

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD: PERCEPCIONES DIVERSAS ENTRE ADOLESCENTES HOMBRES Y MUJERES

Autores

CEBALLOS , CELESTE

VILLAGRA DÉBORA

MACEDO, ROXANA

RESUMEN

El presente trabajo es producto de la investigación realizada en el marco del proyecto denominado “Incidencia de los servicios de salud en la calidad de vida de los adolescentes en la Provincia de Catamarca, para el período 2017-2020”. Se trató de un estudio cuantitativo-descriptivo, no experimental, que tuvo por objetivo describir la percepción de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los Adolescentes de 16 a 18 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Carlos Bravo” de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, utilizando el cuestionario Kidscreen-52 como instrumento para la recolección de datos. De los datos recabados, se obtuvo que los adolescentes varones de 16 a 18 años mostraron ser la población de riesgo más alto, dado que puntuaron bajo en muchas dimensiones: *Lo que sentís de vos mismo/a, Tu vida familiar, La escuela o el colegio*. Las adolescentes mujeres en cambio, puntuaron bajo en dimensiones de fuerte raigambre social, como *Vos y los demás, Tus amigos/as, Lo que sentís de vos mismo/a, Tu tiempo libre*.

INTRODUCCIÓN

Alpi & Quiceno (2012) citando a Kaplan & Bush (1982), proponen el concepto de *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)* para diferenciarlo del concepto de Calidad de Vida. Éste último hace referencia a una mirada amplia y general de la calidad de vida de los sujetos, incluyéndose variables que exceden a la CVRS, la cual se refiere pura y exclusivamente a la salud. El concepto de CVRS refiere a una percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas funciones que son importantes para el individuo, influenciando por supuesto por su estado de salud. Inicialmente, estos conceptos hacían referencia a las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud, pero con el tiempo se fue diversificando sus multidimensionalidad hacia aspectos del bienestar o el funcionamiento en los otros ámbitos (Berra, Tebé, Esandi & Carignano, 2012).

En este sentido, la percepción de la CVRS desde el punto de vista de los adolescentes, constituye un aporte fundamental, ya que es un período en el cual se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad a factores tanto protectores como de riesgo. Si bien este grupo etario no presentan enfermedades graves en comparación con sujetos de otras edades, su estado de salud es influenciado por el estado de ánimo, el apoyo social con el que cuentan y por los mecanismos que poseen para afrontar situaciones difíciles. Por ello, una visión de la salud que se centre exclusivamente en la presencia o no de enfermedades es prácticamente ineficiente (Departamento de Epidemiología Ambiental, 2009).

Sobre esta misma línea de ideas, Guedes Pinto et al. (2014) consideran que los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes merece especial atención, ya que contribuye con la atención primaria de salud donde la percepción de los sujetos permite realizar un seguimiento de la salud percibida y discriminando los diversos niveles de bienestar físico, social y psicológico, lo cual permitirá el diagnóstico de enfermedades crónicas- degenerativas y obtener un panorama de lo que será la calidad de vida de los mismos en la edad adulta, logrando encaminar posibilidades de intervención y programas sanitarios específicos según sus necesidades.

La metodología empleada está vinculada con el cuestionario Kidscreen-53. dado que nos permite describir la percepción de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de

los Adolescentes de 16 a 18 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Carlos Bravo”

DESARROLLO

En este apartamos tendremos en cuenta las nociones de CVRS, el Instrumento The Kidscreen- 52 y la categoría adolescencia en la franja etaria de 16 a 18 años de edad. Teniendo en cuenta los aportes de Shumaker & Naughton (s.f.), quienes realizaron una re-visión bibliográfica de conceptualizaciones en relación a este concepto, la CVRS es

La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la pro-moción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funciona-miento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional (p. 506) (Herdman & Baró, 2000, en Soto & Failde, 2004).

Un atributo fundamental de las medidas de la CVRS es tener en cuenta la perspectiva de la propia persona. Las herramientas desarrolladas en la actualidad para medir este constructo permiten obtener respuestas directas de niños, niñas y adolescentes sobre aspectos relevantes y específicos de su etapa vital, como las relaciones con amigos y familiares, que los propios niños y niñas señalan como aspectos importantes para su salud (Berra, Tebé, Esandi & Carignano, 2012). Por ello es necesaria no sólo la ineludible consideración de la CVRS desde la perspectiva de los y las adolescentes, siendo los mismos el capital humano y el único lugar desde el cual se pueden realizar programas e intervenciones en salud, según sus características particulares y sus necesidades específicas, sino también la valoración de lo expresado por la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, en cuanto al derecho de expresión sobre los aspectos que involucran directamente su vida, y la

anunciación de que los países deben asegurar la cobertura médica y la atención sanitaria necesaria que requieran los y las adolescentes, insistiendo principalmente en la APS y la atención prenatal y postnatal para las madres embarazadas (art. 14). Aceptando que la percepción es una vivencia singular de cada individuo y por lo tanto con una amplia variación, con influencias culturales y sociales, es decir externas, Filgueira & Lima (2004) consideran que la salud percibida, se compone de elementos de mayor expresión que permiten definirla globalmente y elementos de fondo (recuerdos, experiencias pasadas, estados de ánimo, capacidad de interpretación de las situaciones vividas, resolución de dichas situaciones, etc.) sobre los cuales interactúan los primeros. De este modo, la forma en que se desarrolló la enfermedad, los síntomas que produjo, el proceso de atención y forma de resolver los mismos, y el desenlace final relacionado con la enfermedad participan activamente en la construcción de una percepción.

El autor también sostiene que si bien estos factores individuales y multideterminados por aspectos internos, provienen de la subjetividad del sujeto, no por ello son desdeñables, pero para una descripción más precisa de la percepción de los usuarios de salud, se deben combinar factores objetivos conjuntamente a los subjetivos, sin embargo, en última instancia es el individuo el único capaz de medir sus sensaciones en relación a su estado de salud

THE KIDSCREEN- 52

En Argentina se encontraron dos investigaciones en las que se desarrollaron las nociones de Calidad de Vida Relacionada con Salud (en adelante CVRS) de adolescentes utilizando el cuestionario Kidscreen-53, que evalúa distintas áreas vinculadas a la misma. Una de ellas fue realizada en Bahía Blanca (Departamento de Epidemiología Ambiental, 2009), en la cual se encontró que los niños escolarizados poseen una percepción más alta de su calidad de vida, en contrapartida con la de los adolescentes, sobre todo en las dimensiones relacionadas con el ambiente escolar, el bienestar físico y emocional. Los adolescentes puntuaron mejor en las dimensiones de apoyo social y relación con los pares. En cuanto a las dimensiones con

puntuaciones más bajas fueron la aceptación social- bullying en niños y el estado de ánimo en adolescentes.

En la provincia de Córdoba, se realizó un estudio del exceso de peso y CVRS en adolescentes según nivel económico y educativo de los padres (Mamondi, Sabulsky, & Berra, s.f.). Utilizando como instrumento el Kidscreen-52 para medir la CVRS llegaron a la conclusión de que los adolescentes de nivel socioeconómico bajo y con exceso de peso obtuvieron un puntaje inferior en 5 de las 10 dimensiones de la CVRS, a diferencia de los de nivel medio- alto que solo mostraron afectadas 2 dimensiones. Por otro lado, en aquellos con exceso de peso y de nivel educativo materno bajo presentaron afectadas 6 dimensiones y los de nivel medio-alto sólo 2. Utilizando este mismo instrumento en un estudio internacional, Pinto Guedes et al. (2014) analizaron las diferencias de CVRS en relación al sexo, la edad y el país de origen en una muestra de adolescentes pertenecientes a Argentina, Brasil y Chile; los resultados arrojaron diferencias en el sexo y la edad de los adolescentes, sugiriendo que las intervenciones en salud deben tener en cuenta dicha consideración. Pese a las investigaciones nombradas, en nuestro país y en los países aledaños, las investigaciones que incorporan la percepción de los sujetos son escasas y mal conocida, utilizándose aún indicadores de salud insuficientes, que brindan información de la salud y todos sus aspectos de forma limitada, de baja calidad y generalmente no oportuna (Filgueira & Lima, 2004).

En los últimos años, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en un tema central de investigación que está ganando cada vez más importancia en el campo de la salud pública, y también en la investigación médica.

Hasta el momento, las investigaciones han demostrado que la inclusión de la CVRS en las encuestas de salud de niños y adolescentes es factible si el desarrollo de instrumentos tiene en cuenta la edad, la madurez y el desarrollo cognitivo de los mismos. Los instrumentos de CVRS pueden ser de beneficio para el monitoreo y la detección precoz de posibles alteraciones en el bienestar y el funcionamiento de los mismos, y para la identificación de los factores sociales y de comportamiento de la salud (por ejemplo factores socioeconómicos y comportamientos saludables,

enfermedades crónicas y agudas), que pueden formar la base de las intervenciones tempranas.

Aunque existen varios instrumentos genéricos para evaluar la CVRS, se han detectado algunas deficiencias. La mayoría de ellos fueron desarrollados para ser utilizados principalmente en niños con una enfermedad crónica (Eiser & Morse, 2001; Harding, 2001, en The KIDSCREEN Group Europe, 2006) y todos se han desarrollado en una base nacional más que a nivel internacional.

A diferencia de dichos instrumentos, el enfoque adoptado por los miembros del proyecto KIDSCREEN para su construcción se incluyeron 13 países europeos (Austria, República Checa, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, Suecia, Suiza, Países Bajos y Reino Unido) con el fin de lograr una armonización transcultural. Asimismo, la generación del cuestionario se basó en la revisión bibliográfica, consulta a expertos y grupos focales en todos los países participantes.

El propósito del mismo es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), tanto de los niños y adolescentes sanos como de aquellos que se encuentran crónicamente enfermos, con el objetivo de identificar a los niños en situación de riesgo y sugerir intervenciones apropiadas tempranamente en términos de su salud subjetiva.

Es decir, los instrumentos Kidscreen, evalúan la salud y el bienestar subjetivos de los niños y adolescentes de 8 a 18 años, ya sean sanos o con enfermedades crónicas. La importancia de la medición de la CVRS en los individuos o grupos de pacientes es ampliamente aceptado, principalmente en adultos, pero cada vez más en niños y adolescentes, a pesar de que la misma es aún reciente en éstos últimos. De este modo, se cree que las preguntas del cuestionario acerca de la salud percibida son un importante componente de vigilancia en la salud y deben ser incluidas habitualmente como indicadores. Las medidas de CVRS pueden ayudar a identificar subgrupos de niños y adolescentes que se encuentran en riesgo de problemas de salud y pueden ayudar en la determinación de la gravedad de una enfermedad o discapacidad en particular. (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2000). Además, son imprescindibles para evaluar las necesidades de los servicios de salud, cuyos resultados permitirán realizar mejores decisiones en cuestiones de política y salud

pública, promoción de políticas y leyes relacionadas con la salud de niños y adolescentes, y orientar en la asignación de los recursos sanitarios. El seguimiento del estado de salud de la población permite a los profesionales de la salud pública mejorar la salud de la población, mediante el seguimiento de las tendencias de salud, identificando las discrepancias en la materia y planificando actividades de promoción e intervenciones (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

CAPS DR. CARLOS BRAVO. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

La zona de cobertura del CAPS “Dr. Carlos Bravo” involucra casi a 15 mil habitantes, pero su zona de influencia se extiende a más de 30 mil personas, siendo el centro de atención referente en salud para todas las familias del sur de la ciudad, provenientes de diversos barrios y asentamientos. En un informe realizado por la Lic. Macedo (encargada del servicio social del CAPS) y enviado en el año 2013 a la Directora del Área Programática N° 1, Dra. Cisneros Graciela, se advirtieron datos censales y poblacionales interesantes, como así también problemáticas físicas y sociales prevalentes de la zona. En cuanto a la población, la zona se compone de numerosos barrios y asentamientos, ellos son los B° 40 viviendas Sur y B° Santa Marta, entre los cuales hay un total de 335 viviendas y 1.650 habitantes aproximadamente; en los B° Alcira Sur y B° Juan Domingo Perón, 350 viviendas y 1750 habitantes; en el B° San Antonio Sur, 275 viviendas y 1375 habitantes; en cuanto a los B° Virgen Niña, B° del Valle y B° Villa Eumelia censaron a alrededor de 350 viviendas y 1800 habitantes; en el B° Santa Marta cerca de 340 viviendas y 1740 habitantes; y por último, entre los B° Montecrito, B° San Martín, B° Capilla del Monte, encontraron más o menos 1700 habitantes distribuidos en 350 viviendas. En relación a las características de los mismos se informó que la población sur es bastante heterogénea, habiendo familias de clase media y baja, e incluso familias marginales, las cuales, poseen en sus barrios servicios de cloacas, luz, agua potable y transporte público de diferentes líneas (101, 103, 104, 105, 109) que circulan por las avenidas y calles asfaltadas, pero no ingresan al interior de los mismos. A diferencia de ello, en los asentamientos no tienen éstos servicios básicos y las viviendas son construidas con materiales generalmente

obtenidos en el medio circundante, como ser maderas, cartones, chapas, nylon, con construcciones de block pequeñas, etc.

Las problemáticas sociales y de salubridad que más afectan a la población sur son: Hogares Monoparentales (madres solas como jefas de familia); Violencia Familiar (mujeres víctimas de violencia, maltrato infantil, abandono y negligencia); Consumo de Sustancias Tóxicas (alto consumo de alcohol, consumo de fármacos y otras sustancias particularmente en la población adolescente); Embarazo Adolescente (escaso conocimiento en métodos anticonceptivos y educación sexual en general, deserción escolar, etc.); Déficit Habitacionales; Intentos de Suicidio y Suicidios; Enfermedades de Transmisión Sexual (principalmente el HIV en adolescentes); etc. Asimismo, se observaron como patologías relevantes la diabetes en pacientes adultos, Hipertensión Arterial, pacientes celíacos, chagas y artrosis o dolores musculares (Rearte, Macedo y Ceballos, 2013).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

En un estudio realizado por la Dra. Rearte (2012) sobre la construcción social de la categoría adolescente en las zonas sur y céntricas de la ciudad de Catamarca, se encontró que difieren en varios aspectos. La autora encontró que a partir del lenguaje, que inviste la realidad social, se crean alrededor de la adolescencia significaciones sociales diversas según las clases sociales y los sexos. En este sentido, la diferencia biológica de los sexos, a través de los diversos testimonios, demuestra una construcción social de los géneros femeninos y masculinos de maneras diversas. En este sentido, las y los adolescentes que viven en el centro de la ciudad experimentan este período como un momento privilegiado para el aprendizaje y las oportunidades. Las mujeres, luego de la menstruación, son advertidas a través de señales de control y alerta ante la posibilidad de establecer relaciones sexuales y sus posibles consecuencias. El varón, en cambio, ante sus primeras poluciones, es alentado al establecimiento de las mismas como modo de demostrar que es "macho". En cambio, para aquellos que viven en las zonas periféricas, ser adolescente significa la habilitación para el ingreso a la fuerza de trabajo, apoyados por su familia, quienes

tienen la necesidad de contar con un nuevo aporte que los ayude a solventar las tareas diarias. La mujer permanece en el hogar desarrollando los quehaceres del mismo, y el varón sale del ámbito privado para desempeñarse en trabajos de fuerza física generalmente (construcción, carga, etc.).

La emergencia de los cambios biológicos también posee significaciones diferentes. En las mujeres la menstruación indica una ecuación que naturaliza la posibilidad de ser madres, habiendo pocos signos de resignación en sus enunciados frente al destino de la mujer pobre: menstruar, embarazarse, burrear (en una doble acepción; trabajar sin límites y bajo nivel de estudio). Los adolescentes, pregonan como valor la fuerza física, no solo como herramienta de trabajo, sino también como potencia que los habilita para poder hacerse cargo de sí mismos y de su pareja y/o hijos.

En este sentido se puede observar cómo *“el poder del lenguaje traza y determina las diferencias sociales”* (p.17). El lenguaje utilizado en relación a los roles esperados por las adolescentes de la zona céntrica marcan la distancia en el tránsito entre la niñez y la adolescencia (señorita, mujercita, etc.) hacia el aprendizaje de lo que significa “ser mujer”. En detrimento, las mujeres de la zona sur no poseen elementos mediadores que le permitan encarnar un rol entre la infancia y la adolescencia, ya que crecer, menstruar, significa ser mujeres, lo cual las habilita para ser madres, es decir *“la menstruación tiene más que ver con el registro de un cuerpo preparado para la reproducción, tanto biológica niña-mujer-madre como de las condiciones de existencia”* (p.19).

En conclusión, las manifestaciones biológicas de la pubertad (menstruación y eyaculación) están ligadas a conductas, actitudes, sentimientos, roles construidos socialmente y a una identidad que crean los modos de ser mujer o ser varón de acuerdo al sexo y la clase social de los sujetos, advirtiéndose que en la ciudad de Catamarca, predominan valores ligados a la construcción social de una identidad, rol y posición sexual heterosexual, prevaleciendo un modelo machista.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se empleó el Cuestionario Kidscreen-52 (THE KIDSCREEN Group Europe, 2006) adaptada por Berra *et al.* (2009) a la población argentina. Es un instrumento de tipo

genérico que caracteriza la calidad de vida vinculada a la salud de niños y adolescentes de 10 a 18 años de edad, valorada desde el punto de vista de los mismos. El instrumento, de característica autoadministrable, se compone de 52 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre), evalúa 10 dimensiones de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) permitiendo apreciar la frecuencia o intensidad del atributo con un período recordatorio de una semana generalmente. Las dimensiones son:

- *Bienestar físico*: actividad física, sensación de energía y de estar físicamente en forma (5 ítems).
- *Bienestar psicológico*: emociones positivas y satisfacción de la vida (6 ítems).
- *Estado de ánimo y emociones*: experiencias negativas, estados depresivos y las sensaciones de estrés (7 ítems).
- *Autopercepción*: percepción de la apariencia física e imagen corporal y la satisfacción relacionada con ellas (5 ítems)
- *Autonomía*: oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems).
- *Relación con los padres y vida familiar*: atmósfera familiar (6 ítems).
- *Amigos y apoyo social*: relación con los/as compañero/as (6 ítems).
- *Entorno escolar*: percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, sensaciones acerca de la escuela (6 ítems).
- *Aceptación social (Bullying)*: sensación de rechazo de los/las compañeros/as (3 ítems).
- *Recursos económicos*: percepción sobre la capacidad financiera de los padres (3 ítems).

ANÁLISIS DE DATOS

La CVRS se midió a través del empleo de la versión argentina del instrumento Kidscreen-52. Se trató de un instrumento de tipo genérico cuyo objetivo es caracterizar la calidad de vida vinculada a la salud de niños y adolescentes. Tal como se dijo en el apartado metodológico de la presente investigación, el cuestionario incluye 10 dimensiones diferentes; desarrollado y validado simultáneamente en 7

países europeos, así como también en el nuestro y en una experiencia local, mostrando tener una adecuada confiabilidad y validez (Berra, et al. 2013).

La descripción de la CVRS se realizó de acuerdo a la metodología propuesta por la organización Kidscreen. El puntaje de cada una de las dimensiones fue estandarizado a una media de 50 y un desvío estándar de 10. A mayor puntuación mayor calidad de vida.

Los autores que desarrollaron la adaptación argentina del test, consideran que valores menores a 40 ($X - 1DS$) indicarían puntuaciones bajas y valores entre 40 y 45 ($X - 1/2DS$), como puntuaciones intermedias (Berra, 2009).

Se procedió con un muestro por cuotas atendiendo al género y a la edad, de los adolescentes que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud "Dr. Carlos Bravo" de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca. La muestra final estuvo compuesta por un total de 160 adolescentes, 80 varones y 80 mujeres. A continuación, se presentan las frecuencias y porcentajes, en función de la edad y el género.

Ahora en bien, en lo que respecta en los adolescentes varones de 16 a 18 años, los datos evidencian disminuciones en la gran mayoría de las dimensiones evaluadas en comparación con los varones de menor edad, mostrando déficit en la dimensión *vida familiar* (48,12), *lo que sentís de vos mismo/a* (48,21) y en la dimensión *la escuela o el colegio* (47,73). Si bien la gran mayoría de los valores obtenidos no se alejan considerablemente de la media (50), las disminuciones se han encontrado en áreas donde ha de esperarse serias dificultades en adolescentes: *los sentimientos sobre sí mismo, la familia y el grupo de pares*.

Tabla 1

CVRS de varones de 16 a 18 años

<i>Dimensiones CVRS</i>	Media	DS
1- Tu actividad física y salud	50,45	10,79
2- Tus sentimientos	50,13	10,29

3- Tu estado de ánimo	49,47	8,33
4- Lo que sentís de vos mismo/a	48,21	9,02
5- Tu tiempo libre	49,62	9,17
6- Tu vida familiar	48,12	10,45
7- Cuestiones económicas	49,23	10,63
8- Tus amigos/as	49,00	10,77
9- La escuela o el colegio	47,73	10,89
10- Vos y los demás	49,96	10,13

Para el sub-grupo de mujeres adolescentes de 16 a 18 años, se encontraron puntuaciones bajas en las dimensiones *lo que sentís de vos mismo/a* (47,87), *tu tiempo libre* (48,96), *tus amigos/a* (47,78), y *vos y los demás* (46,13), siendo ésta última la más afectada. No obstante, en contraste con las adolescentes de 13 a 15 se ha evidenciado un notable incremento en la dimensión *la escuela o el colegio*, en un 55,85, y una mejor percepción de la actividad física y la salud, en 51,63.

Tabla 2

CVRS de mujeres de 16 a 18 años

Dimensiones CVRS	Media	SD
1- Tu actividad física y salud	51,63	9,33
2- Tus sentimientos	49,98	9,16
3- Tu estado de ánimo	51,31	9,90
4- Lo que sentís de vos mismo/a	47,87	7,14
5- Tu tiempo libre	48,96	8,76
6- Tu vida familiar	49,88	10,08
7- Cuestiones económicas	50,20	10,34
8- Tus amigos/as	47,78	11,27

9- La escuela o el colegio	55,85	7,40
10- Vos y los demás	46,13	7,45

En el cotejo de ambos subgrupos de la misma franja etaria, se puede observar significativas diferencias en las dimensiones *tus amigos/a*, mostrando las mujeres percibir menos aceptación por parte de los pares en comparación con los varones; y en la *escuela o colegio*, donde los varones mostraron percibir menor capacidad de concentración y cognitiva y sensaciones negativas ligadas al espacio escolar.

En consonancia, se han visto reducidas las puntuaciones para ambos grupos en la dimensión *lo que sentís de vos mismo*, que explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas.

Se ha de hacer notar, que el subgrupo de las mujeres ha obtenido puntajes más altos en comparación con el de los varones, incluso por encima de la media, en varias dimensiones, como *tu actividad física*, *tu estado de ánimo*, y *la escuela o colegio*.

Tabla 3.

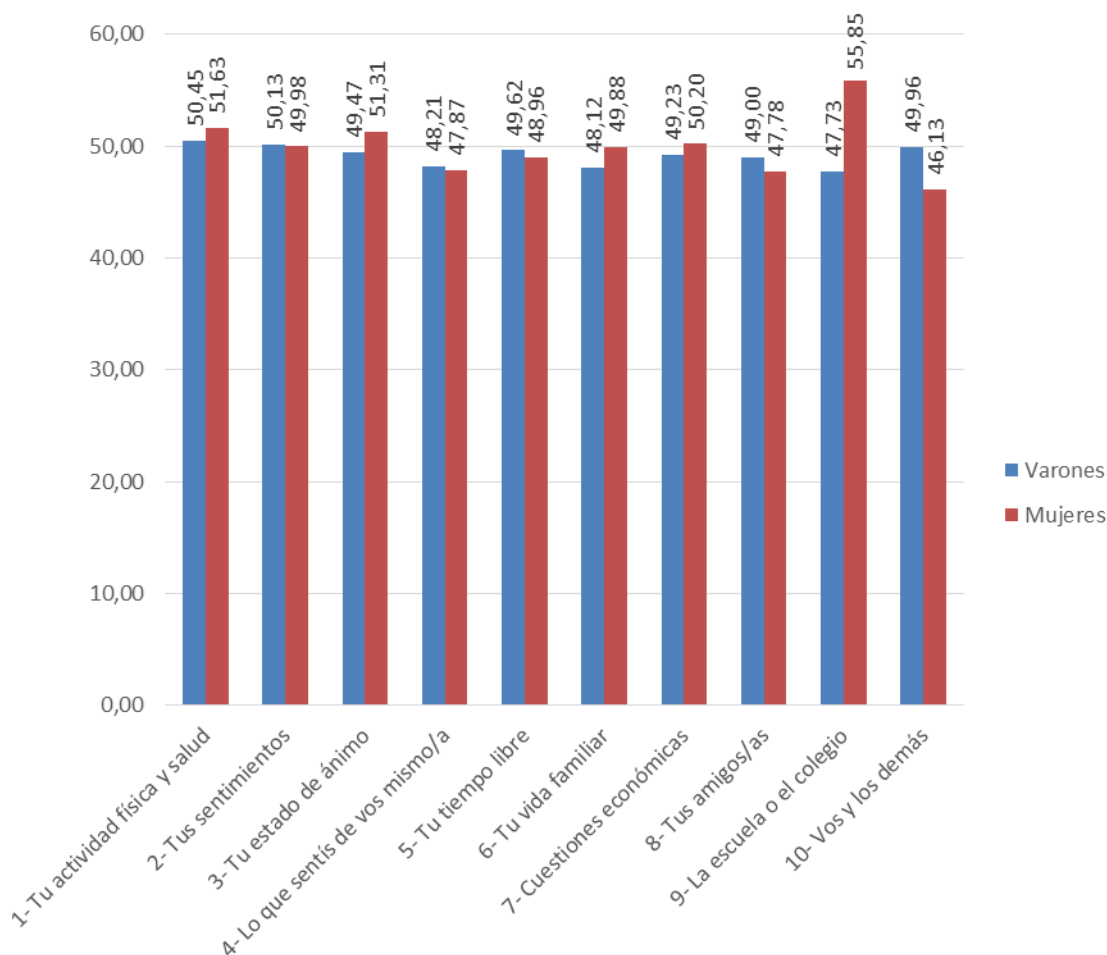
Cotejo entre la CVRS de varones y mujeres de 16 a 18 años de edad

Dimensiones CVRS	Varones (16 a 18 años)		Mujeres (16 a 18 años)	
	Media	DS	Media	SD
1- Tu actividad física y salud	50,45	10,79	51,63	9,33
2- Tus sentimientos	50,13	10,29	49,98	9,16
3- Tu estado de ánimo	49,47	8,33	51,31	9,90
4- Lo que sentís de vos mismo/a	48,21	9,02	47,87	7,14
5- Tu tiempo libre	49,62	9,17	48,96	8,76
6- Tu vida familiar	48,12	10,45	49,88	10,08
7- Cuestiones económicas	49,23	10,63	50,20	10,34
8- Tus amigos/as	49,00	10,77	47,78	11,27
9- La escuela o el colegio	47,73	10,89	55,85	7,40

10- Vos y los demás	49,96	10,13	46,13	7,45
----------------------------	-------	-------	--------------	------

Figura 1.

Puntuaciones medias en mujeres y varones de 16 a 18 años de edad.



DISCUSIÓN

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se describió a lo largo de este trabajo como un constructo multidimensional que abarca componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y de comportamiento, de bienestar y de función tal como son percibidos por los individuos. La OMS extiende esta definición incluyendo el punto de vista cultural: la calidad de vida se define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de valores y de cultura en los que vive, y en relación

con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Al introducir los aspectos culturales, resulta de beneficio para la identificación de los factores sociales y de comportamiento de la salud, y con ello, el monitoreo y la detección precoz de posibles alteraciones en el bienestar y el funcionamiento de los niños, que pueden formar la base de las intervenciones tempranas como parte de las actividades que se efectúan en los servicios sanitarios en el ámbito de la prevención primaria de la salud.

Con respecto a los datos hallados, ha de señalarse en primera instancia las escasas diferencias encontradas en relación al estudio efectuado en Bahía Blanca (Berra, et., al, 2009), en una población similar de sujetos, incluso hallando semejanzas en aquellas áreas o dimensiones donde se ha puntuado más bajo, lo cual habla de una relativa uniformidad en la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud, de la población adolescente en general. A pesar de ello, es menester indicar lo homogéneo que fueron los datos encontrados en términos generales, respecto de las positivas valoraciones que efectúan los adolescentes catamarqueños sobre su calidad de vida asociada a la salud; dato para nada desdeñable considerando que se desprende de una población que asiste, por diferentes motivos, a una consulta médica en dicho establecimiento, presumiblemente por alguna afección puntual, conocida o no, ó simplemente, consulta de rutina, asistencia y/o información.

Con respecto a ello, han de comentarse las limitaciones del presente trabajo no sólo por la dificultad de extrapolar las conclusiones a una población representativa de adolescentes, sino también por la dificultad en la disgregación de los resultados por nivel socio-económico de la población objeto de estudio, que si bien no han encontrado valores diferenciales de gran consideración en otros estudios que si la han contemplado, no resulta menos relevante su conocimiento, así como su posterior investigación como hecho propositivo, para dar cuenta de la estimación que hacen los adolescentes en contextos socio-económicos menos favorecidos, sobre su salud.

Los adolescentes varones de 16 a 18 años han obtenido los peores resultados en lo que a la percepción de la calidad de vida vinculado a la salud respecta, no alcanzando ninguno de los valores la media propuesta. Esto configura, dada la precisión del instrumento utilizado, el grupo etario más vulnerable y proclive a riesgos, y ello no sólo porque algunas dimensiones puntuaron cerca del límite de lo preocupante, sino

porque evidencian escasa áreas de 'fortaleza', es decir, áreas en donde se vean optimistas en todo el abanico que configura la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud, que sean posibles vías de intervención.

Sin embargo, a pesar de que los datos evidenciaron disminuciones en la gran mayoría de las dimensiones evaluadas, se han mostrado más bajos en aquellas en donde, por la complejidad propia de esta etapa, ha de esperarse serias dificultades en adolescentes: *los sentimientos sobre sí mismo, la familia y el grupo de pares*. Los estudios alertan sobre posibles riesgos ante esta disminución, como problemas vinculares dentro del grupo familiar, violencia escolar, bullying, grupos de pares en riesgo, entre otros, situaciones que generalmente desembocan en otras problemáticas sociales y psicológicas.

Contrariamente, y mostrando la distinción de las mujeres de 16 a 18 años en comparación con aquéllos del mismo grupo etario, se han encontrado resultados que sobrepasan con creces la media, mostrando de esta manera algunas áreas de fortaleza de gran peso, como lo fueron la del ámbito escolar.

De esta manera y para concluir con esta presentación, se ha de señalar que el seguimiento del estado de salud de la población permite a los profesionales de la salud pública mejorar la condiciones de prestaciones sanitarias para la población, mediante el seguimiento de las tendencias de salud, identificando las discrepancias en dicha materia y planificando actividades de promoción de la misma así como efectivizar sus intervenciones. En este sentido, la presente investigación significó un aporte valioso en esa vía, de cara a contribuir a estimar las necesidades de los servicios de salud a la luz de los datos aportados, facilitar la planificación, supervisión y evaluación de posibles intervenciones relacionadas con la salud en la comunidad, influir en decisiones de política pública, la promoción de las mismas y leyes relacionadas con la salud de un grupo etaria que se encontró relegado en tanto careció de un espacio específico para su atención, prevención y asistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpi, V. S. y Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol av. Discip.* 6(1), 123- 136. Retomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>.

- Berra, S. Tebé, C. Esandi, M. & Carignano, C. (2012). Fiabilidad y validez del cuestionario Kidscreen-52 para medir calidad de vida relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr*, 111(1), pp-pp. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n1a06.pdf>.

- Departamento de Epidemiología Ambiental (2009). Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños y adolescentes que residen en la ciudad de Bahía Blanca Una encuesta en niños y adolescentes escolarizados. Subsecretaría de Gestión Ambiental, Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de Bahía Blanca. Retomado de: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/Informe-CVRS-Bahia-Blanca-15-08-09.pdf>.

- Guedes Pinto et al (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev. Panam Salud Pública*, 35(1), 46-52. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100007.

- Soto, M. y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 505-5014. Retomado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>.

- Filgueira Lima, C. E. (2004). Innovaciones en los sistemas de información para la gestión en salud (Tesis de maestría en Sistemas de salud y seguridad social). Instituto Universitario de la Fundación ISALUD, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-filgueira-lima>.

- Ley N° 26.061 (2005). Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 26 de Octubre de 2005.

- Mamondi, V.; Sabulsky, J. & Berra, S. (s.f) Exceso de peso y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes de la ciudad de Córdoba según nivel económico y educativo de los padres.

The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.

- Rearte, C., Macedo, R. y Ceballos, C (2013). Creación de servicios específicos para adolescentes. Caso CAPS Javier Bravo. Revista Intervenir, 7, 84-94.

- Rearte C. (2012). Incidencia de los servicios de salud en la calidad de vida de los adolescentes en la Provincia de Catamarca (2011- 2015).