

Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos

Dartagnan Pinto Guedes,¹ Hermán Ariel Villagra Astudillo,²
José María Moya Morales,² Juan del Campo Vecino²
y Raymundo Pires Júnior¹

Forma de citar

Guedes DP, Astudillo HAV, Morales JMM, del Campo Vecino J, Pires Júnior R. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(1):46–52.

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del presente trabajo es determinar diferencias en relación con el sexo, la edad y el país de origen, en los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en una muestra de adolescentes de tres ciudades localizadas en Argentina, Brasil y Chile, utilizando datos recogidos mediante un cuestionario validado y reconocido internacionalmente: el KIDSCREEN-52.

Métodos. Se aplicó el cuestionario KIDSCREEN-52 a 1 357 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años (48,6% varones) en muestras seleccionadas en los tres países. Se utilizó el análisis de varianza univariada (ANCOVA) y se identificaron diferencias entre países de los adolescentes, sexo y edad en cada componente de CVRS.

Resultados. Los datos indican diferencias significativas en componentes específicos de CVRS entre los tres países. Los varones consiguieron puntuaciones significativamente más elevadas que las mujeres en los componentes Bienestar físico ($P < 0,001$), Bienestar psicológico ($P = 0,019$), Estado de ánimo y emociones ($P < 0,001$), Autopercepción ($P = 0,001$), Autonomía ($P < 0,001$) y Relación con los padres y vida familiar ($P = 0,008$). Las puntuaciones medias atribuidas a los componentes Bienestar físico ($P = 0,001$), Bienestar psicológico ($P = 0,001$), Autopercepción ($P = 0,038$), Autonomía ($P = 0,001$), Relación con los padres y vida familiar ($P = 0,001$), Entorno escolar ($P = 0,001$) y Recursos económicos ($P = 0,022$) muestran un descenso significativo con el avance de la edad; en cuanto al componente Rechazo (social/ bullying), los puntajes medios encontrados aumentaron significativamente con la edad ($P < 0,001$).

Conclusiones. Las evidencias encontradas sugieren que las intervenciones en prevención y promoción de la salud deberían ser concebidas para llegar a los grupos-objetivo específicos y tendrían que contemplar acciones de acuerdo con el sexo y la edad de los adolescentes.

Palabras clave

Calidad de vida; educación en salud; desarrollo del adolescente; salud escolar; Argentina; Brasil; Chile; América Latina.

Los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) vienen despertando un creciente interés en el área de la salud pública. Este

contexto resulta especialmente adecuado para realizar un seguimiento de la salud de los jóvenes, considerando una menor probabilidad de diagnosticar enfermedades crónico-degenerativas en este grupo poblacional (1). En este caso, los componentes de CVRS en poblaciones de adolescentes pueden ser considerados como una alternativa para monitorizar intervenciones específicas

y promover programas sanitarios (2). También deberían contribuir con la atención primaria de salud, donde la percepción de los chicos en cuanto a la CVRS puede ayudar a discriminar diferentes niveles de bienestar físico, psicológico y social (3, 4). Se convierte asimismo en un asunto de especial relevancia, el investigar aspectos vinculados a la CVRS de los adolescentes, ya que la calidad de vida

¹ Centro de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Norte do Paraná, Brasil. La correspondencia se debe dirigir a Dartagnan Pinto Guedes. Correo electrónico: darta@sercomtel.com.br

² Departamento de Educación Física, Deporte y Motricidad Humana, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

en ese grupo de edad está íntimamente relacionada con la calidad de vida en la edad adulta (5). Por estos motivos, los componentes de la CVRS deben recibir una atención especial en los cuidados de pediatría y del adolescente.

Los estudios específicamente orientados hacia la CVRS de poblaciones jóvenes son escasos, sobre todo en países latinoamericanos. De manera general, los pocos estudios realizados hasta ahora sugieren que los jóvenes con menor edad tienden a presentar componentes de CVRS más favorables que sus iguales con más edad (6, 7). Con relación al sexo, los resultados encontrados no son claros, pero existe la posibilidad de asumir la hipótesis de que los chicos puedan demostrar una escala de medida superior en algunos componentes de CVRS en comparación con las chicas (6, 8, 9). Por otro lado, en un estudio realizado recientemente con una muestra de población juvenil de países europeos, se constató que las diferencias culturales típicas de algunos países pueden influir en las dimensiones atribuidas a los componentes de CVRS (6).

Otro aspecto a estudiar son las posibles diferencias que, en términos de CVRS, puedan ser atribuidas al uso de diferentes instrumentos para la identificación de sus componentes, en algunos casos, mediante conceptos y metodologías bastante distintos. Esto permite destacar la importancia de realizar un abordaje amplio —tan abarcable como sea posible— de los aspectos de calidad de vida de la muestra y de incorporar la definición ampliamente aceptada de CVRS, susceptible de ser percibida y expresada por el sujeto evaluado (10).

El cuestionario autoadministrado es considerado el principal método para recoger información sobre los indicadores asociados a la CVRS. Hay en la literatura sobre el tema gran cantidad de cuestionarios, aunque en su mayoría fueron elaborados para poblaciones anglosajonas. Por este motivo, la aplicación de estos cuestionarios en poblaciones distintas de la propuesta original presenta limitaciones, considerándose que se requiere una adaptación cultural al idioma utilizado en la elaboración de las preguntas y de los conceptos subyacentes en las dimensiones consideradas en cuanto a la calidad de vida (11, 12). Por otro lado, la propuesta de un cuestionario elaborado simultáneamente por varios países y culturas permite armonizar principios

y conceptos en los idiomas empleados, además de facilitar la comparación de sus resultados, al provenir todos ellos de una misma fuente (13).

El proyecto Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents — A European Public Health Perspective, desarrollado entre los años 2001 y 2004 con la participación de 13 países europeos, tuvo como finalidad desarrollar y validar un cuestionario estandarizado para monitorizar la CVRS en la población juvenil de modo transcultural (14). Como producto del proyecto se elaboró el cuestionario KIDSCREEN-52. En este caso el KIDSCREEN-52, que es de naturaleza genérica, aplicable en diferentes contextos (p. ej. nacional y cultural), satisface patrones de calidad internacional en el desarrollo de instrumentos y provee medidas prácticas para que el personal clínico y los investigadores evalúen el bienestar y la salud subjetiva, sea en niños y adolescentes saludables, o en aquellos que presentan alguna condición de salud crónica entre las edades de 8 y 18 años. Por su calidad psicométrica, KIDSCREEN-52 ha resultado un cuestionario válido y fiable, lo que ha permitido que además de Europa, donde fue propuesto, haya sido traducido y adaptado para países de Asia (15) y de América Latina de lengua española (16) y portuguesa (17).

El objetivo del presente trabajo es determinar diferencias en relación con el sexo, la edad y el país de origen, en los componentes de la CVRS, en una muestra de adolescentes de tres regiones localizadas en Argentina, Brasil y Chile, utilizando datos recogidos mediante un cuestionario validado y reconocido internacionalmente: el KIDSCREEN-52.

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra seleccionada fue obtenida de manera aleatoria entre una pobla-

ción de adolescentes, quienes durante el año 2009 se encontraban cursando entre sexto básico y tercero medio en escuelas públicas de tres ciudades latinoamericanas. El estudio tiene un carácter descriptivo transversal. Las ciudades seleccionadas fueron San Miguel de Tucumán, situada en la provincia homónima, en la región noroeste de Argentina; Londrina, situada en la provincia del Paraná, en la región sur de Brasil; y Valparaíso, que se encuentra en la provincia homónima en la región central de Chile. Las tres ciudades presentan una densidad poblacional similar —entre 300 000 y 500 000 habitantes— y un índice de desarrollo humano bastante próximo —0,817, 0,824 y 0,796, respectivamente (18).

Muestra y selección de los sujetos

En relación al cálculo del tamaño muestral, se tuvo en cuenta un intervalo de confianza del 95% (IC95%), una prevalencia del éxito no conocida ($P = 50\%$), un efecto de diseño de 1% y una precisión de 3%. Si bien se calculó un tamaño de 1 320 sujetos, la muestra final estuvo constituida por 1 357 adolescentes de 12 a 17 años (698 chicas y 659 chicos), distribuidos proporcionalmente de acuerdo con la población escolar de cada una de las tres ciudades estudiadas. Para la selección de los adolescentes se utilizó un procedimiento de muestreo probabilístico por conglomerados, teniendo como referencias la cantidad de escolares en cuanto al sexo y la edad de cada uno de los niveles escolares (cuadro 1).

Los adolescentes seleccionados para la muestra fueron informados sobre la naturaleza y los objetivos del estudio, bajo el principio del anonimato y la no influencia en el desempeño escolar. Se recogieron los consentimientos de todos los participantes y de sus tutores. Los criterios de inclusión en el estudio fueron tener entre 12 y 17 años, ser capaz

CUADRO 1. Número de adolescentes seleccionados para estudiar los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, por países y grupos de edad, Argentina, Brasil y Chile, 2009 ($n = 1\ 357$)

Edad (años)	Argentina ($n = 327$)		Brasil ($n = 588$)		Chile ($n = 442$)	
	Chicas ($n = 168$)	Chicos ($n = 159$)	Chicas ($n = 303$)	Chicos ($n = 285$)	Chicas ($n = 227$)	Chicos ($n = 215$)
12–13 ($n = 443$)	55	52	99	93	74	70
14–15 ($n = 525$)	65	62	117	110	88	83
16–17 ($n = 389$)	48	45	87	82	65	62

de leer y rellenar el cuestionario, y estar presente en el aula el día señalado para la toma de datos.

Recogida de datos

La recogida de datos en las tres ciudades latinoamericanas siguió los mismos procedimientos y se llevó a cabo de mayo a septiembre de 2009. Los componentes de CVRS de los adolescentes argentinos y chilenos fueron identificados y dimensionados, mediante la aplicación del cuestionario KIDSCREEN-52, traducido y adaptado transculturalmente para el idioma castellano (16); en el caso de los adolescentes brasileños, se utilizó la versión del KIDSCREEN-52 traducida y adaptada para idioma portugués sudamericano (17).

El cuestionario KIDSCREEN-52 consiste en 52 preguntas dirigidas hacia la percepción de 10 componentes de CVRS de niños y adolescentes (cuadro 2). Las respuestas a las preguntas son registradas utilizando una escala tipo Likert de uno a cinco puntos (acotados en sus extremos de "nada" a "muchísimo" o de "nunca" a "siempre"), que pretende identificar la frecuencia de comportamientos/sentimientos o, en algunos casos, la intensidad de actitudes específicas, en el período que transcurre durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario. Los resultados de cada componente son contabilizados mediante una sintaxis que considera las respuestas de un grupo de cuestiones que forman cada ámbito, siendo las cuestiones igualmente ponderadas.

Los marcadores finales equivalentes de cada componente son recodificados en una escala de medida, con una variación de entre 0 y 100, siendo 0 la menor percepción y 100 la mayor percepción de la CVRS del componente en cuestión (19).

El cuestionario KIDSCREEN-52 fue aplicado en un único momento, individualmente para cada escolar, por un único investigador en cada ciudad latinoamericana, en el centro escolar y en horario de clase. Los participantes del estudio recibieron el cuestionario con instrucciones y recomendaciones para que pudieran rellenarlo, sin límite de tiempo. Las dudas de los participantes fueron aclaradas por el investigador que acompañaba la recogida de datos. El tiempo medio para cumplimentar el cuestionario fue de 30 minutos. En cuanto a la fiabilidad del cuestionario empleado en los adolescentes de las tres ciudades seleccionadas, los valores de consistencia interna mediante el coeficiente α de Cronbach variaron entre 0,71 en el componente "autopercepción" y 0,89 en el componente "recursos económicos", con un valor global medio de 0,82.

Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de los datos fue realizado mediante el paquete informático Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 20.0. Inicialmente se analizó la distribución de frecuencia por medio del test de Kolmogorov-Smirnov. Considerando que los datos mostraron una distribución de frecuencia normal, se recurrió a los recursos de

la estadística paramétrica, mediante el cálculo de media y desviación estándar. Posteriormente, para establecer comparaciones entre los estratos formados, se utilizó el análisis de varianza univariada (ANCOVA) y multivariada (MANOVA), teniendo como variables dependientes los componentes de CVRS y como variables independientes la ciudad de origen de los adolescentes (Tucumán, Argentina; Londrina, Brasil; Valparaíso, Chile), el sexo (chicos y chicas) y la edad (12 a 13 años, 14 a 15 años y 16 a 17 años), acompañadas del test de comparación múltiple de Scheffe para la identificación de diferencias específicas.

Los protocolos de intervención utilizados fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Londrina, Brasil (Decreto n° 073/2007) y se acompañaron con las normas de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil sobre investigación que involucre a seres humanos.

RESULTADOS

La distribución de las puntuaciones medias de los componentes equivalentes a los indicadores asociados al Estado de ánimo y emociones ($80,27 \pm 18,91$) y a los Amigos y apoyo social ($81,83 \pm 21,10$) se inclinaron hacia las percepciones más elevadas de CVRS (puntuaciones ≥ 80). Las puntuaciones atribuidas a los componentes que hacen referencia al Bienestar físico ($68,34 \pm 16,56$), al Entorno escolar ($68,84 \pm 19,36$) y al Rechazo (Social/Bullying) ($66,56 \pm 19,60$) fueron las que demostraron mayor comprometimiento para la CVRS de los adolescentes (puntuaciones ≤ 70). Las puntuaciones atribuidas a los otros cinco componentes de CVRS, es decir, Bienestar psicológico ($73,24 \pm 18,35$), Autopercepción ($72,10 \pm 17,47$), Autonomía ($77,89 \pm 20,87$), Relación con los padres y vida familiar ($77,55 \pm 20,89$) y Recursos económicos ($76,11 \pm 20,30$) obtuvieron una posición intermedia con valores de entre 70 y 80. Sin embargo, lo que se pudo observar con la utilización de la MANOVA son los efectos significativos de la ciudad de origen (Wilks' Lambda = 0,239; $F_{(20,2664)} = 9,374$; $P < 0,001$), del sexo (Wilks' Lambda = 0,904; $F_{(10,1332)} = 8,532$; $P < 0,001$) y de la edad (Wilks' Lambda = 0,964; $F_{(20,2664)} = 6,481$; $P < 0,001$) en el grado de importancia apuntado por

CUADRO 2. Componentes del cuestionario KIDSCREEN-52 para estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes

Componente	Ítems	Contenido
1. Bienestar físico	5	Práctica de actividad física, energía y aptitud física
2. Bienestar psicológico	6	Sentimientos positivos y satisfacción con la vida
3. Estado de ánimo y emociones	7	Emociones depresivas y estresantes
4. Autopercepción	5	Percepción de sí mismo y satisfacción con su apariencia corporal
5. Autonomía	5	Oportunidades para crear y gestionar su tiempo social y de ocio
6. Relación con los padres y vida familiar	6	Calidad de las relaciones con los padres y en el ambiente en casa
7. Amigos y apoyo social	6	Naturaleza de las relaciones con sus iguales
8. Entorno escolar	6	Satisfacción con relación a su competencia y al desempeño escolar
9. Rechazo social/bullying	3	Aspectos acerca de los sentimientos de rechazo por los iguales
10. Recursos económicos	3	Percepción en cuanto a la calidad de los recursos económicos disponibles

CUADRO 3. Media, desviación estándar y prueba F de las puntuaciones equivalentes a los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes encuestados, según su ciudad de origen, Argentina, Brasil y Chile, 2009

Componente	Tucumán (Argentina)	Londrina (Brasil)	Valparaíso (Chile)	Prueba F	P
BEFI	65,72 (15,40)	70,88 (15,98)	69,42 (17,89)	4,009	0,018
BEPS	74,56 (19,64)	74,46 (17,78)	72,70 (20,23)	1,081	NA
EAEM	75,91 (18,29)	83,05 (19,12)	81,03 (19,31)	8,273	<0,001
AUPE	72,25 (17,01)	76,64 (15,59)	67,40 (16,74)	15,346	<0,001
AUTO	78,96 (19,78)	76,32 (19,05)	78,45 (21,03)	1,893	NA
RPVF	78,24 (21,34)	81,02 (20,42)	73,38 (20,29)	10,866	<0,001
APSO	82,18 (20,29)	83,32 (18,89)	76,98 (19,12)	8,988	<0,001
ESCO	68,10 (19,67)	70,06 (18,35)	66,36 (19,07)	2,995	NA
RESO	62,01 (19,41)	70,76 (17,04)	66,91 (16,35)	9,017	<0,001
RECO	71,28 (19,52)	80,21 (20,62)	76,84 (21,02)	10,633	<0,001

Nota: Análisis de la covariancia mediante el control de las puntuaciones asociadas al sexo y a la edad. Abreviaturas. BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; RESO: Rechazo social/bullying; RECO: Recursos económicos; NA: Datos no aplicables.

los adolescentes en los componentes de CVRS.

En el cuadro 3 se puede ver la información estadística sobre los componentes de CVRS por ciudades de origen. Los resultados de la ANCOVA indican la existencia de variaciones significativas entre las puntuaciones atribuidas a los componentes de CVRS de los adolescentes de las tres ciudades estudiadas. Los adolescentes brasileños presentaron los resultados medios más elevados, mientras que los adolescentes chilenos obtuvieron las menores puntuaciones medias en los componentes de CVRS equivalentes a la Autopercepción ($F = 15,346$; $P < 0,001$), a la Relación con los padres y vida familiar ($F = 10,866$; $P < 0,001$) y a los Amigos y apoyo social ($F = 8,988$; $P < 0,001$). Los

adolescentes argentinos mostraron puntuaciones significativamente más bajas en los componentes de CVRS relacionados con el Bienestar físico ($F = 4,009$; $P = 0,018$), el Estado de ánimo y emociones ($F = 8,273$; $P < 0,001$), el Rechazo social/bullying ($F = 9,017$; $P < 0,001$) y con los Recursos económicos ($F = 10,633$; $P < 0,001$). Los resultados medios equivalentes al Bienestar psicológico, a la Autonomía y al Entorno escolar fueron semejantes entre los adolescentes de las tres ciudades que fueron analizadas.

Considerando el conjunto de adolescentes seleccionados en las tres ciudades latinoamericanas, se encontraron diferencias significativas favorables a los chicos en 7 de los 10 componentes considerados de CVRS y, en la mayoría de los

casos, los adolescentes presentaron resultados medios más bajos según avanzaba la edad (cuadro 4). Los chicos obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las chicas en los componentes de CVRS asociados al Bienestar físico ($F = 47,275$; $P < 0,001$), al Bienestar psicológico ($F = 4,403$; $P = 0,019$), al Estado de ánimo y emociones ($F = 8,511$; $P < 0,001$), a la Autopercepción ($F = 5,547$; $P = 0,001$), a la Autonomía ($F = 9,723$; $P < 0,001$) y a la Relación con los padres y vida familiar ($F = 5,316$; $P = 0,008$). En cuanto a los resultados medios observados en los componentes equivalentes a los Amigos y apoyo social, al Entorno escolar, al Rechazo social/bullying y a los Recursos económicos, fueron similares en ambos sexos.

CUADRO 4. Media, desviación estándar y prueba F de las puntuaciones equivalentes a los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes encuestados, por sexo y grupos de edad, Argentina, Brasil y Chile, 2009

Componente	Chicas (edad, años)			Chicos (edad, años)			Prueba F (P)	
	12-13	14-15	16-17	12-13	14-15	16-17	Sexo	Edad
BEFI	69,92 (16,61)	66,54 (17,42)	62,14 (15,72)	73,76 (16,50)	71,76 (17,23)	70,21 (16,05)	47,275 (<0,001)	11,418 (<0,001)
BEPS	79,76 (17,52)	70,18 (20,79)	68,67 (18,76)	82,36 (20,93)	74,90 (21,38)	71,87 (23,39)	4,403 (=0,019)	10,943 (<0,001)
EAEM	81,41 (18,98)	78,54 (19,32)	78,89 (18,75)	81,89 (17,84)	81,83 (18,82)	83,52 (20,09)	8,511 (<0,001)	1,231 (NA)
AUPE	71,41 (16,54)	69,92 (16,90)	66,98 (17,32)	74,27 (18,36)	73,23 (17,93)	70,21 (18,58)	5,547 (=0,001)	3,354 (=0,038)
AUTO	79,45 (20,84)	74,78 (22,36)	71,49 (19,75)	82,15 (20,36)	79,57 (19,32)	74,25 (19,87)	9,723 (<0,001)	11,625 (<0,001)
RPVF	78,72 (21,72)	76,24 (22,01)	72,07 (21,91)	81,56 (19,33)	79,66 (21,59)	76,81 (20,48)	5,316 (=0,008)	6,337 (<0,001)
APSO	82,31 (20,76)	79,90 (21,76)	83,88 (17,21)	79,03 (18,64)	80,78 (21,76)	81,61 (17,90)	1,694 (NA)	0,249 (NA)
ESCO	73,12 (17,42)	70,36 (18,38)	66,63 (18,98)	70,56 (18,04)	67,97 (17,91)	64,76 (19,84)	0,549 (NA)	13,092 (<0,001)
RESO	55,60 (19,44)	62,24 (20,57)	70,21 (18,21)	58,85 (21,49)	66,14 (19,48)	72,57 (19,55)	2,370 (NA)	20,347 (<0,001)
RECO	74,96 (19,41)	72,28 (21,04)	69,19 (20,19)	76,93 (18,04)	72,62 (21,05)	72,06 (19,05)	1,993 (NA)	4,103 (=0,022)

Nota: Análisis de la covariancia mediante el control de las puntuaciones asociadas al sexo y a la edad. Abreviaturas. BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; RESO: Rechazo social/bullying; RECO: Recursos económicos; NA: Datos no aplicables.

En relación con la edad, a los 12–13 años los adolescentes de ambos sexos presentaron resultados medios semejantes en todos los componentes de CVRS. No obstante, en la secuencia, las puntuaciones medias atribuidas a los componentes equivalentes al Bienestar físico ($F = 11,418; P < 0,001$), al Bienestar psicológico ($F = 10,943; P < 0,001$), a la Auto percepción ($F = 3,354; P = 0,038$), a la Autonomía ($F = 11,625; P < 0,001$), a la Relación con los padres y vida familiar ($F = 6,337; P < 0,001$), al Entorno escolar ($F = 13,092; P < 0,001$) y a los Recursos económicos ($F = 4,103; P = 0,022$) demostraron una tendencia a la reducción de manera significativa en sus puntuaciones de acuerdo con el avance de la edad —las chicas presentaron una reducción más acentuada que la de los chicos.

Específicamente en cuanto al componente Rechazo social/Bullying, a diferencia de lo que se observó en el resto de componentes de CVRS, los resultados medios encontrados aumentaron significativamente con la edad ($F = 20,347; P < 0,001$), mientras que los identificados con el Estado de ánimo y emociones y los Amigos y apoyo social no indicaron diferencias significativas relacionadas con la edad de los adolescentes.

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó las diferencias en cuanto al sexo y a la edad en las puntuaciones atribuidas a los componentes de CVRS en una muestra de adolescentes de tres ciudades latinoamericanas de Argentina, Brasil y Chile. La importancia del estudio se debe a la posibilidad de analizar separadamente los diferentes componentes de CVRS mediante un instrumento aceptado internacionalmente y con características transculturales —el KIDSCREEN-52. Este instrumento se ha utilizado en otras ocasiones con muestras de adolescentes europeos (6, 8). El patrón típico observado en la mayoría de los componentes fue la reducción significativa en las puntuaciones atribuidas a la CVRS por los adolescentes de edades más avanzadas. La percepción de menor CVRS observada en los adolescentes con más edad fue más pronunciada entre las chicas. En comparación con sus pares más jóvenes, los adolescentes de 16 a 17 años de edad presentaron resultados medios significativamente más elevados solo en

el componente de CVRS relacionado al Rechazo social/bullying.

Las comparaciones entre los valores medios observados en el presente estudio y los valores normativos sugeridos en estudios de niños y jóvenes de 12 países europeos (19), revelan que los datos de las tres ciudades latinoamericanas de CVRS son aparentemente más positivos en los componentes equivalentes a la Autonomía ($77,89 \pm 20,87$ versus $70,36 \pm 21,71$) y a los Amigos y apoyo social ($81,83 \pm 21,10$ versus $67,24 \pm 20,47$). Por otro lado, en el componente relacionado al Entorno escolar los adolescentes de las tres ciudades seleccionadas mostraron una percepción bastante más negativa de CVRS frente a sus pares europeos ($68,84 \pm 19,36$ versus $89,24 \pm 16,36$). En los demás componentes de CVRS, analizados mediante el KIDSCREEN-52, los valores medios de las puntuaciones atribuidas por los adolescentes latinoamericanos y europeos fueron muy semejantes.

Algunos aspectos relacionados con la menor puntuación asociada a los componentes de CVRS con el avance de la edad en la adolescencia, posiblemente puedan ser justificados teniendo como referencia las perspectivas encontradas en el campo del comportamiento humano. Cuando los adolescentes se encuentran en la pubertad, con frecuencia enfrentan dificultades para relacionarse con su ambiente (20). Durante el proceso de maduración que ocurre en este período de vida, los adolescentes afrontan transiciones físicas y sociales y, por consecuencia, necesitan adaptarse a los cambios que suceden en sus cuerpos e identidades sexuales (21). Procesos fisiológicos vinculados a las alteraciones hormonales típicas de la edad pueden ocasionar modificaciones acentuadas en indicadores comportamentales (22). Todas esas transformaciones inducidas por el proceso de desarrollo pueden llevar a una percepción momentánea de CVRS perjudicada.

Los resultados encontrados en el presente estudio muestran diferencias significativas y favorables a los chicos en la mayoría de los componentes de CVRS, diferencias que se acentuaron con el aumento de la edad. Esos hallazgos coinciden con evidencias observadas en estudios anteriores (8); con todo, hasta el momento, las diferencias en cuanto a la CVRS entre adolescentes de ambos

sexos han sido poco estudiadas. Sin embargo, se especula que en la adolescencia las chicas puedan estar en una posición menos favorable en comparación con los chicos cuando se relacionan indicadores seleccionados de salud subjetiva y calidad de vida. Por ejemplo, la aparición de la menarquia y del esperado desequilibrio hormonal que sucede en el organismo femenino en estas edades, reduce las oportunidades que las chicas tienen de afrontar satisfactoriamente los eventos estresantes que ocurren en este período de vida —poniendo en funcionamiento mecanismos específicos de enfrentamiento que, como consecuencia, pueden acarrear agresiones de tipo psicológico y menor percepción de bienestar (22, 23).

Además, como se muestra en estudios específicos de estas características, tanto las chicas como los chicos, pero sobre todo las chicas están más preocupadas con su bienestar, son más sensibles emocionalmente y presentan de manera más frecuente quejas de malestar mental y psicológico, haciéndoles, por tanto, más vulnerables a eventuales disfunciones psicossomáticas (24). Aun así, los estudios señalan que el bullying es más frecuente en edades anteriores a la segunda mitad de la adolescencia (25), hallazgo que corresponde a puntuaciones medias más elevadas observadas con la edad en ambos sexos específicamente en el componente de CVRS relacionado con el Rechazo social/bullying.

Los resultados mostraron también que la percepción asociada a los componentes de CVRS fue diferente entre los adolescentes de las tres ciudades estudiadas, asumiendo la posible influencia innata de factores socioculturales típicos de cada país sobre la salud subjetiva y el bienestar de los jóvenes. Estudios previos relacionados con el bienestar (26) y específicamente a la CVRS (6) también mostraron diferencias significativas entre adolescentes de países europeos, señalando la importancia y la necesidad de considerar el contexto nacional para la monitorización de la calidad de vida de la población joven. No obstante, hacen falta nuevos estudios orientados a identificar las posibles razones de las diferentes magnitudes encontradas en los componentes de CVRS entre adolescentes de países de América Latina.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Por ejemplo, es importante

señalar que las informaciones equivalentes a los componentes de la CVRS fueron autoinformadas por los propios adolescentes. Asimismo, el autoinforme es un procedimiento habitual en estudios con estas características, siendo la forma más viable para la obtención de datos relacionados con la calidad de vida en poblaciones amplias. Por otro lado, el extenso tamaño de la muestra permitió de alguna forma minimizar la eventual imprecisión de las estimaciones calculadas. También el abordaje transversal de los datos podría haber limitado la identificación de diferencias, sin que se pueda formular la posibilidad de existir causalidad inversa.

El estudio ha permitido analizar componentes de CVRS en una muestra de adolescentes latinoamericanos, mediante un instrumento de medida con características transculturales internacionalmente reconocido y validado. Concluyendo, existen diferencias significativas entre ambos sexos y con el avance de la edad en componentes específicos de CVRS, lo que debe tenerse presente a la hora de proyectar futuros programas de intervención. Las diferencias encontradas entre las muestras seleccionadas en los tres países apuntan a la importancia del contexto nacional para la salud y el bienestar de los adolescentes. En este sentido, es necesario

que las intervenciones en prevención y promoción de la salud sean concebidas para alcanzar grupos-objetivo específicos y contemplen acciones de acuerdo con el sexo y la edad de los adolescentes.

Agradecimientos. Los autores agradecen a los directores, a los trabajadores y a los alumnos de las escuelas donde se realizó el estudio. El primer autor fue apoyado financieramente por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

- Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni MC, et al. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *J Adolesc Health*. 2006;38(5):511-8.
- Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, Guyatt G, Ferrans CE, Halyard MY, et al. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: A systematic review of the literature. *Qual Life Res*. 2008;17(2):179-93.
- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T, Auquier P, Bellach BM, Bruil J, et al. Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Soz Präventivmed*. 2001;46(5):294-302.
- Ottova V, Erhart M, Rajmil L, Dettenborn-Betz L, Ravens-Sieberer U. Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: Results from the European KIDSCREEN survey. *Qual Life Res*. 2012;21(1):59-69.
- Fryback DG, Dunham NC, Palta M, Hanmer J, Buechner J, Cherepanov D, et al. US norms for six generic health-related quality of life indexes from the National Health Measurement study. *Med Care*. 2007;45(12):1162-70.
- Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T, The KIDSCREEN Group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Qual Life Res*. 2009;18(9):1147-57.
- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2005;5(3):353-64.
- Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U, European KIDSCREEN Group. Health-related quality of life: Gender differences in children and adolescence. *Soz Präventivmed*. 2005;50(5):281-91.
- Urzúa A, Cortés E, Prieto L, Vega S, Tapia K. Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(3):238-44.
- Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. *Soc Indic Res*. 1994;33(1):47-88.
- Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia y adolescencia: revisión de la literatura y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit*. 2001;15 supl 4:34-43.
- Rajmil L, Serra-Sutton V, Fernandes-Lopez JA, Berra S, Aymerich M, Cieza A, et al. Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: El Kindl. *An Pediatr*. 2004;60(6):514-21.
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag; 1994. Pp. 41-60.
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Power M, Auquier P, Cloetta B, Hagquist C. Item-response-theory analyses of child and adolescent self-report quality of life data: The European cross-cultural research instrument KIDSCREEN. *Qual Life Res*. 2003;12:722.
- Hong SD, Yang JW, Jang WS, Byun H, Lee MS, Kim HS, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and validity of the Korean version. *J Korean Med Sci*. 2007;22(3):446-52.
- Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(4):307-14.
- Guedes DP, Guedes JERP. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para população brasileira. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):364-71.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Nueva York: PNUD; 2010.
- The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents. Germany: Pabst Science Publishers; 2006.
- Hampel P. Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *J Adolesc*. 2007;30(5):885-90.
- Eccles JS. The development of children ages 6 to 14. *Future Child*. 1999;9(2):30-44.
- Patton GC, Viner R. Puberal transitions in health. *Lancet*. 2007;369(9567):1130-9.
- Gadin KG, Hammarstrom A. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *Eur J Public Health*. 2005;15(4):380-85.
- Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:83-110.
- Newman ML, Holden GW, Delville Y. Isolation and the stress of being bullied. *J Adolesc*. 2005;28(3):343-57.
- UNICEF Innocenti Research Center. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Florence: UNICEF Innocenti Research Center; 2007.

Manuscrito recibido el 8 de febrero de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 2 de enero de 2014.

Health-related quality of life in Latin American adolescents

ABSTRACT

Objective. The objective of the present study was to find out if there are differences in terms of sex, age, or country of origin for the components of health-related quality of life (HRQL) in samples of adolescents from three cities—in Argentina, Brazil, and Chile, respectively—using data collected through an internationally recognized and validated survey questionnaire, KIDSCREEN-52.

Methods. The KIDSCREEN-52 questionnaire was administered to 1 357 adolescents between 12 and 17 years of age (48.6% of them male) in selected samples in the three countries. Univariate analysis of variation (ANCOVA) was used. Not only sex and age differences, but also differences for each component of HRQL, were found between the three country groups.

Results. The data showed significant differences between the three countries for each of the specific components of HRQL. Males scored significantly higher than females in the following components: Physical Well-being ($P < 0.001$), Psychological Well-being ($P = 0.019$), Moods and Emotions ($P < 0.001$), Self-perception ($P = 0.001$), Autonomy ($P < 0.001$), and Parent Relations and Home Life ($P = 0.008$). Furthermore, the average scores for Physical Well-being ($P = 0.001$), Psychological Well-being ($P = 0.001$), Self-Perception ($P = 0.038$), Autonomy ($P = 0.001$), Parent Relations and Home Life ($P = 0.001$), School Environment ($P = 0.001$), and Financial Resources ($P = 0.022$) showed a significantly declining trend with each advancing year, while average scores for the component Social Acceptance (Bullying) increased significantly with age ($P < 0.001$).

Conclusions. The evidence suggests that interventions in disease prevention and health promotion should be developed for specific target groups, using appropriate actions depending on the sex and age of the adolescents.

Key words

Quality of life; health education; adolescent development; school health; Argentina; Brasil; Chile; Latin America.