

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Comparación de la Versión 27 y 52 del Cuestionario KIDSCREEN

**Arly Rincón Sanguino, Karla Fernanda Ferreira Rodríguez
y Leidy Paola Gamboa Mogollón**

**Trabajo de grado para optar al título de: Especialista en Gerencia de Seguridad Social
en Salud**

Docente

Jorge Alberto Castro Hernández

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Facultad de Economía

Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

2016

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	5
1. Comparación de la Versión 27 y 52 del Cuestionario KIDSCREEN	
1.1. Antecedentes	8
2. Situación Actual, Naturaleza y Características del KIDSCREEN	13
3. Análisis Comparativo	17
3.1 Kidscreen-52.....	17
3.2 Kidscreen-27.....	19
3.3 Análisis comparativo por categorías.	20
3.3.1 Primera categoría: Dimensiones.....	20
3.3.2 Segunda Categoría: Ítems.....	22
3.3.3 Tercera Categoría: Tiempo.....	23
4. Conclusiones y Recomendaciones.....	26
Referencias Bibliográficas	28

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Definiciones en Calidad de Vida.</i>	8
Tabla 2. <i>Definiciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud</i>	10
Tabla 3. <i>Versiones del Kidscreen.</i>	14
Tabla 4. <i>Dimensiones del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.</i>	20
Tabla 5. <i>Ítems del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.</i>	22
Tabla 6. <i>Tiempo del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.</i>	24

Introducción

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua evolución (Jiménez y Moreno, 1996). De forma concisa, podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas. Posteriormente, el concepto se extiende a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se centra en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En esta última perspectiva, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (World Health Organization, 1997, p. 1).

En este contexto, a partir de los años 80, la medición de la **calidad de vida relacionada con la salud** cobra un gran interés al evidenciar por medio de indicadores y resultados la percepción que una persona tiene sobre su salud (Rodríguez, Camargo y Orozco, 2014). La medición es importante para estimar las necesidades en salud de una población, identificar las personas en riesgo debido a alteraciones en su bienestar y humanizar la atención que se brinda en los servicios de salud.

Ahora bien, la calidad de vida en salud se percibe de manera diferente por cada individuo debido a los múltiples factores: psicológicos, sociales, familiares, entre otros que hacen casi imposible determinar o medir de manera homogénea el estado o calidad de vida percibida. Sin embargo, existen estudios que han logrado medir la calidad de vida clasificando la población, para lograr una efectividad en los resultados (Núñez, A., Tobón, S., Arias, D, 2010).

En este contexto, conviene indicar que la evaluación de la calidad de vida en los niños y adolescentes es compleja debido a su proceso normal de maduración. A medida que un niño crece, su desarrollo físico e intelectual cambia, así como su entendimiento sobre su salud y bienestar. Estos aspectos influyen en su percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Por lo tanto, es importante disponer de instrumentos válidos, confiables y aplicables para evaluar la calidad de vida en niños y adolescentes. Entre los instrumentos genéricos diseñados para esta población se encuentran el KindL, el KIDSCREEN y el Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), entre otros (Rodríguez et al., 2014).

Dentro de la gama de instrumentos utilizados para medir la calidad de vida relacionada con la salud, este informe centrará su análisis en el KIDSCREEN, cuyo objetivo consiste en evaluar la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes. Este cuestionario fue desarrollado como medida de salud autopercebida aplicable para niños y adolescentes sanos y con enfermedades crónicas comprendidas entre edades de 8 a 18 años.

El instrumento KIDSCREEN presenta tres versiones 52, 27 y 10. No obstante, para efectos de este informe comparativo, se realizará la comparación de la versión KIDSCREEN- 52 y KIDSCREEN-27 con el fin de determinar la pertinencia y aplicabilidad según contexto.

Como se indicó anteriormente, este informe tendrá por objetivo realizar un análisis comparativo entre las versiones 52 y 27 del instrumento KIDSCREEN. Para ello, el informe contendrá cuatro

partes: en la primera se presentan los antecedentes que originaron la necesidad de instrumentos de medición de la calidad de vida en salud. En segunda instancia, se realizará una descripción de la situación actual, naturaleza y características del KIDSCREEN. En tercer término, se realiza un análisis comparativo entre las dos unidades de análisis (KIDSCREEN 52 Y 27), y por último se realizan unas recomendaciones y conclusiones.

1. Comparación de la Versión 27 y 52 del Cuestionario KIDSCREEN

1.1 Antecedentes

El concepto de calidad de vida presenta una historia evolutiva que ha venido perfeccionando su esencia. En Los años 60 este concepto nace para hacer referencia al medio ambiente. Una década después la calidad de vida se define con un objetivo integrador, multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a los campos de la salud, la educación, la economía, la política y los servicios.

En la literatura se encuentran varias definiciones de Calidad de vida que presentan dos aspectos comunes: subjetividad y multidimensionalidad (Rodríguez et al., 2014). Al ser un constructo subjetivo, su evaluación debe hacerse preferiblemente desde la propia perspectiva del individuo y al ser multidimensional se deben tener en cuenta gran cantidad de aspectos relacionados con la vida de la persona. Adicionalmente, el concepto de Calidad de Vida el ser dinámico, puede cambiar con el transcurso del tiempo ya que los valores individuales se modifican en respuesta a las diversas situaciones o experiencias ocurridas en la vida de cada persona.

En la siguiente tabla se presentan algunas definiciones significativas sobre el concepto de Calidad de Vida.

Tabla 1.

Definiciones de Calidad de Vida.

Autor (es)	Definición
Opong et al.	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Ferrans	Bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Bigelow et al.	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Hass	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que pertenece.
Lawton	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Tonón	Pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico relacionado con las necesidades materiales y socio-afectivas.
Tonón	Especifica que en la actualidad la Calidad de Vida se define más ampliamente incluyendo la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerado ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva).

Fuente: Urzúa y Caqueo, (2002).

El concepto de calidad de vida empieza a aplicarse en diferentes áreas del saber. Para el caso de las ciencias de la salud en las décadas de los 60-70 se empieza a acuñar el concepto de “Calidad

de vida relacionada con salud (CVRS)”. La tabla 2 presenta algunas definiciones de dicho concepto.

Tabla 2.

Definiciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Autor (es)	Definición
Echteld, van Elderen, van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencia satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos
Awad	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencia en la terapia
Schipper, Clinch & Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima
Shumaker & Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la

	habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general
Patrick & Erickson¹⁶	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes
O'Boyle	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro

Fuente: Urzúa, (2010).

De manera general, se puede indicar que la calidad de vida relacionada con salud consiste en el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. Desde esta perspectiva, el concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud tiene un enfoque multidimensional que da cuenta de los resultados del proceso de salud en términos del bienestar percibido, y del contexto cultural que lo soporta (Schwartzmann, 2003).

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud, evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del

estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud (Tuesca, 2005).

Ahora bien, pese al creciente interés por medir y evaluar la calidad de vida en salud de los niños y adolescentes, los instrumentos diseñados para ello son escasos: el KindL, el KIDSCREEN y el Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), entre otros (Rodríguez et al., 2014). Lo anterior conlleva al hecho de tener que adaptar los instrumentos diseñados en otras culturas y países para ser aplicados en otros contextos. Tal es el caso de América Latina donde se ha tenido que adaptar el instrumento KIDSCREEN con el fin de determinar el estado de calidad de vida en salud de niños y adolescentes de países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia, entre otros.

2. Situación Actual, Naturaleza y Características del KIDSCREEN

El KIDSCREEN es un instrumento estandarizado de Calidad de Vida en Salud para niños y adolescentes y sus padres cuidadores, desarrollado en el marco del proyecto “Screening and Promotion for Health-related if Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” con fondos de la Comisión Europea. El proyecto inicio en Febrero de 2001 y finalizó en 2004. Contó con la participación simultanea de trece países Europeos: Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Checa, Suecia y Suiza, por lo que originalmente está disponible en alemán, checo, español, francés, griego, holandés, húngaro, inglés, polaco y sueco (Rodríguez et al., 2014).

Según la Organización Kidscreen (2006), la creación del instrumento se basó en revisiones de literatura, consulta con grupos de expertos y grupos de discusión de niños/as y adolescentes de todos los países participantes. El objetivo del cuestionario consistió en identificar los ítems y dimensiones de Calidad de Vida respecto a la Salud, relevantes en cada uno de los países.

El proyecto KIDSCREEN siguió una metodología consistente en tres fases, consiguiendo un desarrollo progresivo del instrumento. La primera fase fue para desarrollar el instrumento e incluyó tres etapas: (1) generación de ítems y dimensiones, mediante una revisión bibliográfica, un estudio Delphi con participación de veinte expertos de nueve países y grupos focales de discusión con niños y adolescentes; (2) traducción y armonización de la versión inicial en inglés a los diferentes idiomas europeos para obtener una versión semántica y conceptualmente equivalente a la inicial, y (3) estudio piloto para obtener el cuestionario definitivo, reduciendo el número de ítems y analizando la validez preliminar del instrumento. En la segunda fase se verificaron por teléfono los cuestionarios a niños, adolescentes y sus padres en cada Validación del cuestionario

KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños. Y la tercera fase fue de implementación para evaluar el grado de aceptación y el uso e incorporación del instrumento en la práctica e investigación en salud (Kidscreen.org., 2016).

Existen tres versiones del cuestionario KIDSCREEN. Las versiones están disponibles en varios idiomas y se pueden aplicar para múltiples objetivos de investigación. El KIDSCREEN-52 (versión larga) abarca diez dimensiones de CVRS, El KIDSCREEN-27 (versión corta) abarca cinco dimensiones de CVRS, mientras que el KIDSCREEN-10 incluye una medición de la CVRS global.

Tabla 3.

Versiones del Kidscreen.

KIDSCREEN-10	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-52
Contiene 10 preguntas.	Permite información detallada	Permite información detallada
Permite una puntuación global de CVRS para usos de cribado e investigación,	del perfil de salud para cinco dimensiones de CVRS con 27 preguntas.	del perfil de salud para diez dimensiones de CVRS y 52 preguntas
Requiere 5 minutos para ser completado.	Requiere 10-15 minutos para ser completado.	Requiere 15-20 minutos para ser completado.

Fuente: Kidscreen.org., (2016).

Los instrumentos KIDSCREEN se encuentran disponibles en versiones de niño/a y adolescentes, así como una versión para madres, padres o personas informantes y han sido traducidas y adaptadas a diferentes idiomas.

Generalmente, la forma de diligenciar el instrumento es el autoreporte. La Organización Kidscreen (2006) indica que las tres versiones diferentes del KIDSCREEN pueden ser administradas en las viviendas, hospitales, centros médicos y escuelas, por profesionales de la salud pública, la epidemiología y la medicina. No obstante, en algunas ocasiones si la persona no lo puede hacer, alguien cercano podrá hacerlo (padres o acudientes). El instrumento KIDSCREEN también puede ser administrado por teléfono, a través de entrevistas cara a cara o por cuestionarios postales. También está disponible una versión asistida por computador para niños y adolescentes. Es aplicable para niños y adolescentes sanos y con enfermedades crónicas de 8 a 18 años y puede ser autocompletado por los mismos niños. También está disponible una versión proxy para padres.

Las respuestas se categorizan en escalas Likert de 5 opciones, que evalúan la frecuencia o, en algunos casos, la intensidad del atributo, con un período recordatorio de una semana en la mayoría de preguntas. Se puede calcular la puntuación y los valores-T y los porcentajes estarán disponibles para cada país estratificados por edad y género (Kidscreen.Org., 2006).

Por último, la Organización Kidscreen (2006) indica algunas pautas para aquellos investigadores que deseen utilizar el instrumento KIDSCREEN:

- Se aconseja utilizar el instrumento KIDSCREEN de manera completa (KIDSCREEN- 52, KIDSCREEN-27, o Índice KIDSCREEN-10) y no escoger ítems específicos.
- Si el instrumento KIDSCREEN se utiliza en un estudio, los ítems deben aparecer en el mismo orden del manual.
- Se debe mantener la formulación exacta de los ítems.
- Las categorías de respuesta deben contener la misma formulación y el mismo número de categorías de respuesta.
- Se pueden agrandar las casillas de respuesta para los niños más jóvenes.

- Se debe utilizar un diseño semejante al del cuestionario original (por ejemplo, uso de fuente del tamaño de 12 pt).
- No se deben incluir gráficos adicionales.

En el contexto latinoamericano, el cuestionario KIDSCREEN ha sido adaptado y validado en Argentina, Chile y Colombia. De las tres versiones disponibles, en Colombia se han validado el KIDSCREEN-52 en sus versiones para niños y padres, y el KIDSCREEN-27, solo en su versión para niños (Vélez, Lugo, & García, 2012).

3. Análisis Comparativo

Como se había indicado en la introducción de este informe, el análisis comparativo se realizará entre las versiones 27 y 52 del cuestionario KIDSCREEN. Para tal efecto, en esta sección se presentará en primer lugar, cada una de las dos unidades de análisis, para continuar con el análisis comparativo entre las dos versiones a partir de tres categorías: dimensiones, ítems y tiempos.

3.1 Kidscreen-52

Recapitulando, se puede indicar que el cuestionario KIDSCREEN valora subjetivamente la salud y el bienestar de niños y adolescentes (calidad de vida relacionada con la salud, CVRS). Estos han sido desarrollados para ser autoadministrados a niños y adolescentes, tanto sanos como con problemas crónicos de salud, de edades comprendidas entre los 8 y los 18 años.

La versión 52 permite información detallada del perfil de salud para diez dimensiones de CVRS y 52 ítems en una escala Rasch: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Estado de ánimo, Autopercepción, Autonomía, Relación con los padres y vida familiar, Amigos y apoyo social, Entorno escolar, Aceptación social (Bullying), y Recursos económicos.

El proceso de creación del cuestionario KIDSCREEN-52 es presentado por Tebe, et. al., en los siguientes términos:

El desarrollo del cuestionario empezó con un proceso Delphi que permitió llegar a un consenso sobre los contenidos del cuestionario. Los grupos de discusión identificaron 1.642 ítems susceptibles de formar parte del instrumento. Las etapas de traducción-armonización permitieron reducir el número de ítems a 167 para adolescentes y 159 para menores de 12 años.

Finalmente se realizó un estudio piloto para obtener la versión definitiva del cuestionario, que contiene 52 ítems y 10 dimensiones, mediante un análisis basado en la teoría psicométrica clásica y la teoría de la respuesta al ítem. Sus propiedades psicométricas preliminares se probaron en una prueba piloto, donde se obtuvo la versión administrada durante el trabajo de campo (Tebe et al., 2008, sp).

El cuestionario es autoadministrado para niños/as y adolescentes de 8-18 años de edad, y contiene 52 ítems que evalúan 10 dimensiones de Calidad de Vida respecto a la Salud. Tebe et al., (2008), expone las características de cada dimensión de la siguiente manera:

(1) El Bienestar Físico recoge la actividad y la forma físicas, y la energía. (2) El Bienestar Psicológico examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida. (3) Estado de Ánimo y Emociones recoge las experiencias negativas, los estados depresivos y las sensaciones de estrés del niño/a o adolescente. (4) La Autopercepción explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas. (5) Autonomía recoge las oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre. (6) La Relación con los Padres y Vida Familiar explora la atmósfera familiar. (7) Apoyo Social y Relación con los Pares recoge el tipo de relación con los/as compañeros/as. (8) El Ambiente Escolar explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca de la escuela. (9) Aceptación Social (Bullying) recoge la sensación de rechazo de los/las compañeros/as. Finalmente, (10) Recursos Económicos recoge la percepción sobre la capacidad financiera. Las respuestas se categorizan en escalas Likert de 5 opciones, que evalúan la frecuencia o, en algunos casos, la intensidad del atributo, con

un período recordatorio de una semana en la mayoría de preguntas (Tebe et al, 2008, sp).

3.2 Kidscreen-27

El KIDSCREEN-27 fue desarrollado como una versión reducida del KIDSCREEN-52 con la mínima pérdida de información y con buenas propiedades psicométricas.

Primero se realizaron análisis básicos de los ítems. El enfoque psicométrico utilizó análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En un siguiente paso, el proceso de reducción de ítems se llevó a cabo por modelos de la Teoría de la Respuesta al Ítem.

El cuestionario KIDSCREEN-27 es un instrumento corto, que permite información detallada del perfil de salud para cinco dimensiones: (1) actividad física y salud, (2) estado de ánimo y sentimientos, (3) vida familiar y tiempo libre, (4) apoyo social y amigos y (5) entorno escolar.

El bienestar físico explora el nivel de actividad física, energía y estado físico del niño/adolescente. El bienestar psicológico (segunda dimensión), examina el bienestar psicológico de niño/adolescente, incluye emociones positivas y satisfacción con la vida, así como la ausencia de sentimientos de soledad y tristeza. En la tercera dimensión de autonomía y relación con los padres se explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente y sus padres o cuidadores, atmósfera familiar, apoyado por la familia, nivel de autonomía percibido, y satisfacción con los recursos económicos. La cuarta dimensión explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente con sus pares. El entorno escolar (quinta dimensión) explora la percepción del niño/adolescente de su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración y sus sentimientos acerca de la escuela (Temístocles, 2014).

3.3 Análisis comparativo por categorías

El análisis comparativo propuesto se realizará a partir de 3 categorías: dimensiones, ítems y tiempos.

3.3.1 Primera categoría: Dimensiones.

Tabla 4.

Dimensiones del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.

Categoría	Kidscreen – 52	Kidscreen – 27
Dimensiones	1. Actividad física y salud.	1. Bienestar físico.
	2. Tus Sentimientos.	2. Bienestar psicológico.
	3. Estado de ánimo.	
	4. Sobre ti.	
	5. Tu tiempo libre.	3. Autonomía y relación con los padres.
	6. Tu vida familiar.	
	7. Tu dinero.	
	8. Tus amigos/ as.	4. Apoyo social y pares.
	9. Escuela / Colegio.	5. Entorno escolar.
	10. Tú y los demás.	

Fuente: Kidscreen.org., (2016).

El cuestionario KIDSCREEN tiene en cuenta unas dimensiones, para evaluar la calidad de vida relacionada con salud, que varía de acuerdo a la versión que se utilice como se puede observar en la tabla anterior. Tal distinción obedece al enfoque que cada cuestionario desea enfatizar: Mientras la versión 52 es más personalizada, la versión 27 describe las dimensiones de una forma impersonal.

Tal situación se observa en la dimensión del “bienestar psicológico” de la versión 27, que adquiere un matiz personal en la versión 52. Tal visión personalizada adquiere denominaciones como: “Tus sentimientos” (segunda dimensión), “Estado de Animo” (tercera dimensión), “Sobre ti” (cuarta dimensión), evidenciando el carácter subjetivo que se desea enfatizar en la versión 52.

En otro caso, se puede observar que la versión 52 enfatiza la relación personal con su entorno al denominar a la quinta denominación como “Tu tiempo libre”, a la sexta dimensión como “tu vida familiar” y a la séptima dimensión como “tu dinero”. Por el contrario, la autonomía y relación con el entorno indicada en la versión 27, es más explícita e impersonal, desglosándose en el manejo que la persona tiene del dinero y de su tiempo libre, indicando que la autonomía y la relación con los padres están relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones con respecto a la economía y el grado de responsabilidad que se tenga en el tiempo de ocio.

Conviene resaltar el carácter particular que desea enfatizar la versión 52 al incluir una dimensión que no está en el cuestionario 27, la dimensión de “Tú y los demás” o también llamada Bullying (decima dimensión). Esta particularidad del instrumento 52 se puede anexar a la versión 27. Esta consideración se toma según el enfoque y el objetivo de cada investigador para la aplicación de los cuestionarios.

3.3.2 Segunda Categoría: Ítems.

Tabla 5.

Ítems del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.

Categoría.	Kidscreen-52	Kidscreen-27
Ítems	Cuestionario de 52 preguntas.	Cuestionario de 27 preguntas.

Fuente: Kidscreen.org., (2016).

La diferencia que se presenta entre las dos versiones radica en la cantidad de preguntas y en el sentido de formular éstas, resaltando que los ítems mantienen la equivalencia conceptual, semántica y confiabilidad, pues las dos versiones son autoadministrables. Por tal razón, cualquiera de las dos versiones es altamente fiable al momento de aplicarse.

No obstante, el sentido con que están formuladas las preguntas de los dos cuestionarios es diferente. Pese al carácter personalista de la versión 52, predomina un lenguaje negativo y pesimista. Al contrario, la versión 27 utiliza un lenguaje positivo, de motivación e impersonal al formular las preguntas.

En los siguientes ejemplos podemos observar lo mencionado anteriormente:

En la versión 52 las preguntas formuladas son: ¿Te has sentido triste?, ¿Te has sentido aburrido/a?, ¿Te has sentido solo/a?, ¿Te has sentido bajo de presión? Versus, la versión 27 con las siguientes preguntas: ¿Has disfrutado de la vida?, ¿Has estado de buen humor?, ¿Lo has pasado bien?, ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?

El impacto al responder los cuestionarios de las dos versiones es muy notorio y eso se debe significativamente al sentido utilizado en la forma de indagar sobre diferentes aspectos tanto positivos como negativos de su vida diaria.

Otro aspecto a destacar es el uso del verbo “poder” en la versión 52, del cual se entiende libertad para tomar una decisión o realizar una acción. En la versión 27 se utiliza el verbo “ser capaz” que denota la capacidad en sí mismo de realizar las actividades que decida, llevando al encuestado a ser más autónomo en su respuesta, Por ejemplo:

Versión Kidscreen 52 dimensión: Escuela / Colegio, la pregunta es: ¿Has podido poner (prestar) atención en clase?

Versión Kidscreen 27 dimensión: Entorno Escolar, la pregunta es: ¿Has sido capaz de poner atención?

Versión Kidscreen 52 dimensión: Actividad Física y Salud, la pregunta es: ¿Has podido correr sin dificultad?

Versión 27 dimensiones: Bienestar Físico, la pregunta es: ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?

Hablando del enfoque de motivación que dan las dos versiones encontramos que la versión 52 en algunas preguntas da un enfoque negativo, mientras en la versión 27 se cambia por un lenguaje agradable ejemplo:

Versión Kidscreen 52 dimensión: Estado de Animo, la pregunta es: ¿Has tenido la sensación de estar haciendo todo mal? ¿Te has sentido tan mal como para no hacer nada? ¿Has sentido que todo en tu vida sale mal?

Versión Kidscreen 27 dimensión: Bienestar Psicológico la pregunta es: ¿Lo has pasado bien?

En la versión 52 predominan frases que tienden a convertir la pregunta en un aspecto general, mientras que en la versión 27 se utilizan frases que determinan y dan mayor consistencia a las preguntas, ejemplo:

Versión Kidscreen 52 dimensión: Actividad Física y Salud, la pregunta es: ¿Te has sentido bien de salud y en forma?

Versión Kidscreen 27 dimensión: Bienestar Físico, la pregunta es ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?

Versión Kidscreen 52 dimensión: Tus Amigos/as, la pregunta es: ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado unos a otros?

Versión Kidscreen 27 dimensión: Apoyo Social y Pares, la pregunta es: ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?

3.3.3 Tercera Categoría: tiempo.

Tabla 6.

Tiempo del Cuestionario KIDSCREEN 52, 27.

Categoría.	Kidscreen-27	Kidscreen-52
Tiempo	Se requieren de 10-15 minutos para contestar el cuestionario.	Se requieren de 15-20 minutos para contestar el cuestionario.
	El instrumento proporciona un perfil de salud y permite una interpretación de las cinco dimensiones.	Proporciona un perfil de salud y permite una interpretación de las diez dimensiones.

Fuente: Kidscreen.org., (2016).

Como ya se había mencionado anteriormente el cuestionario KIDSCREEN evalúa la calidad de vida relacionada con la Salud en las dos versiones, los tiempos para responder los cuestionarios varían, según la versión por el número de ítems.

Realmente la diferencia en tiempo es de 5-10 minutos lo cual quiere decir que a mayor cantidad de tiempo para responder mayor probabilidad de desconcentrarse y perder el interés por contestar el cuestionario. Si esto ocurre las últimas dimensiones puede perder la finalidad del cuestionario.

Los niños y adolescentes se deben preparar previamente para contestar estos cuestionarios, también se deben concientizar de la importancia de leer y responder de la manera más objetiva posible en procura de evitar sesgos de información para evitar unos resultados erróneos.

La versión del cuestionario KIDSCREEN 27, es un formulario corto por lo tanto requiere menos tiempo para contestar, lo que evita que el adolescente se distraiga y de esta manera conteste todo el cuestionario sin perder el interés.

4. Conclusiones y Recomendaciones

Al realizar este informe comparativo se puede concluir que el KIDSCREEN es un instrumento de medición de Calidad de Vida relacionada con Salud en la población de 8 a 18 años, validado en Colombia con un alto nivel de confiabilidad.

Como mencionamos anteriormente los cuestionarios se aplican para niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años, en las diferentes versiones del KIDSCREEN. Sin embargo, se propone dividir en dos grupos la población, un primer grupo de 8 a 12 años y el segundo de 13 a 18 años.

En niños de 8 a 12 años se aplicaría la versión 27 dado que esta es resumida por lo tanto ofrece menor complejidad al responder los cuestionarios esto hace que el adolescente entienda con mayor facilidad la pregunta para que así su respuesta sea más eficiente ayudando a obtener unos resultados de mayor confiabilidad, las preguntas son más claras, el tiempo para responder es menor.

Anexo a esto se puede manejar la décima dimensión (bullyng) de la versión 52 según el criterio de cada investigador. Esta última tiene una relevancia debido a la ocurrencia de estos casos en la población colombiana. Para el investigador es más fácil la recolección de los resultados debido al número reducido de ítems y para los adolescentes de 13 a 18 años se puede aplicar la versión 52 dado que en esta edad los adolescentes tienen una mayor capacidad de comprensión de lectura que da como resultado una respuesta coherente, la complejidad de la versión 52, se recomienda aplicar es más compleja por lo tanto más dispendiosa y requiere de mayor cuidado al desarrollarla podemos decir que esta daría mejores resultados en adolescentes de mayor edad.

Por último, les recomendamos a las instituciones de seguridad social en salud, la importancia de aplicar estas herramientas que tienen como finalidad medir la calidad de vida relacionada con salud, es de gran importancia y relevancia conocer de primera mano los aspectos que infieren de

forma negativa en la salud de los adolescentes al momento de proyectar los programas que se desarrollan en cada una de las instituciones, de esta manera direccionar los recursos en forma eficiente y eficaz logrando como resultado un impacto donde real mente se requiere y evitando el desgaste por parte de la institución en inversiones que no ofrecen real calidad de vida, por lo anterior se considera que el KIDSCREEN es uno de los instrumentos con un alto nivel de confiabilidad que permite hacer un estudio que refleje la calidad de vida en la población.

Referencias Bibliográficas

- Buela-Casal, G., Caballo, V., & Sierra, J. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno.
- González Platas, M (2016). Módulo 4. Calidad de Vida. Neurodidacta. Fundación del Cerebro en colaboración con Fundación Mapfre. Neurodidacta.es. Consultado el 8 Abril 2016. Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definicion>
- Kidscreen.org., (2016). El proyecto Kidscreen - Kidscreen.org. Consultado el 8 Abril 2016. Disponible en: <http://www.KIDSCREEN.org/esp%C3%B1ol/el-proyecto-KIDSCREEN/>
- Molina G, T., Montaña E, R., González A, E., Sepúlveda P, R., Hidalgo-Rasmussen, C., & Martínez N, V. et al. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. Rev. Méd. Chile, 142(11), 1415-1421. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872014001100008>
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología. Edición No 13 - Enero – Junio, p.13.
- Rodríguez Gómez, M., Camargo Lemos, D., & Orozco Vargas, L. (2014). Validez y confiabilidad de un instrumento de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (KIDSCREEN-52) en niños y adolescentes escolarizados de Bucaramanga (Magister). Universidad Industrial de Santander - UIS.
- Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. Medicina Clínica, 130(17), 650-654. <http://dx.doi.org/10.1157/13120999>

Tuesca Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*. Vol. 21.

Urzúa M, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012) p.1. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>

Vélez, C., Lugo, L., & García, H. (2012). Validez y confiabilidad del ‘Cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-27’ versión padres, en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 41(3), 588-605. [http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60031-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60031-7)

World Health Organization. WHOQOL - Measuring quality of life. (1997). Geneva: WHO