

¿Existen diferencias en la evaluación de la calidad de vida cuando los menores valoran la importancia de lo que se les pregunta?

Are there differences in the assessment of quality of life when children appreciate the importance of what you ask them?

Dr. Alfonso Urzúa Morales^a, Lic. Constanza Julio Toro^a, Lic. Daniela Páez Ramírez^a, Lic. Javiera Sanhueza González^a y Dra. Alejandra Caqueo Urizar^b

RESUMEN

Introducción. No se cuenta con estudios que permitan explorar el impacto que puede tener la valoración de la importancia que los niños otorgan a cada uno de los dominios que componen la evaluación de su calidad de vida.

Objetivo. Analizar la influencia que tiene, en la evaluación de la calidad de vida, la importancia que asigna cada niño a los diferentes ámbitos de su vida.

Material y método. Diseño transversal correlacional. Se utilizó el cuestionario KIDSCREEN-27 modificado para evaluar la importancia que daba el niño a cada ámbito.

Resultados. Se evaluó a 300 niños y 300 niñas escolarizados con un promedio de edad de 12 años. El dominio con mejor puntaje fue el de los *Pares* y el de menor puntaje, *Bienestar psicológico*, tanto en la evaluación bruta como en la ponderada por importancia. En las niñas, el menor puntaje según la importancia lo tuvo *Bienestar físico*. Los dominios *Padres* y *Colegio* obtuvieron el mejor puntaje en los estudiantes de menor edad. En las mujeres se encontraron diferencias en el dominio peor evaluado cuando éstas ponderaron la importancia del dominio, cambiando el peor evaluado desde el dominio psicológico al dominio físico.

Conclusión. Se encuentran diferencias en la percepción de la calidad de vida entre niños y niñas, entre los tipos de establecimientos y entre las distintas edades, las cuales se mantienen al ser ponderados por importancia.

Palabras clave: *calidad de vida, autoinforme, evaluación de la importancia.*

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.98>

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se define como la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive, y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.¹ Inquieta el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos

y subjetivos en distintas dimensiones de su vida.² En la infancia, incorpora la percepción de bienestar físico, psicológico y social, dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo con el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales,³ teniendo en cuenta la habilidad de participar plenamente en las funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad.⁴ La evaluación debe ser realizada como autoinforme, ya que la percepción del menor de los eventos vitales no necesariamente coincide con la del adulto,⁵ dado que ambos tienen diferentes experiencias de vida y prioridades, y no siempre comparten el mismo significado de salud y enfermedad⁶ ni la percepción de satisfacción de sus propias necesidades.

Las investigaciones sobre calidad de vida infantojuvenil en Iberoamérica son pocas⁷ y se centran principalmente en describir y analizar factores relacionados con la calidad de vida en la población escolarizada,⁸⁻¹⁰ el efecto del estado de salud-enfermedad¹¹⁻¹⁵ o el estudio de instrumentos.¹⁶⁻²² Estos estudios no profundizan en los procesos cognitivos vinculados al procesamiento de la información subyacentes a esta evaluación, pese a que las maneras particulares de interpretar la propia realidad influirían en la evaluación positiva o negativa que realiza el sujeto de su calidad de vida, más allá de la normativa cultural en la que esté inserto, sus recursos o, incluso, su propia personalidad.

Uno de estos procesos es la valoración de la importancia que las personas le asignan a cada uno de los

- a. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile.
- b. Departamento de Psicología, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

Correspondencia:
Dr. Alfonso Urzúa M.:
alurzua@ucn.cl

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.
Este artículo es producto de un estudio financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile, CONICYT, a través del proyecto FONDECYT 11100090.

Recibido: 9-5-2012
Aceptado: 3-10-2012

dominios que inciden en la percepción de la calidad de vida.²³ En ese marco, la presente investigación tuvo por objetivo analizar las diferencias en la evaluación de la calidad de vida cuando se incorpora la valoración de la importancia del dominio por el niño.

PACIENTES Y MÉTODO

Participantes

El estudio se realizó en la ciudad de Antofagasta, Chile, durante el año 2011. El tipo de muestreo fue por disponibilidad, considerando similar distribución por sexo, edad y tipo de establecimiento educacional (públicos, subvencionados y privados). De una población de 26 166 menores de entre 10 y 14 años, se decidió encuestar al menos a 600, dado que este tamaño de muestra permite que los análisis alcancen una potencia de 0,97 y que el diseño sea sensible a las diferencias.²⁴ Como criterio de inclusión se consideró tener entre 10 y 14 años, y contar con el consentimiento parental para participar en la investigación. No hubo menores que no hayan asentido en participar.

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario para niños de entre 8 a 18 años KIDSCREEN-27 compuesto por cinco dominios²⁵ (Tabla 1). Este cuestionario presenta propiedades psicométricas adecuadas para su utilización en la población evaluada.²¹

A fin de ponderar por el grado de importancia que le asignaban los participantes a cada uno de los ámbitos evaluados se agregó, a cada una de las preguntas que componen el KIDSCREEN-27, una pregunta en donde se le solicitaba a cada menor que valorara la importancia que tenía para él, el ámbito sobre el cual se estaba inquiriendo, asignando de 1 a 5 puntos según la importancia que le daba a dicha área de su vida. Por ejemplo, posterior a la pregunta: ¿Has salido a jugar o a

divertirte con tus amigos? se inquirió: ¿Qué tan importante para ti es salir a jugar o a divertirte con tus amigos?, teniendo como opciones de respuesta desde no es importante hasta es muy importante.

Para calcular el puntaje ponderado de cada pregunta, se multiplicó el valor bruto (VB) obtenido en la pregunta (valores de 1 a 5) por el valor de importancia asignado a dicha pregunta, obteniéndose así valores ponderados por importancia (VPI). Luego se calcularon los valores de los distintos dominios considerando las preguntas que componen cada uno de estos. A fin de mejorar la interpretación de los datos, y dado que la sintaxis de corrección de la escala para los VB permite obtener puntajes de entre 0 y 100 para cada uno de los dominios (en donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida percibida), se transformaron los VPI en una escala de 0 a 100, estableciendo una relación de proporcionalidad de los valores involucrados. Este sistema de asignación de puntaje por importancia ha sido discutido teóricamente y se demostró su utilidad.³⁴ Antes de la aplicación a la muestra total, el cuestionario fue testeado mediante la técnica de entrevistas cognitivas grupales en dos cursos de establecimientos públicos, de edades similares a la muestra, a fin de comprobar el grado de comprensión de cada uno de los reactivos, los cuales fueron entendidos en su totalidad por los escolares evaluados.

Procedimientos

Una vez aprobado el estudio por los Comités de Ética de la Universidad Católica del Norte y de la Comisión Nacional Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile (CONICYT), se solicitó a los padres, en los distintos establecimientos, la autorización para la participación de los niños mediante la firma de un consentimiento informado. La aplicación fue colectiva, en sus respectivas aulas, y duró entre 20 y 45 minutos. La informa-

TABLA 1. Dominios de calidad de vida que componen el KIDSCREEN-27

| Dominio | Área de evaluación |
|-------------------------------------|--|
| Bienestar físico | Explora los niveles de actividad física, energía y estado físico. |
| Bienestar psicológico | Emociones positivas, satisfacción con la vida y sentimientos de equilibrio emocional. |
| Relación con los padres y autonomía | 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 | Examina la forma natural de relacionarse con otros niños/as/adolescentes. |
| Ambiente escolar | Autopercepción sobre su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración y sus sentimientos acerca de la escuela. |

ción se ingresó en una base de datos en SPSS 17.0.

Se calculó la media y la desviación estándar (DE) para cada uno de los dominios de calidad de vida evaluados, tanto para los VB, como para los VPI. Dado que los puntajes de los VB y VPI no son comparables, se analizó si existían variaciones en las diferencias informadas en las comparaciones de medias a través del estadístico *t* de Student para sexo, y ANOVA para los distintos rangos de edad y tipo de establecimiento educacional con VB y VPI.

RESULTADOS

Se repartieron 800 consentimientos informados para padres, de los cuales retornaron debidamente cumplimentados y firmados solo 640. De los 640 escolares autorizados, 600 firmaron previamente un asentimiento escrito, dado que 40 estudiantes no habían asistido a sus clases el día que se tomó la evaluación. De los 600 niños, 50% fueron mujeres. El rango de edad fue de entre 10 y 14 años, con un promedio de 12 años (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestran las medias por dominios a nivel de la muestra total y por sexo, tanto por VB como por VPI.

A nivel de la muestra total, el dominio que mejor puntaje tuvo fue el de los Pares y el de menor puntaje, el de *Bienestar psicológico*. Esto se repite considerando tanto los VB como los VPI. Al

separar por sexo, esto se mantiene igualmente en los varones para ambos tipos de puntaje, ya que en las mujeres deja de ser el *Bienestar psicológico* el que tiene menor puntaje y pasa a ser el de *Bienestar físico* cuando ellas ponderan por importancia.

Al analizar las diferencias de medias entre varones y mujeres, se encuentra que la media de los varones es mayor que la de las mujeres a nivel de *Bienestar físico* considerando tanto los VB ($t[596]=6,345$; $p < 0,00$) como los VPI ($t[593]=4,926$; $p < 0,01$). Asimismo, la media de las mujeres es superior a la de los varones en el dominio *Pares*, igualmente considerando los VB ($t[597]=-2,575$; $p < 0,01$) y los VPI ($t[595]=-3,338$; $p < 0,05$).

La Tabla 4 muestra las medias en los dominios, tanto para los VB como para los VPI por edad.

A los 12, 13 y 14 años, el dominio con un mayor puntaje, considerando ambos tipos de puntaje, fue el de *Pares*. En los escolares de 11 años esto difiere, dado que el dominio mejor puntuado fue el de *Colegio*, pero al ponderar por importancia, nuevamente pasa a ser el de más alto puntaje el de *Pares*. El dominio con un menor puntaje en todas las edades considerando el VB fue el *Bienestar psicológico*; sin embargo, esto varió al incorporar la ponderación, pasando a ser el *Bienestar físico* el peor evaluado.

Considerando los VB, al comparar las medias de los dominios entre las edades, se encuentran

TABLA 2. Distribución de los participantes por sexo, edad y tipo de establecimiento

| | Edad | | | | Tipo de establecimiento | | |
|---------|------------|---------|---------|---------|-------------------------|---------------|---------|
| | 10-11 años | 12 años | 13 años | 14 años | Público | Subvencionado | Privado |
| Varones | 64 | 67 | 82 | 87 | 100 | 100 | 100 |
| Mujeres | 53 | 77 | 57 | 113 | 100 | 100 | 100 |
| Total | 117 | 144 | 139 | 200 | 200 | 200 | 200 |

TABLA 3. Medias de puntajes brutos y ponderados por dominios de calidad de vida a nivel de la muestra total y por sexo

| | | Puntajes brutos | | | | | | | | | Puntajes ponderados por importancia | | | | | | | | |
|-----|-----|-----------------|-------|-----|--------------------|------|-----|--------------------|-------|-----|-------------------------------------|-------|-----|--------------------|-------|-----|--------------------|-------|----|
| | | Total | | | Varones | | | Mujeres | | | Total | | | Varones | | | Mujeres | | |
| | | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE |
| FIS | 598 | 45,00 | 7,45 | 299 | 46,87 ^a | 7,07 | 299 | 43,13 | 7,34 | 595 | 59,13 | 14,57 | 298 | 62,01 ^b | 14,04 | 297 | 56,23 | 14,54 | |
| PSI | 598 | 41,14 | 4,57 | 298 | 40,95 | 5,20 | 300 | 41,32 | 3,84 | 596 | 61,96 | 11,56 | 298 | 61,23 | 12,25 | 298 | 62,69 | 10,80 | |
| PAD | 598 | 47,80 | 9,60 | 298 | 48,43 | 9,09 | 300 | 47,17 | 10,06 | 593 | 64,43 | 17,38 | 295 | 65,38 | 16,50 | 298 | 63,48 | 18,19 | |
| PAR | 599 | 52,66 | 10,36 | 299 | 51,57 | 9,83 | 300 | 53,74 ^c | 10,76 | 597 | 76,53 | 19,44 | 298 | 73,89 | 19,89 | 299 | 79,16 ^d | 18,64 | |
| COL | 599 | 50,87 | 9,46 | 299 | 50,85 | 9,56 | 300 | 50,89 | 9,36 | 599 | 68,91 | 18,40 | 299 | 68,99 | 18,35 | 300 | 68,83 | 18,48 | |

FIS: dominio físico; PSI: dominio psicológico; PAD: padres; PAR: pares; COL: colegio; ^amedia significativamente mayor que la de las mujeres a un nivel de significación del 0,00; ^bmedia significativamente mayor que la de las mujeres a un nivel de significación del 0,01; ^cmedia significativamente mayor que la de los varones a un nivel de significación del 0,01; ^dmedia significativamente mayor que la de los varones a un nivel de significación del 0,05.

TABLA 4. Medias de puntajes brutos y ponderados por dominios de calidad de vida por edad

| | Puntajes ponderados por importancia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------|--------------------|-------------------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|------|------------|--------------------|-------|---------|--------------------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
| | 10-11 años | | | 12 años | | | 13 años | | | 14 años | | | 10-11 años | | | 12 años | | | 13 años | | | 14 años | | | | | | | | |
| | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | | | |
| FIS | 116 | 47,99 ^a | 7,26 ^c | 143 | 45,70 | 7,18 | 139 | 45,30 | 7,32 | 200 | 42,57 | 7,10 | 115 | 64,69 ^d | 14,28 | 143 | 60,52 ^d | 13,76 | 139 | 59,54 | 14,55 | 198 | 54,61 | 14,05 | 198 | 54,61 | 14,05 | 198 | 54,61 | 14,05 |
| PSI | 116 | 42,55 ^b | 7,22 | 144 | 40,80 | 3,46 | 139 | 40,62 | 3,64 | 199 | 40,93 | 3,66 | 116 | 64,95 ^e | 12,98 | 144 | 61,49 | 10,99 | 139 | 61,10 | 10,67 | 197 | 61,17 | 11,50 | 197 | 61,17 | 11,50 | 197 | 61,17 | 11,50 |
| PAD | 116 | 51,2 ^b | 10,70 | 143 | 46,72 | 9,33 | 139 | 47,70 | 9,60 | 200 | 46,67 | 8,69 | 114 | 69,71 | 19,07 | 141 | 62,58 | 15,96 | 139 | 64,46 | 17,15 | 199 | 62,69 | 17,02 | 199 | 62,69 | 17,02 | 199 | 62,69 | 17,02 |
| PAR | 116 | 53,02 ^b | 10,27 | 144 | 51,60 | 11,47 | 139 | 52,45 | 10,11 | 200 | 53,36 | 9,73 | 116 | 77,20 | 19,50 | 144 | 74,29 | 20,25 | 139 | 76,27 | 19,32 | 198 | 77,95 | 18,88 | 198 | 77,95 | 18,88 | 198 | 77,95 | 18,88 |
| COL | 116 | 55,48 | 11,78 | 144 | 50,39 | 9,17 | 139 | 49,86 | 8,54 | 200 | 49,28 | 7,85 | 116 | 76,80 ^f | 20,23 | 144 | 66,25 | 18,10 | 139 | 67,90 | 18,12 | 200 | 66,67 | 16,50 | 200 | 66,67 | 16,50 | 200 | 66,67 | 16,50 |

FIS: dominio físico; PSI: dominio psicológico; PAD: padres; PAR: pares; COL: colegio; ^amedia significativamente mayor que edades 3 y 4; ^bmedia significativamente mayor que medias de edades 2, 3 y 4; ^cmedia significativamente mayor que media de edad 4; ^dmedia significativamente mayor que edades 7 y 8; ^emedia significativamente mayor que edades 6 y 8; ^fmedia significativamente mayor que edades 6, 7 y 8.

TABLA 5. Medias de puntajes brutos y ponderados por dominios de calidad de vida por tipo de establecimiento

| | Puntajes brutos | | | | | | Puntajes ponderados por importancia | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------|-------|-------|------------------|--------------------|-------|-------------------------------------|-------|------|------------------|-------|-------|------------|--------------------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
| | E. público | | | E. subvencionado | | | E. público | | | E. subvencionado | | | E. privado | | | | | | | | |
| | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | n | M | DE | | | |
| FIS | 199 | 44,38 | 7,35 | 200 | 46,19 ^a | 6,83 | 199 | 44,43 | 7,99 | 199 | 58,94 | 14,29 | 199 | 61,10 ^c | 13,75 | 197 | 57,32 | 15,45 | 197 | 57,32 | 15,45 |
| PSI | 199 | 41,74 | 6,21 | 200 | 40,98 | 3,27 | 199 | 40,69 | 3,62 | 199 | 61,76 | 12,79 | 200 | 63,12 | 10,28 | 197 | 60,98 | 11,44 | 197 | 60,98 | 11,44 |
| PAD | 199 | 47,48 | 11,71 | 200 | 48,70 | 8,10 | 199 | 47,21 | 8,57 | 199 | 63,58 | 19,88 | 199 | 66,61 | 15,61 | 195 | 63,06 | 16,20 | 195 | 63,06 | 16,20 |
| PAR | 199 | 52,26 | 10,85 | 200 | 53,58 | 10,55 | 200 | 52,12 | 9,62 | 199 | 75,79 | 20,29 | 200 | 78,64 | 18,32 | 198 | 75,13 | 19,59 | 198 | 75,13 | 19,59 |
| COL | 199 | 50,38 | 9,90 | 200 | 52,73 ^b | 9,23 | 200 | 49,50 | 8,97 | 199 | 67,54 | 18,74 | 200 | 72,58 ^b | 16,91 | 200 | 66,60 | 19,01 | 200 | 66,60 | 19,01 |

FIS: dominio físico; PSI: dominio psicológico; PAD: padres; PAR: pares; COL: colegio; ^amedia significativamente mayor que establecimientos públicos; ^bmedia significativamente mayor que establecimientos públicos y privados; ^cmedia significativamente mayor que establecimientos privados.

diferencias estadísticamente significativas a nivel de los dominios *Bienestar físico* ($F[3,594]= 14,816$; $p < 0,01$), *Bienestar psicológico* ($F[3,594]= 4,745$; $p < 0,05$), *Padres* ($F[3,594]= 6,561$; $p < 0,01$) y *Colegio* ($F[3,595]= 12,452$; $p < 0,01$).

En el dominio *Bienestar físico*, se observa un paulatino descenso en la media a medida que avanza la edad. La media de los niños(as) de 10 a 11 años es significativamente mayor que la de los escolares de 13 ($p < 0,05$) y 14 años ($p < 0,01$), así como la del grupo de 12 y 13 años es mayor que la de 14 años ($p < 0,01$ en ambas).

En el dominio *Bienestar psicológico*, la media del rango de 10 a 11 años es significativamente mayor que la de los niños(as) de 12 ($p > 0,05$), 13 ($p < 0,05$) y 14 años ($p < 0,05$).

En el dominio *Padres*, igualmente la media del rango de 10 a 11 años es significativamente mayor que la de los niños(as) de 12 ($p > 0,05$), 13 ($p < 0,05$) y 14 años ($p < 0,01$).

En el dominio *Colegio*, la media del rango 10 a 11 años es significativamente mayor que la de las otras edades ($p < 0,01$ en todas las comparaciones).

Al considerar los VPI, la diferencia de las medias entre edades es estadísticamente significativa en los dominios *Bienestar físico* ($F[4,590]= 10,772$; $p < 0,01$), *Bienestar psicológico* ($F[4,591]= 2,915$; $p < 0,05$), *Padres* ($F[4,588]= 3,835$; $p < 0,05$) y *Colegio* ($F[4,594]= 7,581$; $p < 0,01$).

En el dominio *Bienestar físico*, las medias van disminuyendo gradualmente a medida que avanza la edad, siendo la media del grupo de 10 a 11 años significativamente mayor que la de los grupos de 13 ($p < 0,05$) y 14 años ($p < 0,01$), y la de los grupos de 12 y 13 años significativamente mayor que la de los de 14 años ($p < 0,05$ en ambas comparaciones).

La media del dominio *Bienestar psicológico* de los niños de 10 a 11 años es significativamente mayor que la de los escolares de 13 ($p < 0,05$) y 14 años ($p < 0,05$).

En cuanto al dominio *Padres*, la media de los niños de 10 a 11 años es significativamente mayor que la de los grupos de 12 ($p < 0,01$) y de 14 años ($p < 0,01$), al igual que en el dominio *Colegio*, cuya media es mayor que la de los tres grupos de mayor edad ($p < 0,01$ en todas las comparaciones).

La *Tabla 5* muestra las medias para los dominios, tanto para los VB como los VPI, por tipo de establecimiento educacional.

El dominio con mayor puntaje considerando ambos tipos de puntuación fue el de los *Pares* para todos los tipos de establecimientos. Considerando los VB, el dominio con un menor puntaje en to-

dos los establecimientos fue *Bienestar psicológico*; sin embargo, esto varió al incorporar la ponderación por importancia, puesto que el que presentó menor puntaje fue *Bienestar físico*.

Considerando los VB, al evaluar las diferencias entre las medias de los dominios por tipo de establecimiento educacional se encuentran diferencias estadísticamente significativas en dos dominios. En el dominio *Bienestar físico* ($F[2,595]= 3,87$; $p < 0,05$), la media de los estudiantes de establecimientos públicos es significativamente menor que la de los que asisten a establecimientos subvencionados ($p < 0,05$). En el dominio *Colegio* ($F[2,596]= 6,35$; $p < 0,05$), la media de los estudiantes de los establecimientos subvencionados es significativamente mayor que la de los que acuden a establecimientos públicos ($p < 0,05$) y privados ($p < 0,05$).

Considerando los VPI, las diferencias de las medias entre los tipos de establecimientos son significativas en el dominio *Bienestar físico* ($F[2,592]= 3,365$; $p < 0,05$), en donde la media de los establecimientos subvencionados es significativamente mayor que la de los privados ($p < 0,05$) y en el dominio *Colegio* ($F[2,596]= 6,194$; $p < 0,05$), en donde la media en los establecimientos subvencionados es significativamente mayor que la de los establecimientos públicos ($p < 0,05$) y privados ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

La evaluación de la calidad de vida depende de la relación establecida entre dos factores: la valoración del dominio como tal, la cual lleva implícito el proceso de comparación, y la importancia que la persona otorgue a ese dominio.²⁶ En este marco, la presente investigación tuvo como base la pregunta: ¿existen diferencias en la evaluación de la calidad de vida cuando los menores valoran la importancia de lo que se les pregunta? Dado que cada persona asigna distinto valor a cada ámbito de su vida cotidiana, esperábamos encontrar diferencias al evaluar la calidad de vida cuando se pondera la evaluación de la persona por la importancia que esta le asigna de manera individual, apartándonos del supuesto de que todos los dominios estandarizados son igual de importantes para las personas. Los datos encontrados no permiten responder completamente a esto, pero aportan evidencia de que, en alguna medida, los resultados del autoinforme de la calidad de vida en los niños puede variar cuando ellos mismos ponderan la importancia de lo que se les está preguntando, especialmente cuando se estratifican los análisis por sexo y por edad.

A nivel global, no se hallaron diferencias en la evaluación de la calidad de vida en los dominios con mayor puntaje al incorporar la valoración de la importancia; sin embargo, hubo variación en el dominio con el puntaje más bajo, es decir, el peor evaluado, ya que mediante la evaluación con métodos tradicionales el peor evaluado es el dominio *Bienestar psicológico*, pero al ser ponderado por importancia, pasa a ser el dominio *Bienestar físico* el que tiene el puntaje más bajo en todas las edades y en las mujeres.

Este cambio en el dominio más bajo solamente en las mujeres implica la necesidad de explorar posibles explicaciones desde una perspectiva de género, toda vez que la importancia dada a distintos ámbitos de la vida cotidiana es distinta para varones y para mujeres. Que *Bienestar psicológico* haya sido el dominio peor evaluado podría explicarse debido a que los preadolescentes se encuentran en un período de transición, en el cual comienzan a desligar su pensamiento de lo concreto y tienden hacia un pensamiento deductivo, lógico y abstracto,²⁷ involucrando mayores cuestionamientos en relación con la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo. Por otro lado, el hecho de que al ponderar por la importancia que tiene para ellas el dominio las mujeres hayan puntuado más bajo en el dominio *Bienestar físico* puede deberse a que las áreas más relevantes de su vida cotidiana tienen que ver con las relaciones que establecen con los demás o con la esfera afectiva. Esto es esperable ya que, desde una mirada evolutiva, las mujeres priorizan actividades destinadas a la socialización, en tanto los varones lo hacen en deporte y actividad física,¹⁷ sumado a que en las mujeres, el surgimiento de las características sexuales secundarias, y especialmente la menarquía, origina muchos problemas de salud, como los hormonales, lo que se ha evidenciado que influye en una evaluación menor en esta dimensión.²⁸

Respecto de la variable edad y tipo de establecimiento a nivel de calidad de vida general, en todos los tipos de establecimientos y todas las edades el dominio con menos puntaje es el de *Bienestar psicológico*, pero al ponderar por importancia esto cambia, ya que el peor evaluado es el de *Bienestar físico*. Probablemente los cambios físicos experimentados en esta edad, como el surgimiento de las características sexuales secundarias, perturban la relativa tranquilidad de la vida de los preadolescentes y son el inicio de nuevas formas de relacionarse con el mundo, y de nuevas formas de pensar y sentir,²⁹ que generan

en ellos un sentimiento de vulnerabilidad que influiría, incluso, en la percepción sobre su bienestar psicológico.

El dominio mejor evaluado fue *Pares*, ámbito que adquiere especial relevancia dada la etapa evolutiva, toda vez que en la infancia, y especialmente en la preadolescencia, el desarrollo e integración en la esfera de lo social es primordial y adquiere una progresiva importancia a medida que los jóvenes crecen. La media de la mayoría de los dominios evaluados tiende a disminuir conforme avanza la edad, lo que aporta evidencia de que a medida que avanza la edad disminuye la media de la calidad de vida en todos los dominios.³⁰

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, son las propias de un diseño transversal en el cual los datos se obtienen en un momento determinado, sin considerar aquellos factores que pudieran haber afectado la evaluación que realizaron los niños de su calidad de vida, por lo que sería importante realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la consistencia de estos hallazgos en el tiempo. Lamentablemente, no hemos hallado investigaciones realizadas en la infancia que utilizaran una metodología similar, a fin de comparar los resultados, dado que los estudios centrados en estos procesos son escasos y efectuados en adultos.³¹

Los resultados mencionados aportan evidencia a la necesidad de incluir la ponderación de la importancia, especialmente cuando se analiza cuál es el dominio con más bajo puntaje en el niño, con fines de intervención en la calidad de vida infantil, ya que permitiría discriminar las necesidades particulares de las mujeres o de una edad específica, teniendo en cuenta cuáles son los dominios a los que los niños otorgan mayor y menor valoración por importancia, focalizando el trabajo en ellos para intervenir de forma efectiva y eficaz. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
2. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012;30:61-71.
3. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud* 2008;18:37-44.
4. Starfield B. Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milbank Mem Fund Q* 1974;52:39-50.
5. Casas F. Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida. *Anuario de Psicología* 1992;52:27-45.

6. 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. *Qual Life Res* 2006;15:821-31.
7. Rajmil L, Roizen M, Urzúa A. Calidad de vida y salud en infancia y adolescencia. *Típica. Boletín Electrónico de Salud Escolar* 2010;6(2):244-9.
8. Urzúa A, Cortés E, Prieto L, Vega S, Tapia K. Autorreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Rev Chil Pediatr* 2009;80(3):238-44.
9. Urzúa A, Méndez F, Acuña C, Astudillo J. Calidad de vida relacionada con la salud en edad preescolar. *Rev Chil Pediatr* 2010;81(2):129-38.
10. Urzúa A, Mercado G. La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del KIDDOKINDL. *Terapia Psicológica* 2008;26(1):133-41.
11. Roizen M, Figueroa C, Salvia L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(4):305-13.
12. Cádiz V, Urzúa A, Campbell M. Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Rev Chil Pediatr* 2011;82:113-21.
13. Vidal A, Duffau G, Ubilla C. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Rev Chil Enf Respir* 2007;23:160-6.
14. Royer M, Bahamonde H, Mamani R, Rodríguez R, Valdés C, Sanhueza C. Calidad de vida pre y posadenomigdalectomía en pacientes pediátricos. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2006;66:191-8.
15. Schwartz R, Sepúlveda J, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev Méd Chile* 2009;137:53-62.
16. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz M, 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;107:307-14.
17. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit* 2005;19:93-102.
18. Rajmil L, Serra-Sutton V, Estrada M, Fernández de Sanmamed Guillamón I, Riley A, Alonso J. Adaptación de la versión española del Perfil de Salud Infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *Rev An Pediatr (Barc)* 2004;60(06):522-9.
19. Sardón O, Morera G, Herdman M, Moreno A, Pérez-Yarza E, et al. Versión española del TAPQOL: Calidad de vida relacionada con la salud en niños de 3 meses a 5 años. *Rev An Pediatr (Barc)* 2008;68(05):420-4.
20. Serra-Sutton V, Herdman M, Rajmil L, Santed R, Ferrer M, et al. Adaptación al español del cuestionario vecú et sante percue de l adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(006):701-12.
21. 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):83-92.
22. Rajmil L, Roizen M, Urzúa A, Hidalgo-Rasmussen C, Fernández G, Dapuetto JJ y Working Group on HRQOL in children in Ibero-American Countries. Health-Related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value & Health* 2012;15:312-22.
23. Ming H. To weight: The role of domain importance in quality of life: Measurement. *Soc Indic Res* 2004;68:164-74.
24. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992;112:155-9.
25. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res* 2007;16(8):1347-56.
26. Skevington S, O'Connell K y The WHOQOL Group. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Qual Life Res* 2004;13:23-34.
27. Iriarte F, Cantillo K, Polo A. Relación entre el nivel de pensamiento y el estilo cognitivo dependencia-independencia de campo en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe* 2000;(005):176-96.
28. Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U y The European KIDSCREEN group. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz.-Präventivmed* 2005;50:281-91.
29. Morgan I, Funke S. Pubertad. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Curso de orientación sexual y salud reproductiva 1992. Págs.55-7.
30. Bisegger C, Fuhr D, Michel G, Abel T y The KIDSCREEN Group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multi-level analysis. *Qual Life Res* 2009;18:1147-57.
31. Bloem E, van Zuuren F, Koeneman M, Rapkin B, Visser M, et al. Clarifying quality of life assessment: do theoretical models capture the underlying cognitive processes? *Qual Life Res* 2008;17:1093-1102.