

Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia)

Health – related quality of life and socio-demographics determinants from adolescents in Barranquilla (Colombia)

Rafael Tuesca-Molina¹, Hermín Centeno Romero², María de la Ossa Salgado², Nayda García Delgado², Jenny Lobo López²

Resumen

Objetivo: Evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con algunos determinantes sociodemográficos en adolescentes escolarizados.

Métodos: Encuesta transversal realizada a 845 escolares de instituciones públicas y privadas de Barranquilla en el segundo semestre de 2007. Se empleó un interrogatorio estructurado que identificó determinantes sociodemográficos y la calidad de vida relacionada con la salud medido con el Short Form Health Survey (SF-12) en español adaptado a nuestra región. La tabulación se realizó en SPSS, versión 15 en español.

Resultados: El nivel de participación de los encuestados fue del 98,81%. El 57,8% de los sujetos tienen de 14 a 15 años. La calidad de vida relacionada con la salud muestra diferencia principalmente de género. Las mujeres presentaron mejor puntuación en: salud general $33,8 \pm 23,8$, rol emocional $64,9 \pm 42,9$ y vitalidad $76,6 \pm 23,2$. Los varones presentaron mejor puntuación en: función física, $86,16 \pm 25,9$; rol físico, $83,50 \pm 29,8$; función social $78,09 \pm 29,4$, e índice sumarial mental $69,32 \pm 15,7$.

Discusión: La función física es mejor en varones, al igual que la función social y el rol emocional; sin embargo, las mujeres mostraron mejor vitalidad. Según determinantes sociales, la función física y social presentan mayor puntuación en colegios privados y los estudiantes de colegios públicos, mayor puntuación en la salud general. A medida que aumenta la escala socioeconómica aumenta la puntuación de salud general. Los anteriores hallazgos estiman una diferencia de género en la calidad de vida y de manera indirecta reflejan la situación de la región o del país en cuanto a la percepción de la salud general y la salud mental.

Palabras claves: Calidad de vida, adolescentes, escuela.

Abstract

Objective: To evaluate the dimension about health - related quality of life and its relation with some sociodemographic determinants in school adolescents.

Methods: Cross-sectional survey realized in the second semester of the 2007 to a sample of 845 students in public and private institutions of Barranquilla, Colombia, they answered

¹ Departamento de Salud Pública, Programa de Medicina, Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

Correspondencia: Universidad del Norte, Departamento de Salud Pública. Kilómetro 5, antigua carretera a Puerto Colombia. Atlántico (Colombia). rtuesca@uninorte.edu.co

the Short Form Health Survey (SF12) adapted Spanish, and used a structured questionnaire that identified sociodemographic determinants. The tabulation of results was done in SPSS version 15 in Spanish.

Results: *The level of participation of the surveyed students with the questionnaire SF 12 was 98,8%, 57% of the subjects are from 14 to 15 years old. The quality of life related to the health shows differs in girls and boys. The women show better punctuation that the males in: general health 33,8 ±23,8; emotional role 64,9 ±42,9 and vitality 76,6 ±23,2. The males recount better punctuation in: physical function, 86,16 ± 25,9; physical role, 83,50 ±29,8; social function 78,09 ±29,4 and summing mental index 6 9,32 ±15,7.*

Discussion: *The physical function is better in males, as the social function and the emotional role; nevertheless the women showed better vitality. As per social determinants, the physical function and social function show a higher score in private schools, yet the students of public schools show a higher score in general health; as the measure increases in the socioeconomic scale, the general health score increases.*

The findings above estimate a gender difference in the quality of life the indirect way to reflect the situation of the region and country regarding to perception of general and mental health.

Key words: Quality of life, adolescents, school.

INTRODUCCIÓN

La salud de los adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todos los países, y en especial en los países pobres o con desventajas, como es el caso de América Latina. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y de las agencias internacionales, las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no se reflejan en programas integrales del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada, caso particular de las acciones parciales en: farmacodependencia y salud sexual y reproductiva (1-3). Muy probablemente uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos, en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo su vida. Contrario a lo que se pensaría, es decir, que los jóvenes son saludables, en América Latina, los adolescentes presentan altas tasas de consumo de alcohol, incremento en el hábito de fumar y cerca del 50% de los jóvenes entre 15-19 años están inmersos en el mercado laboral de manera no formalizada (1-8).

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores, especialmente en la aplicación de cuestionarios de la familia del Short Form Health Survey (SF), que es un instrumento genérico muy completo que permite evaluar elementos que engloban la definición de salud: biopsicológico, socioeconómica y cultural de manera dinámica y multidimensional. Por lo tanto, se estima que la medición de salud debe ir más allá de los usuales indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, dado que la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores: (9-16).

Diversos estudios (13-15,18-22) muestran la utilidad en la estimación de las distintas subescalas de la CVRS y de los componentes sumariales físico y mental; éstos últimos aportan una visión de conjunto de la calidad de vida relacionada con la salud. La utilidad en la estimación de escalas de calidad de vida permite adoptar decisiones frente al cuidado pediátrico y del adolescente (23, 32), lo que

convierte a estos instrumentos en referentes del estado de salud (24-25).

Por otro lado, es importante destacar que los cuestionarios de la familia SF han sido aplicados a sujetos mayores de 18 años. Debido a esta particularidad, los autores han realizado a manera de proceso didáctico estimaciones previas en escolares y desplazados, entre 15 a 20 años, empleando este cuestionario para valorar de manera empírica si su construcción genera problemas de comprensión en este grupo poblacional, lo que ha permitido valorar su aplicabilidad. En nuestro medio carecemos de estudios que evalúen la calidad de vida, y específicamente en adolescentes sanos. Los estudios en este campo utilizan instrumentos que se han diseñado en países anglosajones y escandinavos; por lo tanto se estimó necesario, ante la carencia de instrumentos autóctonos, estimar la medida de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con algunos determinantes sociodemográficos en adolescentes escolarizados de 14-19 años de Barranquilla en 2007.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, dirigido a adolescentes escolarizados de 14-19 años de instituciones educativas pertenecientes al sector estatal y privado del área metropolitana de Barranquilla, entre febrero a mayo de 2007.

Con relación al cálculo del tamaño muestral, se tuvo en cuenta una confianza del 95%, una prevalencia del suceso no conocida ($p=50\%$), un efecto de diseño del 1% y una precisión del 3,4%, utilizando el subprograma *Epiinfo* v.6,04 en español. Se tomó como base la población para 2007 de 37 344 escolares entre 14-19 años para establecimientos escolares en Barranquilla según el

reporte de la Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla (26). Se calculó un tamaño de 809 sujetos y se obtuvo una participación de 845 estudiantes, distribuidos de manera proporcional al número de colegios de acuerdo con su ubicación geográfica con relación a la jurisdicción de las alcaldías menores (Sur-occidente, Centro Histórico y Norte) de la ciudad, y se seleccionó de manera estratificada a 461 sujetos en establecimientos públicos y 384 en establecimientos privados.

La fuente de información fue de tipo primaria a través de una encuesta estructurada autoadministrada a los sujetos de estudio. Se solicitó permiso por escrito a las directivas de las diferentes instituciones educativas seleccionadas para aplicar este instrumento, se explicó en la misiva el trabajo que se iba a realizar y la finalidad de éste; y se obtuvo autorización por parte del plantel para la participación de los estudiantes; igualmente, fue aprobado por la junta de padres de familias de los planteles educativos involucrados que cumplían los criterios de inclusión.

El cuestionario de encuesta se estructuró mediante 42 preguntas. De éstas, 12 preguntas cerradas que hacen parte del cuestionario *Short Form Health Survey* en español para medir calidad de vida (SF-12) adaptado a nuestro contexto (13,15,17) y se adjuntó un cuestionario para abordar datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de colegio, grado escolar, ocupación laboral, estado civil, condición de desplazado y el nivel socioeconómico o clase social) y del estilo de vida: consumo de alcohol, tabaco y actividad física.

De manera similar que el SF-36, el SF-12 (13,15,17) permite imputar valores en los ítems cuando el sujeto ha contestado por encima del 50% de las preguntas de la escala.

En este estudio sólo al 1,2% de los sujetos se les ha imputado algún valor. Las respuestas de los sujetos a cada ítem reciben una puntuación numérica, que una vez codificada es llevada a una escala de 0 a 100. La mayor puntuación refleja mejor estado de salud y viceversa.

El cuestionario SF-12 (13,15,17) valora 8 dimensiones o subescalas de la CVRS: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La función física, el rol físico y el dolor corporal reflejan el componente físico de la salud; la función social, el rol emocional y la salud mental recogen los aspectos psicosociales, los cuales, junto con la vitalidad y la salud general, dan una idea global de la salud subjetiva que se asocia tanto con los aspectos físicos como con los mentales, que corresponden al índice sumarial del componente físico y mental.

Para el ajuste de la encuesta se realizó una prueba piloto a un grupo de adolescentes de una institución educativa en un municipio vecino al área metropolitana de la ciudad de Barranquilla (Soledad). Dicho proceso permitió ajustar los ítems a fin de facilitar el desarrollo de la encuesta.

En el procesamiento y análisis de los datos se empleó el *software* de SPSS versión 13 en español. Se presenta la información que relaciona la variable dependiente de las diferentes subescalas de calidad de vida discriminadas según género y por cada una de las subvariables sociodemográficas de interés, estimando media y desviación estándar. Las variables cuantitativas, para el caso de la calidad de vida, se comparan en el análisis de la varianza para muestras independientes.

RESULTADOS

Entre los 845 sujetos que respondieron al cuestionario, el porcentaje de participantes que completaron todos los ítems del SF-12 fue del 98,81%. En las características personales de los encuestados se destaca que el 57,8% de la población refirió tener entre 14 a 15 años. La razón de masculinidad fue de 12 hombres por cada 10 mujeres. El 94,2% de los escolares son solteros, aunque el 5,2% manifestó que están casados/as o que viven en pareja. El 37,5% cursa décimo grado (un año antes de finalizar su ciclo básico educacional: bachillerato). 55,2% de los escolares pertenecen a nivel socioeconómico medio (estrato 3 y 4). Con respecto al trabajo, el 5,9% refirió alguna actividad laboral adicional a sus estudios y el 1,3% se encuentra en situación de desplazado por la violencia (tabla 1).

En la tabla 2 se presentan las puntuaciones de las ocho subescalas del cuestionario SF-12 de manera total y discriminada según género. Las puntuaciones bajas corresponden a las subescalas de salud general ($28,28 \pm 22,6$) y dolor corporal ($14,41 \pm 21,87$), sin embargo, las mujeres obtuvieron mayor puntuación en estas áreas que los varones (salud general, $33,8 \pm 23,8$ $p < 0,05$; dolor corporal, $17,18 \pm 22,7$). Los varones obtuvieron mejor puntuación en función física ($86,16 \pm 25,9$ $p < 0,05$; rol físico $83,5 \pm 29,8$ $p < 0,05$ e índice sumarial mental $69,3 \pm 15,7$ $p < 0,05$). Según la tabla 3, los escolares entre 14 a 15 años obtuvieron mayor puntuación en rol físico ($88,88 \pm 32,03$; $p < 0,05$) comparados con sus pares mayores de 16 años ($78,87 \pm 33,6$). Las puntuaciones no muestran variaciones para las otras subescalas y los índices sumariales físico y mental.

La tabla 4 presenta la calidad de vida de acuerdo con el tipo de institución (privada o pública). Los escolares de las instituciones

Tabla 1
Características personales de la población de estudio según género

Característica	Frecuencia absoluta <i>n</i> y porcentaje (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Edad en años:			
14 - 15	489 (57,8)	256 (53,7)	233 (63,3)
16 - 19	356 (42,2)	221 (46,3)	135 (36,7)
Estado civil:			
Soltero/a	796 (94,2)	443 (92,8)	353 (95,9)
En pareja	44 (5,2)	30 (6,4)	14 (3,8)
NR	5 (0,6)	4 (0,8)	1 (0,3)
Curso académico:			
8º grado	28 (3,3)	15 (3,2)	13 (3,5)
9º grado	225 (26,6)	116 (24,3)	109 (29,6)
10º grado	317 (37,5)	165 (34,6)	152 (41,3)
11º grado	275 (32,5)	118 (37,9)	94 (25,6)
Nivel socioeconómico:			
Bajo	295 (34,9)	149 (31,2)	146 (39,7)
Medio	466 (55,2)	277 (58,0)	189 (51,3)
Alto	60 (7,1)	44 (9,22)	16 (4,3)
NR	24 (2,8)	7 (1,6)	17 (4,7)
Labora:			
Sí	50 (5,9)	39 (8,2)	11 (2,9)
NR	27 (3,2)	14 (2,9)	13 (3,5)
Desplazado:			
Sí	11 (1,3)	4 (0,8)	7 (1,9)
NR	7 (0,8)	6 (1,3)	1 (0,2)

NR: No responde.

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador.

públicas presentaron mayor puntuación en escala de salud general ($29,9 \pm 23,9$ versus privadas $26,3 \pm 21,0$; $p= 0,02$). Según las instituciones privadas, se observaron mejores puntuaciones en función social ($88,02 \pm 23,8$ versus públicas $76,7 \pm 30,5$; $p=0,000$); función social ($81,2 \pm 25,9$ versus $71,4 \pm 32,7$ $p= 0,000$) y el índice sumarial mental ($69,9 \pm 15,9$ versus $66,5 \pm 16,6$; $p= 0,04$). Según la tabla 5, los escolares de nivel socioeconómico bajo obtuvieron mejor puntuación en salud general compa-

rados con los de niveles medio y alto ($31,5 \pm 24,0$ $p< 0,05$); los escolares de clase media obtuvieron mayor puntuación en función física ($85,0 \pm 25,7$ $p< 0,05$).

DISCUSIÓN

En esta primera medición de la calidad de vida relacionada con la salud en población adolescente escolarizada se destacan elementos novedosos y preocupantes que afectan la

Tabla 2
Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-12

Escalas	Media (DE)	Mediana	% con puntuación máxima	% con puntuación mínima
Total:				
Salud general *	28,28 (22,64)	23	0,2	26,5
Función física *	86,16 (25,97)	100	62,8	4,6
Rol físico *	83,50 (29,84)	100	72,2	9,7
Dolor corporal	14,41 (21,87)	0	0,8	59,3
Función social *	78,09 (29,47)	100	52,3	4,9
Salud mental	50,92 (15,36)	50	1,1	1,2
Rol emocional *	75,89 (37,31)	100	62,4	20,1
Vitalidad *	72,41(26,12)	80	33,8	1,4
CSF	51,80 (11,85)	56,25	0,8	0,1
CSM *	62,28 (16,39)	71,25	0,1	0,1
Hombres:				
Salud general	23,95 (20,66)	25	0,2	31,4
Función física	86,16 (25,97)	100	71,5	4,0
Rol físico	83,50 (29,84)	100	73,7	6,7
Dolor corporal	14,41 (21,87)	0	0,6	62,9
Función social	78,09 (29,47)	100	56,0	3,8
Salud mental	50,92 (15,36)	50	0,8	1,5
Rol emocional	50,92 (37,31)	100	67,1	15,3
Vitalidad	72,41 (26,12)	100	31,7	2,1
CSF	52,02 (10,97)	56,25	0,8	0,2
CSM	69,32 (15,77)	72,50	0,4	0,2
Mujeres:				
Salud general	33,89 (23,86)	25	0,3	20,1
Función física	76,76 (29,82)	100	51,6	5,4
Rol físico	78,26 (36,01)	100	70,1	13,6
Dolor corporal	17,18 (22,79)	0	1,1	54,6
Función social	73,50 (30,79)	75	47,6	6,3
Salud mental	52,66 (16,42)	50	1,4	0,8
Rol emocional	64,94 (42,97)	100	56,3	26,4
Vitalidad	76,63 (23,24)	80	36,7	0,5
CSF	51,52 (12,91)	56,25	0,3	0,8
CSM	66,93 (17,08)	70	0,3	1,1

DE: desviación estándar; CSF: componente sumarial físico; CSM: componente sumarial mental.

* $p < 0,05$ (diferencia de medias por género).

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador.

Tabla 3
Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-12 según grupos de edad

Escala	14 a 15 años de edad (n=489)	16 a 19 años de edad (n=356)	p
	Media (DE)	Media (DE)	
Salud general	27,15 (22,61)	29,84 (22,65)	0,47
Función física	80,94 (28,39)	83,56 (27,64)	0,47
Rol físico	82,88 (32,03)	78,87 (33,67)	0,01
Dolor corporal	14,90 (22,24)	16,63 (22,40)	0,43
Función social	75,92 (30,71)	76,33 (29,37)	0,51
Salud mental	51,78 (16,09)	51,54 (15,55)	0,07
Rol emocional	72,54 (39,94)	69,10 (40,59)	0,34
Vitalidad	74,71 (24,60)	73,53 (25,51)	0,65
CSF	51,47 (12,04)	52,25 (11,59)	0,82
CSM	68,73 (16,40)	67,62 (16,39)	0,82

DE: desviación estándar; CSF: componente sumarial físico; CSM: componente sumarial mental.

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador.

salud desde una perspectiva global. En primer lugar, esta investigación se constituye en la primera aproximación de la condición de salud subjetiva de los adolescentes escolarizados, y en segundo lugar, dicha medición refleja la situación de los programas y políticas para la juventud. Además, se destaca un alto cumplimiento en el diligenciamiento del instrumento (SF-12) y la comprensión del mismo, lo que permitiría su adopción como instrumento de vigilancia en salud pública (13-16).

Con respecto a determinantes sociodemográficos, las variables que obtuvieron una baja proporción de no respuesta correspondieron a la situación laboral, el nivel socioeconómico y la situación de desplazamiento. Algunas de las razones fueron desconocimiento y el no desear responder dicha pregunta.

Los resultados en esta población muestran una diferencia por género. Al discriminar la subescala de salud general, algunas investigaciones (24-28) consideran que las mujeres

(independiente de la edad) obtienen puntuaciones más bajas que los varones, lo cual se relaciona con el nivel socioeconómico bajo y poseer pocos estudios. Sin embargo, en nuestro caso el fenómeno es inverso; muy probablemente esto se relacione con: patrones de crianza, diferencias biológicas del desarrollo y determinantes del estado nutricional general y de la nutrición del varón en el Caribe colombiano (3). Además, los varones obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres en aspectos que denotan interacción, por ejemplo: función social, rol físico y función física, que muestran muy probablemente mejor desempeño en la capacidad funcional de los varones (3,21-22,27-29); mientras que la vitalidad y el rol emocional en las mujeres muestra mayor puntuación que los varones, a diferencia de otros estudios (21-22).

Al analizar de manera independiente a partir de los grupos de edad, los más jóvenes difieren de los mayores en el rol físico; estos hallazgos difieren de los reportados por

Tabla 4
Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-12
según clase de institución educativa

Escala	Público (n=419)		Privado (n=426)		P
	Media	(DE)	Media	(DE)	
Salud general	29,98	(23,90)	26,36	(21,04)	0,020
Función física	76,70	(30,52)	88,02	(23,80)	0,000
Rol físico	80,95	(33,20)	81,59	(32,31)	0,777
Dolor corporal	17,06	(24,00)	14,08	(20,22)	0,052
Función social	71,48	(32,75)	81,26	(25,96)	0,000
Salud mental	51,26	(16,08)	52,08	(15,58)	0,456
Rol emocional	69,61	(41,08)	72,95	(39,11)	0,228
Vitalidad	73,87	(24,30)	74,59	(25,73)	0,679
CSF	51,47	(12,04)	52,25	(11,59)	0,102
CSM	66,65	(16,68)	69,93	(15,94)	0,004

DE: desviación estándar; CSF: componente sumarial físico; CSM: componente sumarial mental.

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador.

Jörngården y Raty (2006) y Hampel (2006), en cuyos estudios se conceptúa que los más jóvenes reflejan una alta calidad de vida y menos estrés emocional comparados con sus pares mayores. Otros hallazgos muestran influencia de determinantes sociodemográficos, tales como: el área geográfica, el nivel socioeconómico y la raza (21-22, 27-29).

La baja puntuación en las escalas de dolor corporal, salud general y salud mental en nuestra población merece ser evaluada de manera muy específica, y se señalaría como un hallazgo preocupante, el cual debe ser intervenido de manera apropiada, a fin de identificar qué situación afecta su salud general, la cual les causa dolor o malestar físico que probablemente repercute en su índice sumarial mental. Los estudios que han identificado bajas puntuaciones en dolor corporal, salud general e índice sumarial mental estiman que la peor calidad de vida en estas dimensiones se relaciona con enfermedades crónicas (12-

13,30-31), situación social (desplazamiento, drogadicción y violencia (18,32).

Según la Encuesta Nacional de Jóvenes (33), ser joven significa ser útil para el 18%, y el 38% manifestó que sentía indiferencia e insatisfacción frente a la vida. A este grupo de entrevistados les preocupa la situación de violencia, la inseguridad, la problemática del sida y la situación económica. Las características sociodemográficas de nuestra población no difieren de la Encuesta Nacional de Jóvenes ni de los hallazgos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003 (34).

A partir de estos resultados consideramos que nuestra tarea y reto consiste en lograr implementar dentro del sistema de vigilancia en salud pública del nivel local un programa de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y calidad de vida relacionada con la salud en población juvenil.

Tabla 5
Distribución de las puntuaciones del cuestionario SF-12 según clase social

Escalas	Nivel socioeconómico Bajo (n= 295) Media (DE)	Nivel socioeconómico Medio (n=466) Media (DE)	Nivel socioeconómico Alto (n=60) Media (DE)
Salud general*	31,52 (24,08)	26,66 (21,34)	22,45 (20,60)
Función física *	77,45 (30,51)	85,03 (25,76)	83,89 (28,90)
Rol físico	81,35 (32,33)	81,00 (32,93)	81,03 (34,82)
Dolor corporal	15,59 (22,73)	15,28 (22,01)	16,94 (22,47)
Función social	75,08 (31,10)	76,66 (29,21)	76,27 (30,94)
Salud mental	50,40 (15,64)	52,31 (15,94)	52,71 (17,20)
Rol emocional	72,03 (39,20)	69,95 (41,07)	75,42 (39,79)
Vitalidad	73,96 (24,52)	74,46 (25,08)	72,88 (27,48)
CSF	51,48 (12,50)	51,99 (11,45)	51,18 (10,50)
CSM	67,87 (15,52)	68,35 (16,70)	69,32 (18,24)

DE: desviación estándar; CSF: componente sumarial físico; CSM: componente sumarial mental.

* p< 0,05

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador.

Se recomienda en los establecimientos educativos gestionar una valoración más detallada de jóvenes en la consulta médica al ingreso de cada curso escolar e implementar instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud, a fin de valorar de manera global la salud del escolar. Además, se recomienda implementar proyectos relacionados con la estrategia de escuelas y entornos saludables; en aquellas donde están funcionando dichos proyectos se deben generar ajustes a partir de la participación de los jóvenes, la comunidad educativa y los padres con apoyo de las secretarías de Salud y Educación municipales.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de los escolares de los establecimientos educativos públicos y privados de Barranquilla, al igual que a los funcionarios y padres de familia de la comunidad escolar.

REFERENCIAS

1. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF–, Procuraduría General de la Nación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Municipios y Departamentos para la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: Gente Nueva; 2006.
2. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF–, Procuraduría General de la Nación, La Infancia, la adolescencia y el ambiente sano en los planes de desarrollo departamentales y municipales. Bogotá: La imprenta; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Documento técnico WHO/FCH/CAH/00.7. Suiza; 2000.
4. Magdalena M, Morillo P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Méx 2003;45 Supl 1: S132-S139.

5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K.Kellogg. Proyecto de desarrollo integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. [citado en enero de 1998]: <http://www.adolesc.org/pdf/proyecto.pdf>
6. World Health Organization. Tobacco: the twentieth century's epidemic. 1996. [citado en mayo de 2007]: <http://www.who.org/psa/toh/Alert/jan96/tajan4.htm>
7. Vega WF. Colombia-Estudio revela que los jóvenes en Santander comienzan a consumir alcohol y cigarrillos a los 10 años. Santander, Bucaramanga, 1995. [citado en febrero de 2005]: <http://www.ordago.net/noticia.asp?id=1947>
8. Sierra D, Pérez A, Núñez M. Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones* 2005;17 (4):349-60.
9. Herdman M. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. [Editorial]. *Gac. Sanit* 2005;19(2):91-2.
10. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson; 2003.
11. Rey-Calero J, Herruzo R, Rodríguez F. El tratamiento y la calidad de vida. *Fundamentos de Epidemiología Clínica*. Madrid; 1996. p.153-66.
12. Tuesca-Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* 2005; 21(s/n):76-86.
13. Martín Centeno A, Soto Alvarez J, Díaz López M, Rodríguez González JM, Carrasco Garrido P. Vivir con EPOC: calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. *Investig. Clin. Fam* 2005; 23(3):155-60.
14. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Pemaier-Miralda G, Quintana JM et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19 (2):135-50.
15. Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form survey). *J. Health Serv. Res. Policy* 1997; (2):14-8.
16. Lizán-Tudela L, Reig-Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten. Primaria* 2002;29 (6):378-84.
17. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: Institut Municipal d'Investigació Mèdica; 1998.
18. Domingo-Salvany A, Brugal MT, Rodríguez MC, Ambrós M, Silva T, de la Fuente L. Calidad de vida relacionada con la salud en los jóvenes consumidores de heroína (resultados preliminares del proyecto ITINERE). XX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Comunicaciones orales N° 30*. En *Gac. Sanit* 2002; 16 Supl 1:33-132.
19. Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Perfiles de salud en la adolescencia según género a partir del child health and illness profile adolescent edition (CHIP-AE). XX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Comunicaciones orales N° 34*. En *Gac. Sanit* 2002; 16 Sup 1:33-132.
20. Berra S, Estrada MD, Rajmil L, Borrell C, Rodríguez M, Serra-Sutton V et al. Perfiles de salud en la población infantil de Barcelona. XX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Comunicaciones orales N° 32*. En *Gac. Sanit* 2002; 16 Sup 1:33-132.
21. Jörngården A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006 (4):91.
22. Zullig K, Valois R, Wanzer Drane J. Adolescent distinction between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005 (3):64.
23. González de Dios J. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementarla en la toma de decisiones basadas en pruebas en pediatría. [Editorial]. *An Pediatr (Barc)* 2004;60 (6):507-13.
24. Burdine J, Felix MR, Abel AL, Wiltraut Ch, Musselman Y. The SF-12 as a population health measure: An exploratory examination of potential for application. *HSR: Health Services*

- Research 2000; 35 (4):885-904.
25. Fleishman JA, Cohen JW, Manning WG, Kosinski M. Using the SF-12 health status measure to improve predictions of medical expenditures. *Med Care* 2006; (S5):154-63.
 26. Secretaría Distrital de Educación Distrital. Informe técnico de la distribución de escolares según establecimiento y núcleo educativo, s/n. Barranquilla; 2006.
 27. Ferrer R, Palmer R, Burge S. The family contribution to health status: a population-level estimate. *Ann Fam Med* 2005; 3 (2):102-8.
 28. López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JC, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120 (15):568-73.
 29. Tseng HM, Rachel JF, Gandek B. Cultural issues in using the SF-36 health survey in Asia: results from Taiwan. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; (1):72-81.
 30. Jiang Y, Hesser JE. Association between health-related quality of life and demographics and health risk. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; (4): 14.
 31. Pickard A, Johnson A, Penn A, Lau F, Nosewothy T. Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. *Stroke* 1999; (30):1213-1217.
 32. Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, López-An-tequera G, Toyos FJ y Navarro-Sarabia F. Adaptación transcultural y validación de una versión en español de un instrumento específico para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con espondilitis anquilosante: el ASQol. *Reumatol. Clin* 2006;2(2):64-9.
 33. Palacio J, Madariaga C. Lazos predominantes en las redes sociales personales de desplazados por violencia política. *Investigación & Desarrollo* 2006;14(1):86-119.
 34. Presidencia de la República de Colombia. Consejería Presidencial para la Juventud. Encuesta Nacional de Jóvenes. IAM. Colombia Joven 2000. [citado febrero de 2007] Disponible en: <http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/encuestas/ENCUESTANACIONAL.pdf>
 35. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Colombia. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003. [citado julio de 2007] Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=35&id=32&Itemid=144