

Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados

ALFONSO URZÚA M.¹, EDITH CORTÉS R.², LESLEY PRIETO C.²,
SUSANA VEGA B.², KESSIA TAPIA N.²

1. Psicólogo, Magíster en Salud Pública, Doctor en Psicología Clínica y de la Salud.

2. Psicóloga, Licenciada en Psicología.

Área Psicología de la Salud, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile

ABSTRACT

Self-report of Quality of Life in School Age Children and Adolescents

Background: Although quality of life has been incorporated as a comprehensive indicator of health status, there are no standards available. **Objective:** To report values that can be used as standards in clinical and public health areas. **Methods:** 1 678 children and adolescents (8 to 18 years old) were evaluated. They came from public, semiprivate and private schools in the city of Antofagasta (North of Chile) utilizing KIDSCREEN-27 questionnaire. **Results:** The study shows mean and decile values for each of the five domains assessed (physical wellbeing, psychological wellbeing, relationship with parents and autonomy, social support and peers, school environment) for gender, age range and type of school. **Conclusion:** Values were presented which can be used as standards for Chilean children and adolescents in the specified domains. In general, best quality of life was found among boys, younger age children, and those from private schools. These findings are similar to those reported in studies in Spain, utilizing the same instrument.

(Key words: Quality of life, childhood, adolescence, KIDSCREEN-27).

Rev Chil Pediatr 2009; 80 (3): 238-244

RESUMEN

Introducción: Aun cuando se ha ido incorporando la calidad de vida como un indicador comprensivo del estado de salud, no se tienen valores de referencia. **Objetivo:** Reportar valores que puedan ser utilizados como referencia en el campo clínico y de la salud pública. **Método:** Se evalúa a 1 678 niños y adolescentes de entre 8 y 18 años de establecimientos públicos, subvencionados y particulares de la ciudad de Antofagasta a través del cuestionario KIDSCREEN-27. **Resultados:** Se reportan las medias y deciles de cada una de las cinco dimensiones evaluadas (bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, apoyo social y pares, ambiente escolar) para hombres y mujeres, rangos de edad y tipos de establecimiento educacional. **Conclusión:** Los valores presentados en las diferentes dimensiones evaluadas pueden ser utilizados como valores de referencia en población infanto juvenil chilena. En

Trabajo recibido el 06 de marzo de 2009, devuelto para corregir el 20 de abril de 2009, segunda versión el 27 de abril de 2009, aceptado para publicación el 14 de mayo de 2009.

Correspondencia a:

Alfonso Urzúa M.

E-mail: alurzua@ucn.cl

general, los hombres reportan una mejor calidad de vida que las mujeres, al igual que los rangos de menor edad y los establecimientos privados. Estos hallazgos son similares a los reportados en la población española utilizando similar instrumento.

(Palabras clave: Calidad de vida, niñez, adolescencia, KIDSCREEN-27).

Rev Chil Pediatr 2009; 80 (3): 238-244

Introducción

Paulatinamente, el concepto de calidad de vida (CV) ha ido cobrando relevancia como un indicador en las evaluaciones en salud en el campo de la infancia y la pediatría. Este concepto ha permitido complementar las evaluaciones del estado de salud de los niños, niñas y adolescentes aportando información comprensiva a las ya tradicionales medidas de morbilidad y mortalidad utilizadas en salud pública¹, poniendo el énfasis en el funcionamiento cotidiano de los sujetos evaluados.

Bajo una mirada evolutiva, la CV puede ser definida como "la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionados con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad"². A fin de tener una aproximación más cercana a la CV desde esta perspectiva, su evaluación debería comprender algunas características, por ejemplo, que el instrumento utilizado sea específico para la infancia y/o la adolescencia. Usualmente los instrumentos han sido elaborados para una población adulta, trayendo consecuencias en el momento de su aplicación a grupos etarios, puesto que se trata de diferentes experiencias de vida y prioridades y, por ende, no los mismos significados de salud y enfermedad³. Con relación a este último punto del significado personal otorgado a la salud, es que surge una segunda característica: el instrumento a utilizar debe incluir la autopercepción de los participantes. Los mismos niños y adolescentes pueden proporcionar información sobre su estado de salud percibido o sobre las consecuencias de los tratamientos que reciben que no son evidenciados por índices de resultado tradicionales⁴, asumiendo un rol activo en su evaluación⁵. Una tercera característica es que debe ser capaz de entregar información práctica que pueda ser utilizada en el campo clínico o en el de la salud pública, esto

es, valores que puedan ser utilizados como puntos de referencia o líneas base dependiendo de los objetivos propuestos.

A nivel mundial, pese a un reciente aumento en las investigaciones en calidad de vida, sigue existiendo una menor cantidad de estudios dirigidos a la infancia y la adolescencia, así como de desarrollos teóricos acordes a esa etapa evolutiva o bien instrumentos específicos para dicha edad^{6,7}.

En Chile, son escasos los estudios publicados en el campo de la CV en la infancia y la adolescencia⁸ y más aún aquellos que describen valores que puedan ser utilizados como referencia para su uso clínico o epidemiológico, facilitando así la utilización de indicadores o medidas de evaluación como el bienestar, la salud percibida y la CV en los diagnósticos de salud.

En este contexto, el presente trabajo tiene por objeto reportar valores que puedan ser utilizados como referencia en la práctica clínica, en estudios poblacionales, en la descripción del estado de salud auto-percibido de las poblaciones de estudio, establecer comparaciones entre subgrupos o evaluar el efecto de determinadas intervenciones sanitarias⁹.

Se ha considerado estratificar los puntajes por sexo, rango de edad y tipos de establecimiento educacional, puesto que la evidencia sugiere que existen diferencias entre hombres y mujeres^{1,6}, entre grupos de mayor y menor edad^{1,10} y tipo de establecimiento educacional⁶.

Pacientes y Método

Participantes

La muestra fue obtenida de manera intencionada intentando cuidar una similar distribución por sexo, edad y tipo de establecimiento educacional. Participaron en la investigación

1 672 personas, las cuales durante el año 2008 se encontraban cursando entre tercero básico y cuarto medio en 3 establecimientos municipales, 3 particulares y 3 subvencionados. De estos 908 fueron mujeres (54,3%) con un promedio de edad de 11,96 años ($DE = 2,73$) y 764 hombres (45,7%), con un promedio de edad de 11,97 años ($DE = 2,76$).

Procedimiento

En primer lugar se invitó a los establecimientos educacionales a participar en el estudio, coordinándose posteriormente, con aquellos que aceptaron, la fecha y horarios de aplicación del instrumento. Se encuestaron 6 cursos por establecimiento con un promedio de 35 alumnos por nivel, quienes consistieron en un 100% su participación en el. El tiempo de duración de la aplicación fue entre 15 a 30 minutos. Una vez recogidas las encuestas, los datos fueron ingresados a una base de datos construida en SPSS 11.5.

Instrumento

Para evaluar la CV se utilizó un cuestionario KIDSCREEN, instrumento genérico diseñado para medir CV en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Existen tres versiones del instrumento: una de 52 ítems agrupados en 10 dimensiones, una de 27 ítems en 5 dimensiones y una versión de 10 ítems que entrega una única escala de resultados¹¹. Para todas estas existen modalidades de autoreporte como también una versión para los padres o cuidadores¹².

Estos cuestionarios son producto del proyecto KIDSCREEN, financiado por la Comisión Europea, formando parte del *Quality of life and Management of living resources programme*^{10,13}.

En esta investigación se utilizó el KIDSCREEN-27, versión consistente en 27 ítems utilizados para medir 5 dimensiones que conforman la CV¹¹. Este instrumento ha reportado propiedades psicométricas adecuadas en su versión en castellano para España¹⁴, en donde presentó una fiabilidad superior a 0,7 en las 5 dimensiones y en su utilización en población chilena¹⁵, en la cual el alfa de Cronbach de la escala total como de las distintas dimensiones fue superior a 0,70, con una estructura factorial

similar a la teórica de cinco dimensiones y en donde el instrumento fue capaz de discriminar entre hombres y mujeres, así como entre rangos de edad, en los diferentes dominios.

Las 5 dimensiones que conforman la CV son: *Bienestar Físico* (5 ítems) explora los niveles de actividad física, energía y estado físico; *Bienestar Psicológico* (7 ítems) incluye ítems de emociones positivas, satisfacción con la vida y sentimientos de equilibrio emocional; *Relación con los padres y Autonomía* (7 ítems) examina la relación con los padres, la atmósfera en el hogar, y sentimientos de tener la edad apropiada para independizarse y el grado de satisfacción con los recursos económicos. *Apoyo social y pares* (4 ítems) examina la forma de relacionarse con otros niños/as/ adolescentes y; *Ambiente Escolar* (4 ítems) explora la percepción de niños/as y adolescentes de su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración y sus sentimientos acerca de la escuela¹².

Se calculan puntajes Rasch para cada dimensión, los cuales son transformados en valores con una media de 50 y una desviación estándar de 10; los puntajes más altos indican mejor CV y bienestar¹¹. Se describen las medias y desviaciones estándar tanto a nivel global como estratificadas por sexo, rango de edad y tipo de establecimiento educacional. Para evaluar las diferencias de medias en las diversas dimensiones entre hombres y mujeres, así como entre los grupos de edad de 8 a 11 años con el de 12 a 18 se utilizó la prueba T de student para grupos independientes. Para analizar las diferencias en similares medias en los tipos de establecimiento, se realizó primeramente un análisis de varianza, seguido de la prueba post hoc de Scheffé, a fin de evaluar en donde se presentaban estas diferencias. Finalmente, se calculan los deciles para cada una de las dimensiones evaluadas.

Resultados

Participantes

De los 1 672 sujetos, 350 pertenecen a establecimientos municipalizados (38,5), 315 a subvencionados (34,6%) y 243 a particulares (26,7%). De la muestra total, 764 corresponden

a hombres (45,6%) de los cuales 251 pertenecen a establecimientos municipalizados (32,9%), 293 a subvencionados (38,4%) y 220 a particulares (28,8%). La distribución de la muestra por sexo y por rango de edad puede ser observada en la tabla 1.

Medias de dimensiones de calidad de vida por grupos

La tabla 2 muestra las medias por sexo, rango de edad y sexo por rango de edad.

Tal como se puede observar, existen diferencias entre las medias de hombres y mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa en las dimensiones física ($t_{(1634)}=4,79$; $p < ,001$) en donde la media de los hombres es

superior a la de las mujeres y en apoyo social y pares ($t_{(1643)}=-2,52$; $p < 0,01$) y ambiente escolar ($t_{(1640)}=-4,31$; $p < ,001$), en donde la media es superior en las mujeres.

El rango de mayor edad (12 a 18 años) tiene medias inferiores en todas las dimensiones en relación al rango de menor edad (8 a 11 años). Estas diferencias son estadísticamente significativas en la dimensión física ($t_{(1634)}=12,86$; $p < ,001$), psicológica ($t_{(1560)}=8,77$; $p < ,001$), relación con los padres y autonomía ($t_{(1611)}=4,56$; $p < ,001$) y en el ambiente escolar ($t_{(1640)}=12,50$; $p < ,001$).

Al evaluar las diferencias entre las medias en las dimensiones por tipo de establecimiento educacional (tabla 3), se observa diferencias

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

	Hombre	8 a 11 años Mujer	Total	Hombre	12 a 18 años Mujer	Total
Establecimiento municipal	125 (33,8%)	161 (37,3%)	286	126 (32,0%)	189 (39,7%)	315
Establecimiento subvencionado	137 (37,0%)	151 (35,0%)	288	156 (39,6%)	164 (34,5%)	320
Establecimiento particular	108 (29,2%)	120 (27,8%)	228	112 (28,4%)	123 (25,8%)	235
Total	370 (100%)	432 (100%)	802	394 (100%)	476 (100%)	870
Media de edad	9,46	9,42		14,32	14,29	11,96

Tabla 2. Medias según sexo y rango de edad

	Actividad física y salud	Bienestar psicológico	Relación con padres y autonomía	Apoyo social y pares	Ambiente escolar
Total Hombres	47,17 ± 7,83	41,20 ± 4,01	47,26 ± 8,95	51,44 ± 9,89	50,14 ± 9,57
Total Mujeres	45,23 ± 8,39	41,30 ± 4,07	47,95 ± 9,67	52,73 ± 10,55	52,23 ± 9,93
Total 8 a 11 años	48,72 ± 7,76	42,18 ± 4,17	48,76 ± 10,00	52,61 ± 10,77	54,32 ± 10,30
Total 12 a 18 años	43,74 ± 7,87	40,42 ± 3,75	46,63 ± 8,62	51,71 ± 9,79	48,52 ± 8,47
Hombres 8 a 11 años	48,86 ± 7,77	42,02 ± 4,31	47,51 ± 9,48	51,62 ± 10,55	52,14 ± 10,22
Mujeres 8 a 11 años	48,60 ± 7,76	42,30 ± 4,04	49,77 ± 10,31	53,45 ± 10,88	56,19 ± 10,01
Hombres 12 – 18 años	45,63 ± 7,58	40,45 ± 3,56	47,02 ± 8,46	51,28 ± 9,26	48,28 ± 8,51
Mujeres 12 a 18 años	42,16 ± 7,76	40,39 ± 3,90	46,30 ± 8,74	52,07 ± 10,19	48,71 ± 8,43

Tabla 3. Medias según establecimientos educacionales

	Dim. Física	Dim. Psicológica	Dim. Padres y autonomía	Dim. Pares y apoyo social	Dim. Ambiente escolar
Establecimientos municipales	45,90 ± 8,55	41,55 ± 4,37	47,33 ± 9,23	51,34 ± 10,63	51,52 ± 10,19
Establecimientos subvencionados	45,38 ± 8,03	41,08 ± 3,90	47,09 ± 9,68	52,52 ± 9,68	51,09 ± 9,26
Establecimientos particulares	47,31 ± 7,81	41,10 ± 3,77	48,73 ± 9,01	52,70 ± 10,49	51,19 ± 10,04

Tabla 4. Deciles y cuartiles en cada dimensión por rango de edad y sexo

Dimensión	Hombres		Mujeres	
	08-11 años	12-18 años	08-11 años	12-18 años
Bienestar físico	P10	38,47	34,65	38,47
	P25	42,53	40,45	42,53
	P50	49,63	45,91	49,63
	P75	55,60	52,43	55,60
	P90	59,36	55,60	59,36
Bienestar psicológico	P10	37,50	36,66	37,87
	P25	40,39	37,87	40,39
	P50	41,75	40,39	41,75
	P75	44,80	43,21	44,80
	P90	46,53	44,80	46,53
Relación con los padres y autonomía	P10	35,96	38,33	38,33
	P25	42,00	41,72	44,03
	P50	47,93	46,54	49,47
	P75	53,25	51,21	55,75
	P90	59,06	56,41	63,99
Apoyo social y pares	P10	39,93	39,93	39,93
	P25	46,93	44,40	46,93
	P50	53,23	49,79	53,23
	P75	57,83	57,83	66,34
	P90	66,34	66,34	66,34
Ambiente escolar	P10	40,72	38,68	42,94
	P25	45,38	42,94	48,09
	P50	51,08	48,09	56,28
	P75	58,16	54,40	62,84
	P90	62,84	58,16	70,80

estadísticamente significativas sólo a nivel de la dimensiones física ($F_{(1635)} = 7,40$; $p = ,00$) y relación con los padres y autonomía ($F_{(1610)} = 4,34$; $p = ,01$). Utilizando el estadístico de Scheffé se encuentra que las diferencias significativas en la dimensión física son entre establecimientos particulares y subvencionados ($p = ,00$) y entre particulares y públicos ($p = 0,02$). A nivel de la dimensión relación con padres y autonomía, la diferencia se encuentra entre las medias reportadas por establecimientos privados y subvencionados ($p = 0,02$).

Deciles y cuartiles dimensiones calidad de vida por sexo y grupo de edad

En la tabla 4 se pueden encontrar las medias para los deciles 10 y 90, así como por cuartiles.

Discusión

En términos generales, los datos proporcionados pueden constituirse en un marco de refe-

rencia al momento de utilizar el instrumento KIDS-27 en la evaluación de la CV de niños y adolescentes.

A semejanza del estudio español con similar instrumento^{12,16}, la CV es superior en los hombres solamente a nivel de la dimensión del bienestar físico. En los dominios que implican relación con el medio en distintos ámbitos, la media es superior en las mujeres. Estos resultados son esperables, ya que desde una mirada evolutiva, las mujeres priorizan actividades destinadas a la socialización, en tanto los hombres lo hacen en deportes y actividad física¹. A nivel físico, en las mujeres los cambios secundarios y especialmente la menstruación son la causa de muchas complicaciones, siendo los problemas de salud más comunes los desórdenes hormonales, lo que puede incidir en una CV más disminuida en esta dimensión¹⁷.

De manera similar a lo encontrado en el estudio español, a medida que avanza la edad disminuye la media de la CV en todas las

dimensiones^{12,17}. Es posible que los infantes perciban de mejor manera su apariencia física que los y las adolescentes, dado que aun no comienza el período de desarrollo y con esto los problemas generados con el cuerpo por el surgimiento de las características sexuales secundarias^{10,16}. Desde un punto de vista socio evolutivo, los menores invierten más tiempo en actividades escolares y tienen una mejor relación que sus padres, ya que son más dependientes de ellos, lo cual no ocurre en la adolescencia, debido al proceso de individualización¹⁷, lo que podría explicar la diferencia de medias en los otros dominios evaluados.

Otra de las variables que fue considerada es el tipo de establecimiento educacional. Estudios han reportado diferencias entre establecimientos subvencionados y públicos⁶. Se ha sugerido que la exposición a bajos niveles educativos parentales, y por ende menor acceso a la educación privada, se asocia a una disminuida CV en la infancia, mientras que el acceso reducido a recursos materiales (y por consiguiente sociales) pueden conducir a una CV inferior especialmente en la adolescencia¹⁸. Pese a esto, sólo se encontró diferencias en las dimensiones física y relación con los padres y autonomía, en donde los participantes de establecimientos particulares poseen una mejor calidad de vida que los de subvencionados y municipales, lo cual puede tener relación con el ingreso socioeconómico y las posibilidades de acceso a atención médica, alimentación y actividades de autocuidado.

Aun cuando el KIDSCREEN-27 es un instrumento genérico, nuevas líneas de investigación puede ser consideradas si se abarcan poblaciones diferentes de estudio, tal como lo puede ser su utilización en muestras hospitalarias, lo cual permitiría evaluar el posible impacto del estado de salud/enfermedad en la CV percibida. Una limitación compartida por muchos investigadores sigue siendo el déficit de investigaciones latinoamericanas en este tema, con instrumentos desarrollados y validados, acordes a nuestra realidad, ya que en este caso el instrumento aplicado fue desarrollado y evaluado en población europea.

Pese a esto, una gran ventaja, es que los datos presentados pueden ser comparados con

similar población de a lo menos 13 países distintos¹² y pueden constituirse en una referencia útil en la planificación y la gestión sanitaria al incorporar indicadores positivos del desarrollo de la infancia y la adolescencia, o bien en la práctica clínica cotidiana.

Referencias

- 1.- Aymerich M, Berra S, Guillamón I, et al: Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gaceta Sanitaria 2005; 19 (2): 93-102.
- 2.- Serra-Sutton V: Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia. Tesis doctoral del Programa de Salud Pública y Metodología de Investigación Biomédica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. 2006. Barcelona. España.
- 3.- Wee HL, Chua HX, Li SC: Meaning of health-related quality of life among children and adolescents in an Asian country: A focus group approach. Quality of Life Research 2006; 15: 821-31.
- 4.- Cremens J, Eiser C, Blades M: Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: A review of the literature. Quality of Life Research 2006; 15: 739-54.
- 5.- Detmar SB, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Bisegger C, The European KIDSCREEN group: The Use of Focus Groups in the Development of the KIDSCREEN HRQL Questionnaire. Quality of Life Research 2006; 15: 1345-53.
- 6.- Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J: 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 2001; 15 (4): 34-43.
- 7.- Verdugo S: Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. Psicothema 2002; 14 (1): 86-91.
- 8.- Urzúa A, Mercado G: La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del KIDDO-KINDL. Terapia Psicológica 2008; 26 (1): 133-41.
- 9.- Tebe C, Berra D, Herdman M, Aymerich M, Jordi A, Rajmil L: Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN- 52 para población infantil y adolescente. Medical Clinical 2007; 17: 650-4.
- 10.- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, et al & The European KIDSCREEN Group: KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents. Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Research 2005; 5 (2): 465-73.
- 11.- Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni M-C, Auquier P, The KIDSCREEN group: Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. Journal of Adolescent Health 2006; 38: 511-8.

- 12.- *Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, et al & The European KIDSCREEN Group*: The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research* 2007; 16 (8): 1347-56.
- 13.- *Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, et al & The KIDSCREEN Group*: Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research* 2007; 16 (8): 1335-45.
- 14.- *Rajmil L, Herdman M, Fernández de Sanmamed MJ, et al & the KIDSCREEN Group*: Generic Health-related Quality of Life Instruments in Children and Adolescents: A Qualitative Analysis of Content. *Journal of Adolescent Health* 2004; 34: 37-45.
- 15.- *Urzúa A, Cortés E, Vega S, Prieto L, Tapia K*: Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de Vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica* 2009; 27 (1) (en impresión).
- 16.- *Hong SD, Yang JW, Jang WS, et al*: The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents (KID-SCREEN-52-HRQOL): reliability and validity of the Korean version. *J Korean Medicine* 2007; 22 (3): 446-52.
- 17.- *Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U & The European KIDSCREEN group*: Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz.-Präventivmed* 2005; 50: 281-91.
- 18.- *Ruden U, Gosch A*: Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescent: results from a European study. *Journal Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 130-5.