

# Salud percibida y su relación con factores macrosociales e individuales en niños de dos departamentos de Tucumán, Argentina

## *Perceived health and its relation with macrosocial and individual factors in children from two departments of Tucumán, Argentina*

Lic. Esp. María L. Cordero,<sup>a</sup> Mgter. Verónica Mamondi,<sup>b</sup> Prof. Dra. Silvina Berra<sup>b</sup> y Dra. María F. Cesani<sup>c</sup>

- a. Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES). Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Centro Científico Tecnológico (CCT) Tucumán. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina.
- b. Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad Universitaria. Córdoba.
- c. Instituto de Genética Veterinaria (IGEVET). Universidad Nacional de La Plata. CONICET CCT. La Plata. Buenos Aires.

*Correspondencia:*  
Lic. María L. Cordero,  
lcordero@ises.org.ar

*Financiamiento:*  
La primera autora recibió una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

*Conflicto de intereses:*  
Ninguno que declarar.

Recibido: 13-9-2016  
Aceptado: 23-1-2017

### RESUMEN

**Introducción:** El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante la infancia permite identificar factores que condicionan el crecimiento y el desarrollo. Los objetivos de este trabajo fueron: a) describir la CVRS de niños con edades comprendidas entre 8,0 y 11,9 años que residían en la provincia de Tucumán; y b) analizar si la CVRS variaba en relación con factores macrosociales (calidad de vida departamental, residencia urbano-rural, nivel socioeconómico) e individuales (edad y sexo).

**Población y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal en escolares de los departamentos de Yerba Buena y Simoca. Se aplicó el cuestionario KIDSCREEN-52 para medir dimensiones de CVRS y las pruebas t de Student, análisis de la varianza y regresión logística multivariada para el análisis según factores macrosociales e individuales.

**Resultados:** Se analizaron 1647 encuestas. Los escolares de menor edad y los varones, en general, tuvieron una mejor percepción de su salud. Los residentes en Yerba Buena presentaron puntuaciones medias significativamente más bajas en la dimensión recursos económicos, comparados con los de Simoca (45,3 vs. 46,7, p: 0,01). No hubo asociación entre el nivel socioeconómico y la CVRS. Los niños rurales puntuaron más bajo en la mayoría de las dimensiones, con diferencias significativas en autopercepción (51,3 vs. 53,0, p: 0,01) y estado de ánimo (43,2 vs. 44,5, p: 0,03). **Conclusiones:** La salud percibida de los niños de Yerba Buena y Simoca varió en relación a aspectos macrosociales e individuales. En Yerba Buena, la percepción de los recursos económicos fue peor respecto de Simoca. En general, las apreciaciones de los niños urbanos fueron más favorables que las de los rurales. Los varones y los escolares de menor edad percibieron mejor su salud.

**Palabras clave:** calidad de vida, niños, área urbana, medio rural, salud.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.415>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.415>

**Cómo citar:** Cordero ML, Mamondi V, Berra S, et al. Salud percibida y su relación con factores macrosociales e individuales en niños de dos departamentos de Tucumán, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(5):415-423.

### INTRODUCCIÓN

La investigación sobre calidad de vida reconoce sus orígenes entre 1950 y 1960. Inicialmente, se vinculó al estudio de indicadores objetivos y materiales de condiciones de vida y aspectos ambientales. Argentina dispone de algunos antecedentes en esta línea de estudio, entre los que se destaca el índice de calidad de vida (ICV) elaborado por Velázquez a partir de datos censales y de otras fuentes estadísticas.<sup>1</sup> Este índice analiza y jerarquiza indicadores socioeconómicos (educación, salud y vivienda) y físico-ambientales (riesgo de inundación, sismicidad y vulcanismo, entre otros) a escala departamental y su análisis evidencia que las peores condiciones de bienestar se han localizado, históricamente, en el Norte Grande Argentino.<sup>1,2</sup>

En la década de los ochenta, las investigaciones sobre calidad de vida comienzan a contemplar elementos subjetivos.<sup>3</sup> Así, la Organización Mundial de Salud la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.<sup>4</sup> Surgen, entonces, estudios sobre salud percibida o la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como un "constructo" multidimensional, dentro del concepto más amplio de calidad de vida. La CVRS evalúa, desde la mirada de los propios actores o sus informadores indirectos

(proxys), aspectos específicos tanto propios (físicos y mentales) como externos al individuo, que inciden sobre su salud.<sup>5</sup> En este sentido, el abordaje de la salud percibida durante la infancia permite identificar factores que condicionan el crecimiento y desarrollo, y realizar intervenciones tempranas sobre aquellos que contribuyen a su vulnerabilidad.<sup>6</sup>

En Argentina, los estudios de la CVRS infantil son recientes y vinculados, principalmente, a contextos de enfermedad. Son escasos aquellos orientados a la población sana.<sup>7-9</sup> Entre estos últimos, se registran antecedentes en escolares de Córdoba y Bahía Blanca, que han documentado diferencias en la salud percibida ante desiguales condiciones socioambientales.<sup>9,10</sup> Dichos estudios sugieren que los niños con edades menores y los varones tienden a presentar CVRS más favorable. Sin embargo, muchas provincias del país carecen de información en relación con estos aspectos.

Por cuanto, en Tucumán, los antecedentes son escasos, se circunscriben a adolescentes de la capital provincial<sup>11</sup> y se desconoce si existen diferencias relacionadas con las características socioambientales de residencia, el sexo y la edad.

Este trabajo tuvo como objetivos: a) describir la CVRS de niños con edades comprendidas entre 8,0 y 11,9 años que residían en la provincia de Tucumán; y b) analizar si la salud percibida variaba en relación con factores macrosociales (ICV departamental, ámbito de residencia urbano-rural, nivel socioeconómico -NSE-) e individuales (edad y sexo). Se propuso como hipótesis de trabajo que la salud percibida durante la infancia manifiesta variaciones de acuerdo con el contexto de residencia, el nivel económico familiar, la edad y el sexo.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

### Ámbito de estudio

Tucumán es una de las nueve provincias que integran el Norte Grande Argentino. Aunque es la más pequeña del país (22 524 km<sup>2</sup>), también resulta ser una de las más densamente pobladas (72,04 hab/km<sup>2</sup>). Su economía se destaca por la explotación de recursos naturales (especialmente, los complejos agroindustriales del azúcar y del limón), las actividades terciarias y de servicios.<sup>12</sup>

Presenta una gran heterogeneidad interna producto de profundas y persistentes diferencias sociales, económicas y ambientales. Tanto es así que, de los 17 departamentos que la componen, Yerba Buena (YB), con una población de 73 574 habitantes, es considerado uno de los

mejores lugares para vivir del país (su ICV lidera el *ranking* provincial y de todo el Norte Grande Argentino), mientras que Simoca (SIM), con una población de 30 000 habitantes, predominantemente rural, evidencia las peores condiciones (su ICV se ubica por debajo del percentil 25, tanto en el contexto provincial como en el nacional).<sup>2</sup>

### Diseño y población

Se realizó un estudio cuantitativo y transversal en escuelas públicas primarias de los departamentos de YB y SIM durante los ciclos lectivos 2014-2015.

Una vez obtenido el permiso de la Dirección de Educación Primaria, se seleccionaron, por conveniencia, diez escuelas de YB y ocho de SIM. La población elegible estuvo constituida por todos los escolares de 8,0 a 11,9 años de edad. Fueron excluidos los niños con enfermedad crónica o aguda, con indicación medicamentosa al momento del estudio, sin autorización escrita de los padres/tutores y los que, aun teniéndola, rehusaron participar.

La matrícula escolar primaria y pública de ambos departamentos fue de 7192 niños (YB: 3890; SIM: 3302).<sup>13</sup> Para estimar el tamaño muestral mínimo necesario, se consideró que los promedios en la escala de CVRS tenían una desviación estándar (DE) de 10 puntos y se estableció la precisión en +/- 2 puntos. Se estimaron necesarios 95 sujetos elegidos aleatoriamente para conseguir un promedio de la población con una confianza del 95% y 295 sujetos por grupo u 885 sujetos como tamaño total de la muestra para detectar diferencias intergrupales con un riesgo alfa de 0,05 y beta de 0,2 (contraste bilateral).

### Variables consideradas y su obtención

*Calidad de vida departamental:* De acuerdo con los valores del ICV,<sup>2</sup> se consideraron los departamentos de YB y SIM con ICV alto y bajo, respectivamente.

*Lugar de residencia:* Siguiendo los criterios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC),<sup>14</sup> se consideraron urbanas o rurales las localidades con más o menos de 2000 habitantes, respectivamente.

*NSE:* Se determinó a partir del porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal. Las NBI remitieron a manifestaciones materiales que evidenciaban falta de acceso a bienes y servicios, como vivienda, agua potable y salud, entre otros.<sup>14</sup> En relación

con la amplitud del rango provincial de las NBI, se calcularon tres intervalos iguales, y se diferenciaron, de esta manera, los hogares con NSE bajo, NSE medio y NSE alto.

**CVRS:** Se aplicó la versión para niños del cuestionario KIDSCREEN-52 adaptado y validado para la población argentina, que informa sobre diez dimensiones recabadas mediante 52 ítems (Tabla 1).<sup>15,16</sup> Las respuestas a los ítems se categorizaron en una escala de tipo Likert de cinco opciones, que evalúa la frecuencia o la intensidad del atributo con un período recordatorio de una semana. Para minimizar las distracciones, el cuestionario fue completado en un salón acondicionado para grupos pequeños. La administración fue guiada por uno de los autores (MLC).

**Sexo y edad:** Fueron obtenidos del Documento Nacional de Identidad de cada niño.

### Análisis estadístico

El análisis de los microdatos censales se realizó con el programa REDATAM y las bases de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.<sup>14</sup>

Se calcularon puntajes Rasch para cada dimensión de CVRS, los cuales fueron

transformados en valores con una media de 50 y una DE de 10. Las puntuaciones mayores de 60 indicaron mejor CVRS y los valores menores de 40, su compromiso.<sup>17</sup>

Se aplicaron pruebas *t* de Student para identificar la asociación estadística entre CVRS, ICV, lugar de residencia y sexo, y análisis de la varianza (*analysis of variance*; ANOVA, por sus siglas en inglés) para CVRS, NSE y edad, considerando como nivel de significación un valor de  $p < 0,05$ . Asimismo, se calculó el tamaño del efecto (TE) para estimar la magnitud de las diferencias: los valores entre 0,20 y 0,50 indicaron efectos pequeños; entre 0,51 y 0,80, efectos moderados; y mayores de 0,80, efectos grandes.<sup>18</sup>

Por último, se estimaron *odds ratios* (OR) de la asociación entre ICV y lugar de residencia, con la presencia de bajos puntajes de CVRS (menores de 1 DE). Se evaluó la asociación con el test de Wald. En aquellas dimensiones de CVRS en las que  $p \leq 0,10$ , se ajustó un modelo de regresión logística multivariada para analizar el efecto de las variables contextuales, independiente de la edad, el sexo y el NSE, y se estimaron OR ajustadas ( $OR_a$ ) y sus intervalos de confianza con un nivel del 95% (IC 95%). Todo el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 19.0.

TABLA 1. Dimensiones y ejemplo de enunciados del cuestionario KIDSCREEN-52<sup>17</sup>

Dimensión	Definición	Ejemplo de pregunta
Bienestar físico (B. Físico)	Indaga la capacidad para desplazarse, jugar o hacer actividad física exigente.	¿Te sentiste bien y físicamente en forma?
Bienestar psicológico (B. Psicol.)	Describe con qué frecuencia experimenta sentimientos positivos.	¿Te divertiste?
Estado de ánimo y emociones (E. Ánimo)	Abarca experiencias negativas, estados de ánimo depresivos y estrés.	¿Tuviste la sensación de que todo en tu vida te salía mal?
Autopercepción (Autoper.)	Incluye la percepción sobre sí mismo, la satisfacción con la apariencia física.	¿Te preocupó la forma en que te veías?
Autonomía (Autonom.)	Refiere a la libertad de elección, autosuficiencia e independencia.	¿Tuviste suficiente tiempo para vos?
Relación con los padres y vida familiar (Vida Familiar)	Examina la calidad de la interacción y los sentimientos con sus cuidadores.	¿Te sentiste querido por tus papás?
Relación con los amigos y apoyo social (Amigos)	Involucra el grado en que se siente aceptado y su capacidad de formar y mantener amistades.	¿Tus amigos y vos se ayudaron entre ustedes?
Entorno escolar (E. Escolar)	Explora la percepción de su capacidad cognitiva, aprendizaje y sentimientos acerca de la escuela.	¿Te sentiste feliz en la escuela?
Aceptación social (A. Social)	Recoge los sentimientos de rechazo o intimidación ( <i>bullying</i> ).	¿Te intimidaron o amenazaron otros chicos?
Recursos económicos (R. Econ.)	Evalúa la percepción sobre la capacidad financiera familiar.	¿Tuviste suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos?

### Consideraciones éticas

La participación de los niños requirió el previo consentimiento escrito de padres o tutores y su propio asentimiento. La investigación se desarrolló conforme a las recomendaciones nacionales e internacionales sobre investigación humana. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Departamento de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud de Tucumán.

### RESULTADOS

De la población consignada en los registros institucionales (2338 escolares), 543 no fueron autorizados por sus padres/tutores, rehusaron participar o estuvieron ausentes el día del muestreo. Se incluyeron en el análisis un total de 1647 encuestas, con la exclusión previa de protocolos incompletos, con al menos, una pregunta sin responder (39), respondidos por niños con edades no contempladas en el estudio (25) o que residieron en radios censales mixtos o en otros departamentos (84). La Tabla 2 expone la composición de la muestra.

Las medias y DE de cada dimensión de la encuesta de CVRS indicaron que el entorno escolar y el bienestar psicológico registraron los puntajes más elevados, mientras que el estado de ánimo y la aceptación social, los más bajos. Sin embargo, la mayoría de las dimensiones se encontraron dentro de los valores normales ( $\pm 1$  DE) (Tabla 3).

Las Figuras 1 y 2 muestran las puntuaciones medias obtenidas y los resultados de las pruebas *t* y ANOVA para cada dimensión.

En relación con la edad, se encontraron diferencias significativas entre los 8,0 y 11,9 años. Los escolares mayores puntuaron más bajo respecto de los más pequeños en bienestar físico ( $p: 0,01$ ; TE: 0,27), bienestar psicológico ( $p: 0,01$ ; TE: 0,29), amigos y apoyo social ( $p: 0,03$ ; TE: 0,20) y entorno escolar ( $p: 0,01$ ; TE: 0,43). En todos los casos, el TE fue pequeño (Figura 1. A).

Si bien los varones presentaron puntuaciones más altas en la mayoría de las dimensiones, solo hubo diferencias significativas y de pequeña magnitud en apoyo social ( $p: 0,02$ ; TE: 0,11). La dimensión entorno escolar ( $p: 0,01$ ; TE: 0,28) fue la única en la que las mujeres presentaron puntajes significativamente mayores (Figura 1. B).

Los niños de YB puntuaron significativamente más bajo la dimensión recursos económicos ( $p: 0,01$ ) en comparación con sus pares de SIM (Figura 2. A).

TABLA 3. Valores medios y desvíos estándar de cada dimensión de la encuesta de calidad de vida relacionada con la salud

Dimensiones de la CVRS	M	DE
Bienestar físico	50,0	10,0
Bienestar psicológico	55,2	9,1
Estado de ánimo y emociones	44,1	10,4
Autopercepción	52,5	10,5
Autonomía	51,6	10,0
Relación con los padres y vida familiar	52,0	9,9
Relación con los amigos y apoyo social	52,7	10,7
Entorno escolar	59,2	10,6
Aceptación social	42,4	12,6
Recursos económicos	45,9	9,4

M: valores medios; DE: desvío estándar;  
CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

TABLA 2. Características de la muestra (N= 1647)

	Total (n= 1647)	Yerba Buena (n= 985)	Simoca (n= 662)
<b>Edad</b>			
8 años	23,6% (n= 388)	21,8% (n= 215)	26,1% (n= 173)
9 años	21,5% (n= 354)	22,0% (n= 217)	20,7% (n= 137)
10 años	27,9% (n= 460)	27,6% (n= 272)	28,4% (n= 188)
11 años	27,0% (n= 445)	28,5% (n= 281)	24,8% (n= 164)
<b>Sexo</b>			
Masculino	52,0% (n= 856)	51,8% (n= 510)	52,3% (n= 346)
Femenino	48,0% (n= 791)	48,2% (n= 475)	47,7% (n= 316)
<b>Lugar de residencia</b>			
Urbano	70,2% (n= 1157)	93,6% (n= 922)	35,5% (n= 235)
Rural	29,8% (n= 490)	6,4% (n= 63)	64,5% (n= 427)
<b>Nivel socioeconómico</b>			
Alto	29,5% (n= 486)	31,7% (n= 312)	26,3% (n= 174)
Medio	40,6% (n= 669)	31,9% (n= 314)	53,6% (n= 355)
Bajo	29,9% (n= 492)	36,4% (n= 359)	20,1% (n= 133)

En relación con el lugar de residencia, los niños rurales presentaron puntajes inferiores en la mayoría de las dimensiones. Las diferencias significativas fueron en autopercepción ( $p: 0,01$ ) y estado de ánimo ( $p: 0,03$ ) (Figura 2. B).

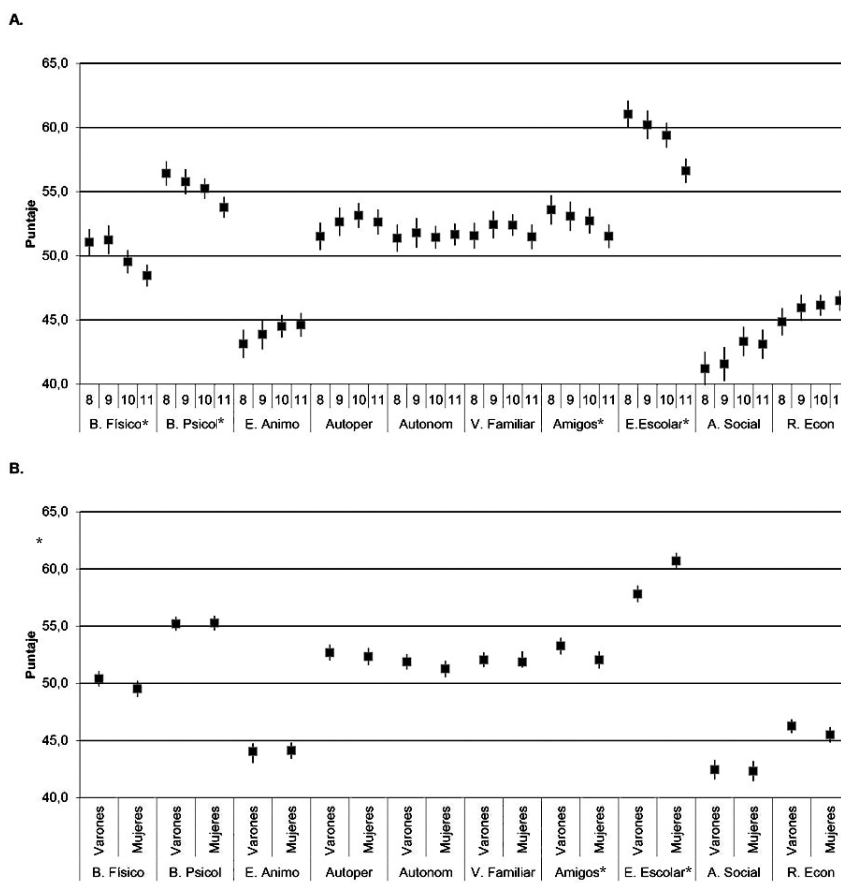
Respecto al NSE, no se registraron diferencias significativas en ninguna dimensión (Figura 2. C).

Por último, el análisis multivariado indicó que la baja aceptación social y el bajo estado de ánimo fueron más frecuentes en YB, respecto de SIM; mientras que el residir en un ámbito rural aumentó la posibilidad de presentar baja autopercepción y peor estado de ánimo (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

Considerando que la infancia es una etapa ontogenética de alta vulnerabilidad a riesgos físicos y psicosociales, pero también de respuesta positiva a factores protectores,<sup>19</sup> este estudio adquiere relevancia por tratarse del primero que indaga sobre la CVRS de niños tucumanos sanos. La mayoría de los participantes manifestó apreciaciones positivas en relación con su entorno escolar, emociones y satisfacción con la vida. Sin embargo, el estado de ánimo, la aceptación social y la percepción de la situación económica familiar fueron, en general, percibidas negativamente.

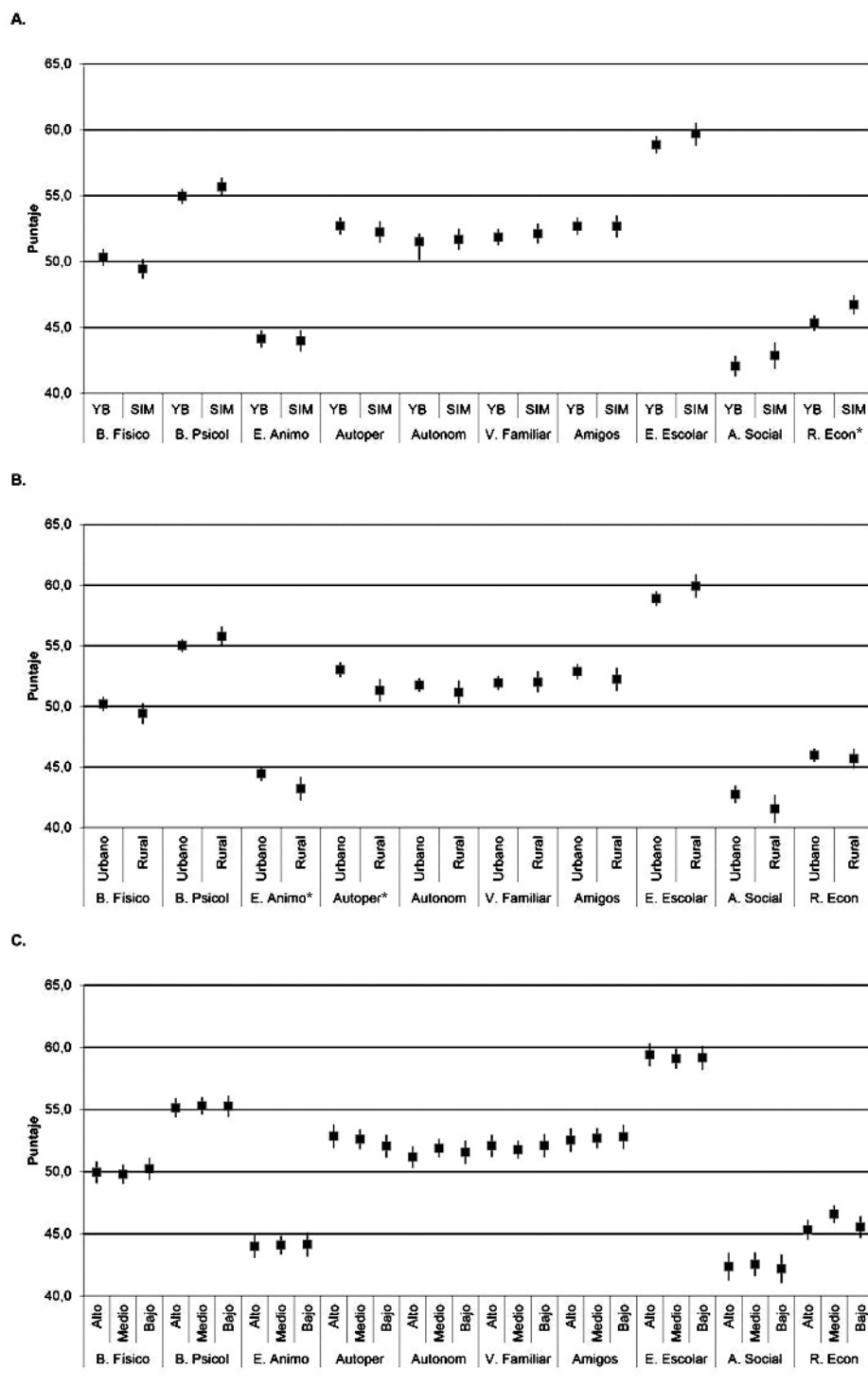
FIGURA 1. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud según edad (A) y sexo (B): medias e intervalos de confianza (95%) (N= 1647). Pruebas t de Student y análisis de la varianza



\* Diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

B. físico: bienestar físico; B. psicol.: bienestar psicológico; E. de ánimo: estado de ánimo y emociones; Autoper.: autopercepción; Autonom.: autonomía; Vida familiar: relación con los padres y vida familiar; Amigos: relación con los amigos y apoyo social; E. escolar: entorno escolar; A. social: aceptación social; R. econ.: recursos económicos.

FIGURA 2. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud según la calidad de vida departamental (A), el lugar de residencia (B) y el nivel socioeconómico (C): medias e intervalos de confianza (95%) (N= 1647). Pruebas t de Student y análisis de la varianza



\* Diferencias significativas (p < 0,05).

B. físico: bienestar físico; B. psicol.: bienestar psicológico; E. de ánimo: estado de ánimo y emociones; Autoper.: autopercepción; Autonom.: autonomía; Vida familiar: relación con los padres y vida familiar; Amigos: relación con los amigos y apoyo social; E. escolar: entorno escolar; A. social: aceptación social; R. econ.: recursos económicos.

Se observó que, a medida que los niños aumentaban de edad, la percepción de su salud empeoraba. Esto fue especialmente evidente en el grupo de 11 años, que manifestó apreciaciones negativas en relación con los aspectos físicos, psicológicos, apoyo social y, en particular, entorno escolar. Resultados similares han sido informados por otros estudios, en los que los componentes de la CVRS resultan ser menos favorables a edades mayores.<sup>20,21</sup> Esto podría vincularse a los cambios biológicos, psicológicos y físicos propios de esa etapa de la vida, durante la cual comienzan a elaborarse autoconceptos más complejos que podrían conducir a percepciones perjudicadas de la salud.<sup>22</sup>

En concordancia con lo reportado para otras poblaciones, las mujeres evidenciaron una peor CVRS.<sup>21,23-25</sup> No obstante, percibieron mejor el entorno escolar. En este sentido, se ha planteado que las niñas suelen obtener mejores calificaciones y son menos repitentes que los niños, experiencias que resultan de gran importancia en la formación de la percepción del entorno educativo.<sup>22,24,25</sup>

Los varones puntuaron mejor la dimensión amigos, hecho que podría vincularse a los modos de socialización de los varones a través del juego (juego rudo y deportes), que favorecen las relaciones interpersonales.<sup>22</sup> Las diferencias de género podrían vincularse a las expectativas sociales de los roles femeninos y masculinos en la familia y en la sociedad, que propician actitudes y comportamientos diferenciales desde la niñez.<sup>22,24</sup>

Resultó llamativo que los escolares de YB, departamento con mejor ICV, tuvieron peor apreciación de la situación económica familiar que los niños de SIM. Esta aparente paradoja podría entenderse si se contempla la fragmentación socioterritorial que caracteriza a YB, que se considera una "ciudad dual" en la que coexisten familias con condiciones económicas, estilos de vida y posición social claramente antagónicas.<sup>26,27</sup> En algunas sociedades, donde las desigualdades son tan marcadas, los patrones y conceptos de bienestar están estratificados y la idea de calidad de vida se relaciona con el bienestar de los estratos superiores.<sup>28</sup> En YB, la continua

TABLA 4. Calidad de vida relacionada con la salud según el departamento y el lugar de residencia: odds ratios crudas y ajustadas

	Cantidad de niños (%)	Análisis bivariado OR <sub>c</sub> (IC 95%)	p	Análisis multivariado OR <sub>a</sub> (IC 95%)
<b>Bajo estado de ánimo</b>				
<i>Variables y categorías</i>				
<i>Departamento</i>				
Yerba Buena	346 (35,1%)	*		
Simoca	217 (32,8%)	0,90 (0,73-1,12)	0,33	0,68 (0,51-0,90)**
<i>Residencia</i>				
Urbana	378 (32,7%)	*		
Rural	185 (37,8%)	1,25 (1,01-1,56)	0,05 <sup>†</sup>	1,62 (1,21-2,19)**
<b>Baja autopercepción</b>				
<i>Variables y categorías</i>				
<i>Departamento</i>				
Yerba Buena	78 (7,9%)	*		
Simoca	57 (8,6%)	1,09 (0,77-1,57)	0,62	0,75 (0,45-1,23)
<i>Residencia</i>				
Urbana	84 (7,3%)	*		
Rural	51 (10,4%)	1,48 (1,03-2,14)	0,03 <sup>†</sup>	1,81 (1,09-2,99)**
<b>Baja aceptación social</b>				
<i>Variables y categorías</i>				
<i>Departamento</i>				
Yerba Buena	492 (49,9%)	*		
Simoca	304 (45,9%)	0,85 (0,69-1,04)	0,10	0,72 (0,55-0,94)**
<i>Residencia</i>				
Urbana	554 (47,9%)	*		
Rural	242 (49,4%)	1,06 (0,86-1,31)	0,58	1,31 (0,99-1,73)

OR<sub>c</sub>: Odds ratio cruda obtenida por regresión logística bivariada.

OR<sub>a</sub>: Odds ratio ajustada obtenida por regresión logística multivariada.

\* Categoría de referencia.

\*\* Diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05).

<sup>†</sup> Valor de p ≤ 0,10, variables incluidas en el análisis multivariado.

exposición de los niños de estratos sociales menos favorecidos a estas realidades tan contrapuestas podría explicar la percepción negativa que tienen de su propio contexto. No obstante, cabe señalar que no se encontraron diferencias sustanciales cuando la CVRS se analizó en relación con el NSE.

Los estados depresivos durante la infancia constituyen un fenómeno poco estudiado, tal vez, debido a su baja prevalencia en comparación con otras etapas de la vida. Sin embargo, cuando ocurren, pueden comprometer el proceso de desarrollo, ya que se vinculan a complejas interacciones entre sistemas cognitivos, socioemocionales, biológicos y representacionales.<sup>29-31</sup> García y Siverio<sup>29</sup> plantean que el estado de ánimo infantil puede vincularse con la pérdida de personas significativas, la separación de los padres, los problemas familiares, el rechazo de los pares, la soledad y la violencia, entre otros. En las localidades rurales estudiadas, donde los adultos se desempeñan, principalmente, como trabajadores de la agroindustria del limón y la caña de azúcar, es frecuente la migración temporaria y prolongada de los padres durante los períodos interzafra. Esta situación podría explicar las diferencias urbano-rurales encontradas en relación con el estado de ánimo y la autopercepción. No obstante, por cuanto los estados de ánimo depresivos durante la infancia son multicausales, se reconoce la necesidad de realizar futuras investigaciones sobre esta dimensión de la CVRS en ámbitos rurales.

Los resultados obtenidos refuerzan el valor de combinar indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida para la comprensión de los problemas de salud, especialmente, al estudiar territorios con grandes contrastes en sus condiciones de vida. El hecho de que la muestra no incluyera niños de escuelas privadas podría ser una limitación del estudio, sin embargo, se considera que brinda información de gran valor acerca de un grupo poblacional vulnerable. Finalmente, se destacan las siguientes fortalezas: 1) brinda información sobre la CVRS infantil en la provincia de Tucumán; 2) es el primero en indagar acerca de posibles diferencias en la salud percibida de niños residentes en contextos urbanos y rurales de Argentina; y 3) aporta información novedosa que puede utilizarse en la planificación de políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida infantil.

## CONCLUSIÓN

La salud percibida de los niños tucumanos residentes en YB y SIM varió en relación con aspectos macrosociales e individuales. En YB, la percepción de los recursos económicos fue peor respecto de SIM. En general, las apreciaciones de los niños urbanos fueron más favorables que las de los rurales. Por último, los varones y los escolares de menor edad percibieron mejor su salud. ■

## Agradecimientos

Las autoras agradecen a los supervisores, directores, docentes, niños y niñas de las escuelas participantes en este estudio. A Fernando Longhi por la lectura crítica y aportes realizados al manuscrito y a María Cristina Muñe por su cuidadosa revisión.

## REFERENCIAS

1. Velázquez GA. Geografía, calidad de vida y fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando SIG's. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, CIG-Centro de Investigaciones Geográficas; 2001.
2. Velázquez GA, Mikkelsen C, Linares S, et al. Calidad de vida en Argentina. Ranking del bienestar por departamentos: 2010. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires; 2014.
3. Arostegui Barandika I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Madrid: Universidad de Deusto; 1998.
4. World Health Organization. Programme on mental health. WHOQOL Measuring quality of life. Ginebra: WHO; 1997. [Consulta: 31 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
5. De Cunto C. ¿Qué es la calidad de vida relacionada con la salud? *Conex Pediatr* 2010;3:1-3.
6. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicol Salud* 2008;18(1):37-44.
7. Roizen M, Figueroa C, Salvia L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(4):305-13.
8. Pico M, Spirito M, Roizen M. Calidad de vida en niños y adolescentes con enfermedad celíaca: versión argentina del cuestionario específico CDDUX. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2012;42(1):12-9.
9. Mamondi V. Sobre peso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Bahía Blanca. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2011. [Consulta: 17 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Mamondi\\_V\\_Maestria\\_Salud\\_Publica.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Mamondi_V_Maestria_Salud_Publica.pdf).
10. Rivera C, Mamondi V, Lavin Fueyo J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con y sin trastornos crónicos: Estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(5):404-10.



11. Pinto Guedes D, Villagra Astudillo HA, Moya Morales JM, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública* 2014;35(1):46-52.
12. Osatinsky A. Economía, desocupación y pobreza en Catamarca y Tucumán (1980-2002). *Rev Estud Reg Merc Trab* 2007;3(6):157-78.
13. Ministerio de Educación Gobierno de Tucumán. Evolución de Matrícula según Departamento - Tucumán 1999-2016. Matrícula educación modalidad común. [Consulta: 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.educaciontuc.gov.ar/sistema/pdfs/Informe20-20Matricula%20por%20departamento.pdf>.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2013. [Consulta: 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://200.51.91.245/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl>.
15. Berra S, Bustingorry V, Henze C, et al. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir la calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(4): 307-14.
16. Berra S, Tebé C, Esandi M, et al. 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* 2013;111(1):29-36.
17. The KIDSCREEN Group Europe. Los cuestionarios KIDSCREEN. Cuestionarios de calidad de vida para niños y adolescentes. Manual. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
19. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, et al. La salud en la infancia. *Gac Sanit* 2004;18(4):39-46.
20. Palacio-Vieira JA, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Qual Life Res* 2008;17(10):1207-15.
21. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit* 2005;19(2):93-102.
22. Papalia D, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Desarrollo Humano. 11.ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
23. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit* 2009;23(5):433-9.
24. Vitale R, Degoy E, Berra S. Salud percibida y rendimiento académico en adolescentes de escuelas públicas de la ciudad de Córdoba. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(6):526-33.
25. Halpern D, Benbow C, Geary D, et al. The Science of Sex Differences in Science and Mathematics. *Psychol Sci Public Interest* 2007;8(1):1-51.
26. Malizia M, Paolasso P. Countries y barrios privados en Yerba Buena, Gran San Miguel de Tucumán, Argentina: nuevas formas de expansión urbana. *Estud Demogr Urbanos* 2009;24(3):583-613.
27. Castells M. La ciudad Informacional-Tecnología de la Información, reestructuración económica y el proceso urbano regional. Madrid: Alianza; 1995.
28. Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet* 2000;5(1):7-18.
29. García M, Siverio, M. La tristeza en niños, adolescentes y adultos: un análisis comparativo. *Infanc Aprendiz* 2005;28(4):453-69.
30. Villanueva Suárez C, García Sanz J. Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiat Pública* 2000;12(3):219-28.
31. Damon W, Hart D. The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development* 1982;53(1):841-64.



**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos

**International Association for the Study of  
Human Growth and Clinical Auxology (ISGA)**



Por un niño sano  
en un mundo mejor

## **XIV Congreso Internacional de Auxología**

*1, 2 y 3 de noviembre de 2017*

### **SEDE**

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"  
Jerónimo Salguero 1244 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### **INFORMES E INSCRIPCIÓN**

**Sociedad Argentina de Pediatría - Entidad Matriz**

Av. Coronel Díaz 1971 - 1425 – Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: (011) 4821- 8612 – Fax: (011) 4821-8612 interno 101

E-mail: [congresos@sap.org.ar](mailto:congresos@sap.org.ar) – Web: [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar) / <http://www.auxology.org/es/>