



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Urzua, A.; Mercado, G.

La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo-Kindl

Terapia Psicológica, vol. 26, núm. 1, julio, 2008, pp. 133-141

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526112>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo – Kindl

Assessment of Adolescent's Quality of Life through the Kiddo-Kindl

Urzua, A.* Mercado, G.

Universidad Católica del Norte, Chile

(Rec: 22 enero 2008 - Acep: 28 mayo 2008)

Resumen

En una muestra de 436 adolescentes pertenecientes a establecimientos privados, subvencionados y municipalizados de la ciudad de Antofagasta, se evalúan las propiedades psicométricas de la versión en castellano del cuestionario Kiddo-Kindl, destinado a evaluar la calidad de vida en la adolescencia en torno a seis dimensiones. Se encuentra una consistencia interna similar a la reportada en España y una estructura factorial aceptable. Los varones presentan una mejor evaluación de la calidad de vida en algunas dimensiones, al igual que los que autoevalúan como sanos por aquellos que se autodefinen como enfermos. En términos generales este conjunto de dimensiones es buen instrumento de tamizaje para evaluar la calidad de vida de los adolescentes, sin embargo, debe profundizarse el estudio sobre su aplicación en grupos específicos y afinar su estructura factorial, esto último, cuestión relevante para su uso generalizado.

Palabras clave: Calidad de vida, adolescencia, Kiddo-Kindl

Abstract

The psychometric properties of the Kiddo-Kindl in Spanish are evaluated in a sample of 436 adolescents from private, semi-private, and public schools of the city of Antofagasta. This instrument is designed to evaluate adolescent quality of life in six dimensions. The internal consistency of the instrument is similar to what has been reported in Spain, with an acceptable factorial structure. Males have a better evaluation of their quality of life in some dimensions, as well as those who consider themselves healthy in comparison to those who consider themselves unhealthy. In general terms, the totality of dimensions are seen adequate as a general diagnostic of adolescent's quality of life. However, it is recommended to investigate the use of this instrument with specific groups, and to improve its factorial structure, which is an important question for its generalized use

Key words: Quality of Life, adolescence, Kiddo-Kindl

* Correspondencia a Alfonso Urzua: Email: alurzua@ucn.cl

Introducción

A medida que los indicadores en salud utilizados en el campo de la salud pública han ido incorporando elementos de carácter comprensivo, el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) ha ido convirtiéndose en una medida más de la evaluación del estado de salud de las poblaciones y de grupos etáricos específicos.

Aun cuando no se ha llegado a consenso en cuanto a una definición teórica única sobre el concepto, esta puede ser vista como “la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionadas con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad” (Serra-Sutton, 2006). A nivel de una definición operacional, existirían ciertos acuerdos con relación a su carácter multidimensional (que incluye el estado funcional, físico, psicológico y social) y el carácter subjetivo u orientado al paciente, quien debe ser quien responda al cuestionario (González, 2004).

La importancia de la evaluación de la CVRS radica en su utilización como indicador de evaluación del impacto del sistema sanitario, es decir, permite conocer con más detalle y desde el usuario la coherencia de las políticas de salud pública, las prestaciones y su efectividad y los programas con que son abordadas las necesidades sanitarias de una población (Rajmil & Serra, 2004).

El uso de la CVRS se ha desarrollado preferentemente en población adulta, afectada o no por morbilidad de tipo aguda o crónica, y con menos desarrollo en el área de la infancia y la adolescencia, en donde el estudio de la CVRS ha estado vinculado al campo pediátrico, principalmente en la evaluación del impacto que determinadas enfermedades tienen en la vida de los niños y adolescentes.

El desarrollo de instrumentos de CVRS en niños y adolescentes ha continuado de modo muy rápido en los últimos años, particularmente los dirigidos a cuestionarios sobre enfermedades específicas, sin embargo, a nivel iberoamericano, pocos son los estudios realizados en esta área, dado que la mayoría de las operacionalizaciones que se hacen a través de cuestionarios del concepto CVRS, se han desarrollado en países anglosajones. Este hecho genera, tal como lo plantea Rajmil y Serra-Sutton (2004), un vacío investigativo en nuestra realidad, ya que solo se podrían utilizar estos instrumentos en diferentes culturas, en la medida que estos sean adaptados y sus propiedades psicométricas evaluadas, es decir, determinar su grado de fiabilidad y validez en la población a la cual van dirigidos.

En este contexto, Verdugo-Sabeh (2002) y Serra-Sutton (2006) acuñan dos razones sobre la relevancia de investigar la CVRS en la infancia y adolescencia respectivamente: en la infancia la mayoría de las investigaciones se centran en el desarrollo y aplicación del concepto e instrumentos de medida en los adultos, evaluando solamente algunas dimensiones o indicadores relacionados con ellos

(competencia social, estrés, competencias cognitivas), sin considerar la evaluación del nivel de satisfacción o bienestar del niño desde su propio punto de vista; respecto a la adolescencia, esta refiere a la importancia que tienen durante esta etapa, las conductas o hábitos que influyen la susceptibilidad a las enfermedades o problemas de salud, o que predisponen a futuros estados de salud, ya que durante este período se produce el proceso de socialización y desarrollo de conductas, hábitos e interiorización de estilos de vida que se relacionan directamente con el estado de salud en la edad adulta. Por ejemplo, los hábitos saludables como la alimentación adecuada o la actividad física, o los riesgos como fumar o conducir sin cinturón de seguridad, son aspectos que se interiorizan desde la infancia, en la adolescencia y que se extienden a la edad adulta. Se suma a esto último, la baja morbilidad y mortalidad que se encuentra en esta etapa, la cual la hace un grupo adecuado de estudio (Bisegger, 2005).

La medición de la CVRS en los niños y adolescentes presenta características particulares desde la capacidad del propio niño de entender y responder los cuestionarios, el desarrollo cognitivo en la percepción del niño sobre el concepto de salud-enfermedad hasta las expectativas sobre la enfermedad, de forma que los niños mayores suelen percibirla como más estresante, principalmente en la pubertad (González de Dios, 2004). A esto, se suman elementos que interactúan en la vida de un adolescente, como la familia y la escuela (Wagner, 1998; Prinstein, Boergers, Spirito, Little & Grapentine, 2000; Blanca & Barcelata, 2006).

Sobre estos elementos es necesario tener una visión desde el propio sujeto, sin trasladar la visión del adulto a la del niño o adolescente, ya que estos tienen su propia percepción de los eventos vitales, la cual no coincide necesariamente con la del adulto (Casas, 1992).

De los cuestionarios de CVRS para la infancia y adolescencia, que presentan estas características y están adaptados a otras culturas y de los cuales se pueden establecer comparaciones internacionales y aprovechar la experiencia adquirida en el desarrollo inicial del instrumento (Rajmil & Herdman, 2004), se encuentran la versión española del cuestionario estadounidense Child Health and Illness Profile (2006), la versión española del cuestionario francés *Vecú et Sante perçue de l'adolescent (vsp-a)* y la versión española del cuestionario alemán *Kindl* (2004). De estos, el cuestionario *Kindl* es un instrumento genérico de CVRS para niños y adolescentes desarrollado en Alemania para ser utilizado en la práctica clínica, así como en niños sanos. Permite incorporar módulos específicos para niños/as con dermatitis atópica, diabetes y asma. La evaluación de su fiabilidad y validez ha sido aceptable, así como la sensibilidad a los cambios en pacientes pediátricos crónicos en rehabilitación (Rajmil & Serra-Sutton, 2004).

En Chile no tenemos instrumentos que permitan medir CVRS en adolescentes, ni se conocen antecedentes de in-

vestigaciones realizadas bajo el concepto CVRS (Albornoz & Jara, 2006).

En consideración a los elementos citados con anterioridad y a estas últimas características, el objetivo del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario Kindl en su versión española dirigida a edades de 12 a 16 años (Kiddo-Kindl) en una muestra de adolescentes de la ciudad de Antofagasta.

Tal como se reporta en su validación española, se espera encontrar diferencias en los niveles de calidad de vida reportados entre los autodenominados sanos y aquellos que se auto reportan con problemas de salud, así como diferencias a nivel de establecimientos públicos y privados, dadas por las desigualdades sociales en el acceso y manutención de la salud, y en algunas dimensiones (física y emocional) entre hombres y mujeres.

Método

Participantes

La muestra final estuvo conformada de 436 adolescentes procedentes de nueve establecimientos educacionales de la ciudad de Antofagasta, divididos por sectores geográficos norte, centro y sur. Del total, 162 (37,2%) participantes estudiaban en colegios privados, 152 (34,9%) en colegios subvencionados (privado con aporte financiero estatal) y 122 (28%) en establecimientos públicos municipalizados.

La edad de los encuestados osciló entre los 14 (27,7%) y los 16 (36,9%) años, con una media de edad de 15,08 años ($DT=0,80$). El 52,8% de los encuestados fueron mujeres (230).

La elección de los participantes se realizó de manera no probabilística e intencionada. De cada establecimiento se definieron alumnos pertenecientes a los niveles primero (44,3%), segundo medio (33,5%) y tercero medio (22,5%).

Instrumentos

El Kiddo-Kindl es de origen alemán, desarrollado por Bullinger en 1994, y revisado por Ravens-Sieberger & Bullinger en el año 1998, fue traducido al castellano por Rajmil, Serra-Sutton, Fernández-López et al. (2004) en la ciudad de Barcelona el año 2003.

El cuestionario Kiddo-Kindl contiene 24 preguntas distribuidas en seis dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y colegio, para ser utilizadas en población entre ocho a dieciséis años.

Las respuestas del Kindl se recogen en una escala Likert de cinco categorías que oscilan desde las categorías “1 = nunca” a “5 = siempre”. Las preguntas hacen referencia a la semana anterior a la entrevista y las puntuaciones obtenidas a partir de las medias de cada dimensión se transforman a

una escala de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representa mejor CVRS. Junto con el perfil que entrega el instrumento, es posible obtener una única puntuación total o índice global de CVRS a partir de las medias de las seis dimensiones.

De las propiedades psicométricas tenemos una consistencia interna de un $\alpha=0,70$ en el índice global, así como la estabilidad test-retest en un rango CCI= $0,52-0,80$, considerados coeficientes de fiabilidad y validez aceptables, datos obtenidos de una muestra de 447 alumnos de colegios públicos de la provincia de Girona y uno privado concertado de la ciudad de Barcelona, España.

Procedimiento

Se contactó a los establecimientos y se les invitó a participar mediante una carta, realizándose posteriormente reuniones para concretar la autorización, así como para fijar fechas y horarios.

Posteriormente se administró el cuestionario en un contexto escolar, en dos o tres grupos de 20 a 30 alumnos, con un tiempo promedio de duración de encuesta de 45 a 60 minutos.

Los cuestionarios fueron autoadministrados y de participación voluntaria. Se entregaron las instrucciones del cuestionario, recogiendo las preguntas, dudas y comentarios de los alumnos sobre el mismo.

Una vez recogidas las encuestas, los datos fueron ingresados a una base de datos construida en SPSS 14.0 a fin de realizar el análisis estadístico, en donde la consistencia interna fue analizada con el coeficiente α de Cronbach y la validez de constructo se analizó mediante un análisis factorial exploratorio utilizando como Método de extracción el de componentes principales con un método de rotación de normalización Varimax con Kaiser. Se compararon además las puntuaciones medias en cada dimensión y del índice global según sexo, edad, tipo de colegio, estado de salud percibido utilizando el estadístico t de Student o un ANOVA cuando las variables así lo requiriesen.

Resultados

Consistencia Interna

Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, el α de Cronbach resultante en la muestra de adolescentes chilenos, resulta similar a lo reportado a la traducción al castellano realizada en la ciudad de Barcelona y a la versión original, encontrándose un buen alfa a nivel de la prueba global y en la gran mayoría de las dimensiones, con excepción de las dimensiones bienestar físico, amigos y fundamentalmente Escuela, que puntúan bajo un .50. El porcentaje de valores perdidos fue homogéneo para todas las dimensiones, con excepción de la dimensión Escuela en el cual fue superior.

Tabla 1. α de Cronbach para dimensiones y escala total

	n	Valores perdidos (%)	α de Cronbach	α de Cronbach versión original	α de Cronbach traducción castellano
Bienestar Físico	411	5,7	,50	,63	,50
Bienestar Emocional	408	6,4	,66	,68	,70
Autoestima	412	5,5	,90	,75	,88
Familia	411	5,7	,74	,76	,76
Amigos	414	5,0	,45	,74	,68
Escuela	404	7,3	,30	,64	,40
Total	375	14	,82	,84	,87
Suplemento Enfermedad	73	30,5	,85		

Estructura Factorial

Al realizar un análisis factorial exploratorio, los datos se distribuyen mayoritariamente en los seis factores esperados teóricamente, tal como se puede observar en la Tabla 2, explicando un 61,92% de la varianza. Cabe destacar la

presencia de una correlación negativa, lo cual puede ser expresado en base a la valencia del reactivo, el cual se encuentra en sentido inverso al del dominio.

Tal como se puede apreciar en la Tabla 3, todas las dimensiones se encuentran relacionadas entre sí, al igual que todos los ítems con la escala total (anexo 1).

Tabla 2. Estructura Factorial

Dimensión Teórica	Preguntas	Componente					
		1	2	3	4	5	6
Bienestar Físico	Me he sentido enfermo	,073	-,050	,018	,060	,101	,840
	Me ha dolido algo	,022	,032	,037	,129	-,007	,840
	He estado muy cansado/a o agotado	,162	-,008	,127	,282	-,046	,689
	He tenido mucha fuerza y energía	-,417	-,037	-,256	-,014	-,165	-,051
	Me he reído y divertido mucho	,479	,033	,247	,135	,346	-,163
	Me he aburrido mucho	,083	-,025	-,082	,723	,128	,134
	Me he sentido solo/a	,122	,042	,161	,771	,122	,139
Bienestar Emocional	He sentido miedo o me he sentido inseguro/a	,155	,025	,170	,703	,018	,183
	Me he sentido orgulloso/a de mí mismo/a	,809	,209	,117	,092	,058	,073
	Me he gustado a mí mismo/a	,854	,124	,006	,100	,099	,134
	Me he sentido bien conmigo mismo/a	,867	,155	,090	,156	,133	,070
Autoestima	He tenido muchas buenas ideas	,772	,132	-,031	-,038	,192	,075
	Me he llevado bien con mis padres	,264	,330	,644	,053	,094	,119
	Me he sentido a gusto en casa	,316	,416	,542	,160	,181	,080
	Hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa	-,008	-,145	,776	,185	-,030	,002
Familia	Me he sentido agobiado por mis padres	,063	-,053	,822	,133	-,032	,062
	He hecho cosas con mis amigos	,257	,013	-,085	,123	,724	,015
	Les he caído bien a los demás	,168	,217	-,001	,027	,771	,102
	Me he llevado bien con mis amigos/as	,130	,181	,136	-,007	,819	-,029
Amigos	Me he sentido diferente de los demás	-,044	,024	,166	,548	-,069	,004
	He podido hacer bien las tareas escolares	,281	,675	,135	,050	,116	,088
	Me han interesado las clases	,234	,738	,053	,152	,039	,032
	Me ha preocupado mi futuro	,217	,742	,019	-,004	,179	-,084
Escuela	He tenido miedo de sacar malas notas	,112	-,621	,117	,120	-,070	,061

Tabla 3. Correlaciones entre las dimensiones

		CVFis100	CVEmoc100	CVAE100	CVFam100	CVAmig100
CVEmoc100	Correlación de Pearson	,238(**)				
	Sig. (bilateral)	,000				
	N	399				
CVAE100	Correlación de Pearson	,077	,422(**)			
	Sig. (bilateral)	,122	,000			
	N	404	402			
CVFam100	Correlación de Pearson	,092	,428(**)	,359(**)		
	Sig. (bilateral)	,065	,000	,000		
	N	401	399	404		
CVAmig100	Correlación de Pearson	,065	,410(**)	,350(**)	,273(**)	
	Sig. (bilateral)	,191	,000	,000	,000	
	N	404	402	406	407	
CVEsc100	Correlación de Pearson	-,020	,288(**)	,434(**)	,315(**)	,293(**)
	Sig. (bilateral)	,690	,000	,000	,000	,000
	N	393	395	398	397	401

Calidad de Vida

En la Tabla 4 se pueden observar las medias encontradas en cada una de las dimensiones de la Escala y en la Escala Total, diferenciadas por sexo, tipo de establecimiento y presencia o ausencia de enfermedad.

Al comparar la media obtenida por hombres y mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en

las dimensiones “bienestar físico” ($t=2,829$; $gl=409$; $p=0,005$) y “bienestar emocional” ($t=1,926$; $gl=409$; $p=0,055$), siendo en ambas la media de los hombres superior a la media reportada por las mujeres.

Se encuentran diferencias significativas además en las medias de la dimensión autoestima al comparar enfermos con no enfermos ($t=-1,984$; $gl=410$; $p=0,048$), siendo la

Tabla 4. Medias por dimensión y escala total para sexo, tipo de establecimiento y condición de salud

	Total	Mujeres	Hombres	Público	Privado	Sub	Enf	No Enf
Bienestar Físico	52,32	50,57	54,32	52,27	51,01	53,73	53,01	52,09
Bienestar Emocional	54,59	53,19	56,25	51,04	55,45	56,37	52,37	55,30
Autoestima	49,27	47,97	50,75	44,64	49,63	52,50	45,54	50,48
Familia	56,24	54,74	57,92	54,06	56,99	57,12	53,68	57,09
Amigos	57,07	57,74	56,30	55,39	58,96	56,36	55,39	57,62
Colegio	47,24	47,46	46,98	45,87	47,61	47,87	46,35	47,53
Total	53,04	52,15	54,03	51,21	53,40	53,98	52,11	53,32

Sub: Subvencionado; Enf: Enfermos

media de estos últimos más baja que la de aquellos que se autorreportan sanos.

Al evaluar la relación existente entre las diversas dimensiones y la edad, solo se encuentra una relación estadísticamente significativa, de tipo inversa, con la dimensión física ($n=411$; $r=-,102$; $p=0,039$).

Tal como se observa en la Tabla 5, al comparar las medias obtenidas segregando por tipo de establecimiento educacional, se encuentran diferencias significativas a nivel de las dimensiones de bienestar emocional y en autoestima, siendo esta mayor en los adolescentes pertenecientes a colegios subvencionados.

Tabla 5. ANOVA para dimensiones según tipo de establecimiento Educacional

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CVFis100	Inter-grupos	552,985	2	276,493	1,514	,221
	Intra-grupos	74502,976	408	182,605		
	Total	75055,961	410			
CVEmoc100	Inter-grupos	1961,388	2	980,694	3,849	,022
	Intra-grupos	103196,885	405	254,807		
	Total	105158,272	407			
CVAE100	Inter-grupos	3977,990	2	1988,995	4,248	,015
	Intra-grupos	191503,564	409	468,224		
	Total	195481,553	411			
CVFam100	Inter-grupos	731,816	2	365,908	1,240	,291
	Intra-grupos	120435,337	408	295,185		
	Total	121167,153	410			
CVAmig100	Inter-grupos	945,581	2	472,790	2,711	,068
	Intra-grupos	71667,946	411	174,375		
	Total	72613,527	413			
CVEsc100	Inter-grupos	284,533	2	142,267	,880	,416
	Intra-grupos	64863,177	401	161,754		
	Total	65147,710	403			
CVTOTAL	Inter-grupos	471,451	2	235,725	2,524	,082
	Intra-grupos	34749,264	372	93,412		
	Total	35220,715	374			

Discusión

Con relación a las propiedades psicométricas evaluadas, la consistencia interna hallada se asemeja a la reportada en el estudio catalán reportado por Rajmil, Serra y Fernández et al. (2004), en donde se encuentra una buena consistencia en las dimensiones autoestima y familia, así como en la escala total, pero una muy baja consistencia en las dimensiones bienestar físico, amigos y Escuela, pese a la consistencia de la estructura factorial de esta última dimensión. Una posible explicación puede ser el mayor número de valores perdidos, quizá por las preguntas realizadas y no por la comprensión de estas, dado que esta dimensión tienen el mayor porcentaje de éstos y además dado el reducido número de ítemes que compone cada una, ya que la consistencia interna medida a través del α de Cronbach en dimensiones con pocos reactivos suele ser bajo.

En términos generales, la escala presenta en su gran mayoría un buen ajuste a la estructura teórica propuesta por los autores, especialmente en los factores autoestima, familia y escuela, por lo que habría que profundizar en el análisis de aquellos reactivos que teóricamente no se ajustan a las dimensiones propuestas, aunque dada la alta relación existente entre los reactivos y la escala total, así

como entre las diversas dimensiones, debería explorarse la posible existencia de un solo gran factor denominado “calidad de vida”, como medida de evaluación más que las dimensiones como unidades de medida, aun cuando para la práctica clínica o la intervención cobra mayor relevancia y sentido el análisis por área o dimensión que permita elaborar objetivos específicos para cada una de estas.

Dada la inexistencia de otros instrumentos en la área, no ha sido posible comparar los resultados con otra escala similar para evaluar su validez concurrente, ni ha sido posible repetir la medición a fin de evaluar la fiabilidad test-retest, siendo estos dos elementos que deberían considerarse en un futuro proceso de validación de la Escala.

Sobre los resultados obtenidos en la escala, al igual que en la muestra catalana, la media obtenida por hombres en las dimensiones “bienestar físico” y “bienestar emocional” es superior a la media reportada por las mujeres, lo que también fue encontrado utilizando la versión original, apoyando así la validez del instrumento al comprobarse la hipótesis de los autores de la versión en castellano de una menor media en estas dimensiones en las mujeres.

Se encuentran también diferencias significativas en las medias de la dimensión autoestima al comparar enfermos con no enfermos, siendo la media de estos últimos más

baja que la de aquellos que se autodefinieron como sanos, hecho que ha sido sistemáticamente reportado en distintas investigaciones en CVRS, por lo que también apoyaría en cierta medida su validez. Sin embargo, las otras dimensiones no fueron capaces de discriminar entre una persona que autopercebe su salud como buena de la que no, lo más probable por el tipo de preguntas, ya que este no corresponde a un cuestionario específico de CVRS, sino a uno de tipo general. Sería deseable en una investigación posterior, considerar la incorporación de un grupo con una enfermedad diagnosticada que posibilite la comparación.

Al evaluar la relación existente entre las diversas dimensiones y la edad, solo se encontró una relación de tipo inverso con la dimensión física, hecho que es reportado de igual manera en diversos estudios en calidad de vida en adultos, en donde la edad pareciera tener un efecto modulador solo en la dimensión de la salud física.

Contrariamente a lo encontrado en el estudio realizado en Barcelona, al comparar las medias obtenidas segregando por tipo de establecimiento educacional, se encuentran diferencias significativas a nivel de las dimensiones de bienestar emocional y en autoestima, siendo esta mayor en los adolescentes pertenecientes a colegios subvencionados por sobre los colegios públicos (comparación realizada a través de la prueba post hoc HSD de Tukey). Sería conveniente profundizar este hallazgo en la línea del conocimiento de las desigualdades sociales en salud durante la adolescencia, ya que estudios realizados en el campo de la salud mental, de igual manera han evidenciado diferencias entre establecimientos públicos y privados con una fuerte diferencia a favor de los segundos (Urzúa, 2007), además de pruebas que sugieren que la exposición a bajos niveles educativos parentales, y por ende menor acceso a la educación privada, resultan en una disminuida CVRS en la infancia, mientras que el acceso reducido a recursos materiales (y por consiguiente sociales) pueden conducir a una CVRS inferior especialmente en la adolescencia (Rueden & Gosch, 2006).

En síntesis, el KIDDO – KINDL pareciera ser un buen instrumento de tamizaje para evaluar la calidad de vida de los adolescentes, sin embargo, debe profundizarse el estudio sobre su aplicación en grupos específicos y afinar su estructura factorial.

Referencias

- Albornoz & Jara (2006). *Componentes de la calidad de vida desde la percepción de niños y niñas de enseñanza básica*. Tesis para optar al grado de Licenciada en psicología. Universidad Católica del Norte, Chile.
- Bisegger (2005). *Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence*. University of Berne, Switzerland.
- Blanca E. & Barcelata E. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del inventario autodescriptivo del adolescente. *Acta colombiana de Psicología*, 9 (2), 5-17.
- Casas, F. (1992). Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 52, 27-45.
- González de Dios (2004). *Health-related quality of life: Its identification and implementation in evidence-based decision-making in pediatrics*. Hospital Universitario San Juan.
- Prinstein, M., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. & Grapentine, W. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent impatients suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.
- Rajmil L. & Berra S. (2004). *Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF)*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona
- Rajmil L. & Herdman, M. (2004). Generic Health-related Quality of Life Instruments in Children and Adolescents: A Qualitative Analysis of Content. *Journal of Adolescent Health*, 34, 37-45.
- Rajmil L. & Serra-Sutton, V. (2004). *Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el Kindl*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona
- Rajmil L., Serra-Sutton, V., Fernández-López, J., Berra, S., Aymerich, M., Cieza, A., Ferrer, M., Bullinger, M. & Ravens Sieberer, U. (2004). Versión española del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el KINDL. *Anales de Pediatría*, 60(6), 514-521.
- Rueden U., Gosch A. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal Epidemiol Community Health*, 60, 130-135
- Serra-Sutton, V. (2006). *Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia*. Universidad de Barcelona.
- Urzúa, A. (2007). *Adolescentes en Riesgo: Factores vinculados al comportamiento suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria*. En preparación.
- Verdugo Sabeh (2002). *Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia*. Universidad de Salamanca.
- Wagner, B (1998). Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2): 246-298.

Anexo 1. Correlaciones Ítems con el total de la Escala

Ítem	CVTOTAL (n=375)	
... me he sentido enfermo/a	Correlación de Pearson	,350(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me ha dolido algo	Correlación de Pearson	,358(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he estado muy cansado/a o agotado	Correlación de Pearson	,465(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he tenido mucha fuerza y energía	Correlación de Pearson	-,298(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he reído y divertido mucho	Correlación de Pearson	,498(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he aburrido mucho	Correlación de Pearson	,409(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido solo/a	Correlación de Pearson	,553(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he sentido miedo o me he sentido inseguro/a	Correlación de Pearson	,521(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido orgulloso/a de mí mismo/a	Correlación de Pearson	,671(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he gustado a mí mismo	Correlación de Pearson	,667(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido bien conmigo mismo/a	Correlación de Pearson	,721(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he tenido muchas buenas ideas	Correlación de Pearson	,564(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he llevado bien con mis padres	Correlación de Pearson	,582(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido a gusto en casa	Correlación de Pearson	,671(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa	Correlación de Pearson	,338(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido agobiado/a por mis padres	Correlación de Pearson	,417(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he hecho cosas con mis amigos/as	Correlación de Pearson	,420(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... les he caído bien a los demás	Correlación de Pearson	,450(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he llevado bien con mis amigos/as	Correlación de Pearson	,425(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me he sentido diferente de los demás	Correlación de Pearson	,324(**)
	Sig. (bilateral)	,000

... he podido hacer bien las tareas escolares	Correlación de Pearson	,511(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me han interesado las clases	Correlación de Pearson	,471(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... me ha preocupado mi futuro	Correlación de Pearson	,381(**)
	Sig. (bilateral)	,000
... he tenido miedo de sacar malas notas	Correlación de Pearson	,050
	Sig. (bilateral)	,330

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).