Autoreporte de salud y enfermedad en la adolescencia: Cuestionario CHIP-AE en adolescentes escolarizados chilenos

ALFONSO URZÚA M.¹

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Magíster en Salud Pública, Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile.

ABSTRACT

Health and illness selfreport in adolescence: CHIP-AE questionnaire in chilean school adolescents

Objective: To describe and analyze values obtained from the application of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE) in school chilean adolescents. **Method:** The questionnaire was applied to a sample of 531 school adolescents of Antofagasta (249 were men and 282 women), with a mean of age of 15.44 years. Means and deciles for each of the domains and subdomains of the instrument, separated by sex and range of age were calculated. **Results:** Men presented significantly highest median level of satisfaction and resistance ($p < 0.01$ y $p < 0.05$) and women highest score in welfare ($p < 0.01$). By ge 16 to 18 vs 13 to 15 years old group, had significantly highest scores in welfare and resistance ($p < 0.001$ and $p < 0,05$), and less in risk and performance ($p < 0.05$ and $p < 0.05$, respectively). **Conclusion:** Results are not different for spanish study, except on welfare were men obtained lower scores and women highest. These results can be use as comparison pattern in longitudinal studies and to compare with others populations or interventions studies in adolescent health.

(**Key words:** Health, adolescence, CHIP-AE, quality of life).

Rev Chil Pediatr 2012; 83 (4): 336-344

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar los resultados de la aplicación del cuestionario Perfil de Salud y Enfermedad Infantil, versión Adolescentes (CHIP A-E), en adolescentes escolarizados chilenos. **Pacientes y Método:** Se aplicó el cuestionario a una muestra de 531 adolescentes escolarizados de la ciudad de Antofagasta (249 hombres y 282 mujeres), con una media de edad de 15,44 años. Se presentan las medias y deciles para cada dimensión y subdimensiones, separadas por sexo y rango de edad. **Resultados:** Los hombres presentan medias significativamente más elevadas a nivel de la satisfacción y resistencia ($p < 0,01$ y $p < 0,05$), las mujeres puntúan más alto en bienestar ($p < 0,01$). Por edad, los de 16 a 18 años vs 13 a 15 años puntúan significativamente más en bienestar ($p < 0,001$) y en resistencia ($p < 0,05$); y menos en riesgos y rendimiento ($p < 0,05$ y $p < 0,05$,

Recibido el 29 de mayo de 2009, devuelto para corregir el 10 de noviembre de 2010, segunda versión el 22 de diciembre de 2010, tercera versión el 24 de marzo de 2012, aceptado para publicación el 8 de junio de 2012.

Correspondencia a:
Dr. Alfonso Urzúa M.
E-mail: alurzua@ucn.cl

respectivamente). **Conclusión:** Los resultados observados no difieren de lo encontrado en población española excepto en bienestar, donde los varones obtienen puntajes menores y las mujeres superiores. Estos resultados servirán de patrón de comparación para futuros estudios longitudinales o intervención en salud adolescente, así como de otras poblaciones.

(Palabras clave: Salud, adolescencia, CHIP-AE, calidad de vida).

Rev Chil Pediatr 2012; 83 (4): 336-344

Introducción

Cuando hablamos del estado de salud de los adolescentes, generalmente se suele centrar la mirada desde el punto de vista de la morbilidad presente en dicho grupo etario. Solo en los últimos años ha habido un paulatino crecimiento e incorporación de indicadores más comprensivos de la salud que no estén centrados en la enfermedad o en la mortalidad, sino en la salud desde un prisma positivo, centrándose desde la mirada del propio adolescente, o que identifiquen las condiciones que favorecen el desarrollo saludable de éstos¹. En este contexto, la percepción del estado de salud y la calidad de vida se han constituido como algunas de las áreas emergentes de desarrollo en el campo de las ciencias sociales y de la salud en los últimos años. Una de las principales líneas de trabajo en estos temas han sido la elaboración y posterior validación de instrumentos destinados a medir el constructo en población infantil y adolescente, existiendo a la fecha diversos instrumentos desarrollados principalmente en Estados Unidos²⁻⁴ y adaptados en España⁵. En Chile son escasos los artículos que reportan propiedades de este tipo de instrumentos en población infantil y adolescente⁶⁻⁸.

Pese a este reciente incremento en los artículos de investigación que reportan tanto la confiabilidad como los distintos tipos de validez de los instrumentos utilizados, son pocos los artículos que muestran los valores encontrados con un sentido práctico, es decir que permitan: a) la evaluación de los adolescentes con base al valor de su grupo poblacional de referencia; b) establecer líneas base para programas de intervención, y c) realizar estudios longitudinales sobre la salud de los adolescentes⁹. En Chile, son escasos los reportes sobre autoreportes del estado de salud o de la calidad

de vida en adolescentes, estando estos vinculados preferentemente al desarrollo de una enfermedad¹⁰⁻¹².

Uno de los instrumentos que ha evidenciado niveles adecuados de confiabilidad y validez en su versión en castellano es el *Child Health and Illness Profile-CHIP AE*, cuyo origen se encuentra en EE.UU.^{13,14} y cuyo uso se ha extendido a varios idiomas^{15,16}. Este instrumento ha demostrado una buena capacidad para discriminar entre grupos (estado de salud, edad y sexo) y a través de su utilización se ha reportado valores poblacionales derivados de muestras en otros países^{9,17}.

El objetivo de este artículo evaluar la autopercepción de salud y enfermedad en adolescentes chilenos escolarizados mediante el cuestionario CHIP-AE, separados por rango de edad y por sexo, y compararlos con los datos obtenidos con la versión española.

Pacientes y Método

Participantes

A fin de cuidar una adecuada participación de los adolescentes y dada la imposibilidad de tener una muestra probabilística, se consideró la opción de obtener una muestra intencional de tipo estratificada. Bajo este parámetro, para la recolección de los datos se consideraron como elementos de estratificación el tipo de establecimiento educacional, el sexo y el rango de edad. Se seleccionaron así tres colegios particulares, tres colegios subvencionados (privado con aporte financiero estatal) y tres establecimientos públicos municipalizados. Posteriormente se realizó una segunda estratificación, a fin de asegurar una similar participación de hombres y mujeres y una tercera para equiparar ambos rangos de edad (12-15 y

16-19 años) en cada uno de los establecimientos seleccionados.

Bajo este procedimiento se logró recoger información en 531 adolescentes, de los cuales 249 (46,9%) fueron hombres y 282 (53,1%) mujeres, todos de la ciudad de Antofagasta. De este total, 196 (37,2%) estudiaban en colegios particulares, 165 (31,3%) en colegios subvencionados y 166 (31,5%) en establecimientos públicos municipalizados. De cada establecimiento se definieron a los alumnos según su grado escolar en: primero medio (37,4%), segundo medio (30,6%) y tercero medio (32%). La edad de los encuestados osciló entre los 13 y los 18 años ($M = 15,44$, $DE = 1,07$, $Md = 15$, $Mo = 16$).

Instrumentos

El perfil de salud y enfermedad el cuestionario CHIP-AE está constituido por seis dimensiones (Tabla 1): a) Satisfacción (la cual incluye la percepción de salud general y la autoestima); b) Bienestar (incorpora bienestar tanto físico como emocional, además de indagar en síntomas que pudiesen interferir en la sensación de bienestar); c) Resistencia (referida a conductas protectoras contra futuros problemas de salud); d) Riesgos (estados o conductas que aumentarían la probabilidad de que surgiese un problema de salud); e) Rendimiento (refleja las actividades sociales esperadas para un determinado grupo de edad); y f) Enfermedades (inquiere sobre la presencia de enfermedades físicas, mentales o lesiones y deficiencias definidas desde una perspectiva biomédica).

La mayor parte de los ítems incluidos en el CHIP-AE tienen opción de respuesta tipo Likert, que va desde 1 ("Completamente en desacuerdo") hasta 5 ("Completamente de acuerdo"). Puntuaciones altas indican mayor satisfacción, bienestar, resistencia, menos riesgos, menor presencia de enfermedades y más funciones. Para esta investigación se ha utilizado la versión española^{15,16} adaptada a la población chilena, la cual presentó una consistencia

interna adecuada, con alfas de Cronbach entre 0,83 y 0,89, una adecuada estructura factorial similar a la propuesta teórica y capaz de discriminar entre rangos de edad y entre sujetos sanos y no sanos¹⁸.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte. Una vez que la investigación contó con la aprobación del Comité del área clínica de la Escuela de Psicología, así como de la Corporación Municipal de Desarrollo Social, se obtuvo el asentimiento de los alumnos voluntarios y se comenzó con el proceso de aplicación, el cual fue realizado de manera colectiva por curso, o varios cursos a la vez, dependiendo del establecimiento. De cada establecimiento se definieron cursos pertenecientes a los niveles primero, segundo y tercero medio utilizándose para esto la hora de consejo de curso o de orientación dependiendo del establecimiento. Los cuestionarios fueron llenados individualmente por todos los adolescentes que voluntariamente dieron su asentimiento para participar en la investigación, siendo el porcentaje de participación del 100%. El tiempo promedio de llenado fue de 40 minutos. Una vez fueron recogidos los datos, estos fueron ingresados en una base de datos construida en SPSS 14.0.

Para efectos del análisis de los datos, se estandarizaron las puntuaciones medias de cada dimensión y subdimensión a una media arbitraria de 50 y una desviación estándar de 10. Esto permitirá su comparación con otras poblaciones de adolescentes cuyos datos hayan seguido el mismo procedimiento, como lo es el caso de la muestra española en el estudio de Serra-Sutton⁹. Para obtener cada valor se consideró el puntaje obtenido por cada participante en cada dimensión o subdimensión (rango 1 a 5), así como la media y desviación estándar del grupo total:

$$\left[\frac{\text{puntuación de nn en x} - \text{media del grupo en x} \times 10}{DE \text{ del grupo en x}} \right] + 50$$

Resultados

Participantes

La tabla 2 muestra la distribución de los participantes en la investigación estratificados por rango de edad, por sexo y por tipo de establecimiento.

Valores de Referencia

La tabla 3 contiene los puntajes estandarizados para cada una de las dimensiones y subdimensio-

nes del CHIP-AE separados por rango de edad y por sexo. A nivel de las dimensiones, los hombres presentan medias significativamente más elevadas a nivel de la satisfacción ($t_{(525)} = 3,48$; $p < 0,01$) y resistencia ($t_{(525)} = 2,28$; $p < 0,05$). Las mujeres en tanto puntúan más alto en bienestar ($t_{(525)} = -4,98$; $p < 0,01$).

Al analizar por edad, los participantes del rango entre 16 a 18 años tienen una media significativamente mayor que el grupo de 13 a 15 años en bien-

estar ($t_{(525)} = -3,86$; $p < 0,001$) y en resistencia ($t_{(525)} = 2,21$; $p < 0,05$), a diferencia de las dimensiones riesgos y rendimiento, en donde el grupo de 13 a 15 años tiene medias superiores al grupo de mayor edad ($t_{(525)} = 2,90$; $p < 0,05$ y $t_{(525)} = 2,07$; $p < 0,05$ respectivamente).

La tabla 4 contiene los valores de referencia de los percentiles de las dimensiones del CHIP-AE según sexo y rango de edad, además del total. Se presenta asimismo los datos recogidos para similar población en el estudio español⁹. Tal como se puede observar, los valores encontrados para el total de hombres y mujeres para las diferentes dimensiones no varían mucho de lo reportado en el estudio realizado en Barcelona. Con excepción de la dimensión bienestar en los hombres, en donde los puntajes obtenidos en Chile son menor que los obtenidos para similar grupo en España, en tanto en las mujeres ocurre el fenómeno contrario, ya que tienen puntajes superiores a los de la muestra catalana.

La tabla 5 contiene los puntajes estandarizados para las distintas dimensiones y subdimensiones del CHIP-AE, estratificadas por sexo, comparándolas con el estudio español.

Discusión

El presente estudio muestra que los adolescentes varones escolarizados de la ciudad de Antofagasta presentan niveles de la satisfacción y resistencia significativamente más elevados, en tanto las mujeres puntúan más alto en bienestar. Es posible que este hecho se deba a diferencias basadas en construcciones de la salud diferenciadas por género, en donde los hombres centran su bienestar en la realización de actividades eminentemente físicas, con una menor atención a su salud y con menor conciencia de su cuerpo, en tanto, las mujeres priorizan actividades sociales o académicas, y con una mayor conciencia de su propio cuerpo y de los cambios que este sufre, disminuyendo

Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones del perfil CHIP-AE

Dimensiones	Subdimensiones (número ítems)
I. Satisfacción	1. Satisfacción con la salud general (7) 2. Autoestima (5)
II. Bienestar	1. Bienestar físico (24) 2. Bienestar emocional (14) 3. Limitaciones de actividad (7)
III. Resistencia	1. Participación familiar (7) 2. Resolución de problemas (8) 3. Actividad física (5) 4. Salud y seguridad en el hogar (11)
IV. Riesgos	1. Riesgo individual (18) 2. Amenazas a logros (15) 3. Influencia de pares (5)
V. Rendimiento	1. Rendimiento académico (7) 2. Rendimiento laboral (4)
VI. Enfermedades	1. Enfermedades agudas leves (10) 2. Enfermedades agudas graves (9) 3. Enfermedades recurrentes (11) 4. Enfermedades clínicas de larga duración (6) 5. Enfermedades quirúrgicas de larga duración (5) 6. Enfermedades psicológicas (4)

Tabla 2. Distribución de la muestra total por tipo de establecimiento, sexo y rango de edad

	Tipo de Establecimiento, n			
	Público	Subven- cionado	Particular	Total
Hombres				
13 – 15 años	31	51	52	134
16- 19 años	37	27	51	115
Mujeres				
12 – 15 años	47	46	48	141
16 – 19 años	51	41	49	141
Total	166	165	200	531

Tabla 3. Puntajes estandarizados para dimensiones y subdimensiones del CHIPAE por grupos

	HOMBRES		MUJERES	
	13 – 15 años (134)	16 – 18 años (113)	13 – 15 años (141)	16 – 18 años (139)
Satisfacción^a	51,23 (9,9)	52,04 (10,1)	49,78 (9)	47,38 (10,5)
Satisfacción con la salud general	52,15 (9,8)	52,35 (9,9)	49,01 (9,1)	47,02 (10,4)
Autoestima	50,07 (9,7)	51,26 (9,9)	50,55 (9,5)	48,35 (10,7)
Bienestar^{b,d}	47,24 (10,3)	48,33 (9)	49,52 (9,5)	54,5 (9,7)
Bienestar físico	46,64 (9,8)	47,77 (8,7)	50,68 (9,6)	54,35 (9,9)
Bienestar emocional	46,58 (9,5)	48,26 (9,8)	49,15 (9,2)	52,7 (10,5)
Limitación de la actividad	49,23 (11)	49,10 (9)	48,41 (9,3)	53,09 (9,8)
Resistencia^{c,e}	51,82 (10,8)	50,14 (9,6)	50,06 (9,6)	48,06 (9,6)
Actividades físicas	54,18 (11)	52,90 (9,7)	47,56 (8,9)	46,09 (7,9)
Resolución de problemas	48,83 (9,6)	47,71 (9,3)	52,02 (8)	50,95 (12,1)
Salud y seguridad en el hogar	50,04 (9,6)	47,72 (8,9)	50,86 (8,6)	50,93 (12,1)
Participación familiar	50,35 (10)	50,25 (10,8)	50,58 (10,9)	48,88 (8,2)
Riesgos^f	50,96 (10,3)	47,9 (12)	51,44 (9,4)	49,33 (8)
Riesgo individual	51,13 (9,5)	47,79 (11,5)	51,46 (8,9)	49,22 (9,9)
Amenazas a logros	49,15 (11)	48,81 (12)	51,51 (10,6)	50,26 (5,3)
Influencia de pares	52,66 (9,3)	48,34 (10,5)	50,17 (9,5)	48,61 (10,3)
Enfermedades	50,64 (12,1)	50,04 (10,1)	50,68 (9,9)	48,65 (7,5)
Enfermedades agudas leves	51 (10,8)	50,53 (9,8)	50,21 (10,9)	48,39 (8,3)
Enfermedades agudas graves	50,2 (11,5)	49,6 (11,1)	51,16 (10,8)	48,95 (5,7)
Enfermedades recurrentes			50,40 (8,5)	47,98 (9,9)
Enfermedades clínicas larga duración	50,79 (12,7)	49,42 (9,5)	51,48 (8,8)	48,21 (8,1)
Enfermedades quirúrgicas larga evolución	50,29 (10,8)	49,65 (10,8)	49,71 (9,7)	50,3 (8,8)
Enfermedades psicológicas	50,13 (11,5)	50,01 (9,7)	50,77 (9,6)	49,07 (9,1)
Rendimiento^f	50,36 (10,6)	48,75 (10,5)	51,34 (9,4)	49,32 (9,5)
Rendimiento académico	51,38 (11,9)	49,76 (10,4)	49,7 (9,5)	49,16 (8,1)
Rendimiento laboral	49,75 (10)	48,68 (10,4)	51,66 (9,4)	49,62 (10,2)

^aMedia de hombres significativamente mayor que mujeres ($p < .01$); ^bMedia de mujeres significativamente mayor que hombres ($p < .01$); ^cMedia de hombres significativamente mayor que mujeres ($p < .05$); ^dMedia de rango 16 a 18 años mayor que la de rango 13 a 15 años ($p < .01$); ^eMedia de rango 16 a 18 años mayor que la de rango 13 a 15 años ($p < .05$); ^fMedia de rango 13 a 15 años mayor que la de rango 16 a 18 años ($p < .05$).

con esto la satisfacción con este. Se suma los patrones estéticos que comienzan a influir en la construcción del cuerpo femenino ideal, incluso en edades tempranas. El análisis por grupo etario reveló que los adolescentes entre 16 a 18 años tienen significativamente mayor puntuación en bienestar y en resistencia, a diferencia de las dimensiones riesgos y rendimiento, en donde el grupo de 13 a 15 años tiene medias superiores al grupo de mayor edad. Al comparar con el estudio español de Barcelona, los valores en las diferentes dimensiones no varían mucho excepto en bienestar, en donde los varones obtienen puntajes menores y las mujeres superiores a los de la muestra catalana.

Estudios longitudinales utilizando esta metodología, permitirán evaluar los cambios en la salud de adolescentes, percibida y evaluada desde su propia mirada, así como comparar sus resultados con otras poblaciones estudiadas.

Los datos generados por la utilización de este instrumento también posibilitan el diseño de programas específicos de intervención en salud adolescente, pudiendo constituirse en una herramienta diagnóstica adecuada en la evaluación de programas de salud o de efectos de intervenciones en prevención de la enfermedad o promoción de la salud.

La información presentada puede constituirse en un insumo importante para la eva-

Tabla 4. Valores de referencia del perfil de salud CHIP AE a partir de una muestra de adolescentes escolarizados según sexo y rango de edad

Deciles por dimensión	Hombres (años)		Mujeres (años)		Total Chile		Total España	
	13 – 15 (134)	16 – 18 (113)	13 – 15 (141)	16 – 18 (139)	Hombres (247)	Mujeres (280)	Hombres (475)	Mujeres (426)
Satisfacción								
P10	36,93	38,84	36,09	31,97	38,02	34,01	39,94	34,02
P20	43,67	44,58	40,97	38,33	44,10	40,11	45,22	38,76
P30	46,97	47,53	46,21	42,40	47,18	44,51	47,87	42,90
P40	49,26	51,04	48,75	46,21	50,58	47,48	50,80	46,01
P50	53,07	54,09	51,04	47,80	53,58	49,77	53,45	48,45
P60	55,36	56,33	53,37	51,04	55,87	52,31	55,50	50,86
P70	57,40	58,41	55,21	53,84	57,80	55,11	57,85	53,45
P80	59,68	60,44	57,45	56,38	60,19	57,04	59,91	55,79
P90	62,86	62,53	60,40	60,06	62,73	60,45	64,31	59,32
Bienestar								
P10	37,59	38,46	39,65	43,08	37,89	40,73	40,47	33,21
P20	39,81	40,59	41,80	46,57	40,31	43,47	45,70	38,81
P30	41,50	42,86	43,51	48,90	42,04	46,06	48,44	43,18
P40	43,22	44,63	44,49	51,45	43,91	48,28	51,91	45,91
P50	45,16	46,99	47,20	52,87	45,94	51,42	53,64	49,00
P60	46,61	48,88	51,27	56,21	47,96	53,54	55,60	51,48
P70	49,35	51,31	54,26	57,64	50,03	56,21	57,85	53,82
P80	52,97	55,40	56,82	61,72	53,63	58,80	60,14	56,15
P90	59,24	61,74	61,41	66,54	59,64	65,03	62,89	59,11
Resistencia								
P10	38,96	38,63	37,03	34,70	39,06	37,01	37,33	36,31
P20	42,87	42,80	41,99	41,13	42,88	41,60	43,18	41,32
P30	46,82	44,38	45,36	44,14	45,53	44,46	46,58	44,32
P40	49,70	48,62	48,70	46,70	49,15	48,35	49,76	47,32
P50	52,63	50,45	50,59	49,03	51,40	49,83	52,56	49,47
P60	54,76	52,08	52,31	50,59	53,58	51,65	54,44	51,30
P70	56,53	53,85	54,71	53,20	55,54	53,86	56,69	53,39
P80	59,52	56,74	56,41	54,91	58,86	55,69	60,13	55,33
P90	65,24	61,01	60,21	58,99	64,69	59,59	64,73	58,55
Riesgos								
P10	36,54	29,20	39,96	39,92	33,24	39,96	35,35	37,42
P20	43,03	40,37	44,79	42,90	42,33	43,73	41,42	42,61
P30	47,33	43,84	48,38	45,04	46,03	46,55	45,22	45,30
P40	49,83	46,84	50,64	47,38	48,23	49,08	47,63	47,64
P50	52,05	48,89	52,44	50,32	50,69	51,39	50,16	50,28
P60	55,47	52,15	54,32	52,34	53,41	53,03	53,27	52,94
P70	57,11	54,87	56,15	54,07	55,92	55,52	56,43	56,83
P80	59,13	53,35	58,43	56,63	57,77	57,74	59,70	60,00
P90	60,96	59,22	60,42	58,57	60,67	59,58	62,52	63,11
Funcionamiento								
P10	36,07	35,77	36,63	35,93	35,93	36,23	34,44	37,85
P20	38,35	37,81	41,78	39,69	38,35	39,74	41,49	45,31
P30	41,57	39,69	52,57	41,30	40,76	42,37	45,36	47,68
P40	53,11	43,23	54,18	53,11	52,04	54,18	47,68	49,23
P50	54,71	53,11	54,72	54,18	54,18	54,72	49,23	52,33
P60	55,26	54,72	55,26	54,72	55,23	55,26	52,33	53,88
P70	57,97	55,47	56,33	55,26	55,79	55,79	53,88	55,42
P80	57,40	56,44	56,87	56,33	56,87	56,87	56,97	58,52
P90	58,48	57,94	57,94	57,94	58,48	57,94	61,62	60,92

Tabla 5. Puntajes estandarizados para dimensiones y subdimensiones del CHIPAE por sexo para Chile y España

	Chile		España	
	Hombres (247)	Mujeres (280)	Hombres (475)	Mujeres (426)
Satisfacción	51,59	48,59	52,35	47,38
Satisfacción con la salud general	52,24	48,02	53,01	46,64
Autoestima	50,61	49,45	51,07	48,80
Bienestar	47,74	51,99 ^a	52,45 ^b	47,36
Bienestar Físico	47,16	52,50	52,24	47,50
Bienestar Emocional	47,35	50,91	52,72	46,96
Limitación de la actividad	49,17	50,73	50,45	49,49
Resistencia	51,05	49,07	51,47	48,35
Actividades físicas	53,59	46,82	54,22	45,29
Resolución de problemas	48,32	51,49	48,15	52,06
Salud y seguridad en el hogar	48,98	50,90	48,58	50,05
Participación familiar	50,30	49,73	49,56	50,49
Riesgos	49,56	50,39	49,61	50,43
Riesgo individual	49,59	50,35	49,96	50,03
Amenazas a logros	48,99	50,89	48,56	51,60
Influencia de pares	50,68	49,39	50,43	49,52
Enfermedades	50,37	49,67		
Enfermedades agudas leves	50,78	49,30		
Enfermedades agudas graves	49,93	50,06		
Enfermedades recurrentes		49,19		
Enfermedades clínicas larga duración	50,16	49,85		
Enfermedades quirúrgicas larga evolución	49,99	50,00		
Enfermedades Psicológicas	50,08	49,92		
Rendimiento	49,62	50,34	48,76	51,28
Rendimiento académico	50,64	49,43	49,21	50,88
Rendimiento laboral	49,26	50,65	49,27	50,71

^aMedia significativamente mayor que la de las mujeres españolas ($p < .01$); ^bMedia significativamente mayor que la de los hombres chilenos ($p > .01$).

luación pediátrica centrada en factores no mórbidos, que le permitirían al clínico contar con una mirada más comprensiva de la salud del adolescente, brindándole la posibilidad de comparar los resultados obtenidos por el adolescente con otros datos de similar población. Su uso a nivel de salud pública, nos permite focalizar posibles áreas en detrimento o riesgo que ameriten la intervención mediante programas preventivos, en pro de la salud integral del adolescente y no solo de la búsqueda de enfermedades o trastornos, atendiendo además a las particularidades dadas por el género, en virtud de los valores reportados.

Asimismo, el poder contar con información percibida desde los propios adolescentes con-

tribuye de alguna manera a disminuir la brecha percibida entre la oferta en salud y la demanda real de atención en salud adolescente¹⁹, favoreciendo el acercamiento de las intervenciones en salud pública a al mundo juvenil.

La comparación de los datos que podamos obtener con los valores presentados, abre la posibilidad de pesquisar adolescentes que puedan requerir atención sanitaria, ya que diferencias superiores a 0,5 DE se presentarían en adolescentes que requerirían atención sanitaria¹⁵.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con que solo se ha podido presentar valores de referencia de la ciudad de Antofagasta, dado que no ha sido posible realizar un muestreo representativo nacional. Por otra par-

te, el estudio incorpora solamente adolescentes escolarizados, que aun cuando comprenden un promedio cercano al 91%²⁰, no representa la realidad en salud de 1 de cada 10 adolescentes que no están por diversos motivos, incorporados a la red educacional. Estas limitantes abren nuevas demandas de investigación en el campo de la salud adolescente que pueden aportar insumos a los nuevos desafíos en el campo de la salud pediátrica²¹.

Conclusión

El presente estudio demuestra que los adolescentes escolarizados de la ciudad de Antofagasta presentan un perfil similar al descrito para adolescentes españoles en la mayoría de las dimensiones, excepto en bienestar donde los varones obtienen puntajes menores y las mujeres superiores.

Los datos que aporta este estudio, pueden ser utilizados como valores de referencia en adolescentes escolarizados de Antofagasta al utilizar el cuestionario CHIP-AE, generando la oportunidad de monitorear el comportamiento tanto de la salud de este grupo etario, como de los factores asociados a esta, permitiendo analizar los cambios en esta percepción de salud que permitan focalizar futuras intervenciones. Así mismo, permitirá comparar la autopercepción de salud y enfermedad de la población estudiada con otras poblaciones nacionales o extranjeras al utilizar el mismo instrumento.

Agradecimientos

A la Dra. V. Serra Sutton, quien proporcionó los valores del estudio realizado en la ciudad de Barcelona, los cuales no estaban publicados.

Referencias

- 1.- *Martínez M*: Mirando el futuro: desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psyke* 2007; 16 (1): 3-14.
- 2.- *Eiser C, Morse R*: Review of measures of quality of life in children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001; 84: 205-11.
- 3.- *Harding L*: Children's Quality of life assessment: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clin Psychol Psychoteraphy* 2001; 8: 79-96.
- 4.- *Rajmil L, Herdman M, Fernández M, et al & The KIDSCREEN Group*: Generic Health-related Quality of Life Instruments in Children and Adolescents: A Qualitative Analysis of Content. *J Adolescent Health* 2004; 34: 37-45.
- 5.- *Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J*: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit* 2001; 15 (Supl 4): 34-43.
- 6.- *Urzúa A & Mercado G*: La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del Kiddo-Kindl. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (1): 133-41.
- 7.- *Urzúa A, Cortés E, Prieto L, Tapia K, Vega S*: Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de la Calidad de Vida en niños y adolescentes KIDSCREEN-27. *Terapia psicológica* 2009; 27 (1): 83-92.
- 8.- *Urzúa A, Méndez F, Acuña C, Astudillo Y*: Calidad de Vida relacionada con la salud en edad preescolar. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81 (2): 128-37.
- 9.- *Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B*: Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit* 2003; 17 (3): 181-9.
- 10.- *Avendaño M, Barra E*: Autoeficacia, apoyo social y Calidad de Vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (2): 165-72.
- 11.- *Urzúa A, Cortés E, Prieto L, Vega S*: Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (3): 238-44.
- 12.- *Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, Checure D*: Calidad de Vida y conductas alimentarias en la preadolescencia. *Revista Chilena de Nutrición* 2010; 37 (3): 282-92.
- 13.- *Starfield B, Bergner M, Ensminger M, et al*: Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics* 1993; 91 (2): 430-5.
- 14.- *Starfield B, Riley A, Green B, et al*: The adolescent Child health and illness profile: a population-based measure on health. *Med Care* 1995; 33 (5): 553-66.
- 15.- *Rajmil L, Serra Sutton V, Alonso J, Starfield B, Ruley A, Vázquez J & the research group for the Spanish version of the CHIP-AE*: The Spanish version of the Child Health and Illness Profile - Adolescent Edition

- (CHIP-AE). *Quality of Life Res* 2003; 12: 303-13.
- 16.- *Rajmil L, Serra Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B*: Validity of the Spanish version of the Child health and illness profile- adolescent Edition (CHIP-AE). *Med Care* 2003; 41 (10): 1153-63.
- 17.- *Pérez D, Blanco M, García R, Suárez R*: Adaptación y ensayo de un cuestionario de calidad de vida relativa a salud en adolescentes. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2008; 46 (1).
- 18.- *Urzúa A, Cárdenas M*: Salud en la adolescencia: propiedades psicométricas del perfil de salud y enfermedad (CHIP-AE) en adolescentes chilenos. *Psicología: Reflexión e Crítica* 2011; 24 (2): 254-63.
- 19.- *Berger C*: Subjetividad adolescente: tendiendo puentes entre la oferta y demanda de apoyo psicosocial para jóvenes. *Psyke* 2004; 13 (2): 143-57.
- 20.- *UNICEF* (2010). Sitio web oficial de United Nations Children's Fund, organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas, disponible en website: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/chile_statistics.html#67, extraído el 14 de diciembre de 2010.
- 21.- *Vargas N, Quezada A*: Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (supl 1): 103-10.