID 19: Un abordaje psicosocial en fenómenos de la salud. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 90-114.
- Ponce-Rosas, E. R., Gómez-Clavelina, F. J., Terán-Trillo, M., Irigoyen-Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79124-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79124-5)

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud* (1984). Diario Oficial de la Federación, México, última reforma 2 de febrero de 2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Robles-García, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Taha, A. A., Azar, N. G., Eisen, A. M., Abdul-Rahman, H. Q., & Hanes, D. A. (2022). Parental worrying, family functioning, and quality of life during the COVID-19 pandemic. *Nursing Research*, 71(2), 96-103.
- The Whoqol Group (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- The WHOQOL Group. (1998b). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Tofan, C. M. (2024). The impact of ideal and real discrepancies of family functionality perception over the quality of life in a minority population. *Canadian Journal of Family and Youth*, 16(2), 20-39.
- Zhang, J., Duan, X., Yan, Y., Tan, Y., Wu, T., Xie, Y., Yang, B. X., Luo, D., & Liu, L. (2024). Family functioning and adolescent mental health: The mediating role of bullying victimization and resilience. *Behavioral Sciences*, 14(8), Article 664. <https://doi.org/10.3390/bs14080664>