

Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas
rurales de Tucumán, Argentina (2015)

María Laura Cordero



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](http://ccp.ucr.ac.cr/revista/) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica



Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Tucumán, Argentina (2015)

Health- related quality of life of rural children in Tucumán, Argentina (2015)

María Laura Cordero¹

- **RESUMEN: Objetivo:** Este trabajo se propuso describir la calidad de vida relacionada con la salud de niños y niñas de contextos rurales en Tucumán (Argentina), detectando y profundizando en sus dimensiones más afectadas, e identificando diferencias según nivel económico, edad y sexo. **Métodos:** Durante el año 2015 se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal en 427 escolares de 8 a 12 años (Media: 9.56 Desvío Estándar: 1.12) de Simoca (Tucumán). Se aplicó el cuestionario internacional Kidscreen-52, que describe diez dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud. Se realizaron análisis univariados y bivariados. **Resultados:** Las dimensiones “Estado de ánimo” y “Aceptación social” presentaron las medias más bajas. Las mujeres puntuaron más alto al valorar el “Entorno escolar” y los varones, el “Bienestar físico”. Se encontraron diferencias según edad. Los escolares del estrato económico alto refirieron medias más elevadas en todas las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud al compararlos con sus pares de los estratos medio y bajo. **Conclusiones:** La salud percibida fue diferente según la edad, el sexo y el nivel económico. En el medio rural, la calidad de vida relacionada a la salud infantil encontró mayor compromiso de los “Estados de ánimo” y la “Aceptación social” (*bullying*). Los escolares rurales de Tucumán presentaron peor salud percibida que sus pares de otras regiones de Argentina.
- **Palabras Clave:** Calidad de vida relacionada a la salud- Población rural- Salud del niño- Argentina.
- **ABSTRACT: Objective:** The aim of this work was to describe the health-related quality of life of rural children in Tucumán (Argentina), detecting and deepening its most affected dimensions and identifying differences according to economic level, age and sex. **Methods:** During 2015 a quantitative, non-experimental, transverse study was performed in 427 schoolchildren from 8 to 12 years in Simoca (Tucumán). The international questionnaire Kidscreen-52 was applied; it describes ten dimensions of health-related quality of life. Univariate and bivariate analyzes were performed. **Results:** “Moods and emotions” and “Social acceptance” dimensions presented the lowest means. Girls scored higher when assessing “School environment”, while boys showed higher means in “Physical well-being”. Differences according to age were found. Children from the higher economic stratum reported superior means in all dimensions of health-related quality of life when compared to their peers from the middle and lower strata. **Conclusions:** Perceived health was different according to age, sex and economic level. In rural areas, the children's health-related quality of life found greater commitment to “Moods and emotions” and “Social acceptance” (*bullying*). Rural children from Tucumán related worse perceived health than their peers from other regions of Argentina.
- **Keywords:** related quality of life- Rural population- Child health- Argentina

Recibido: 11 Jul, 2018 | Corregido: 12 Sep, 2018 | Aprobado: 15 Oct, 2018

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES) CONICET-Universidad Nacional de Tucumán (UNT). ARGENTINA. lcordero@ises.org.ar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4311-0694>



1. Introducción

No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad que la forma en que trata a sus niños

Nelson Mandela

En América Latina, los primeros avances en la aproximación a la salud y bienestar infantil valoraron indicadores objetivos que, centrados en la enfermedad, describieron tasas de mortalidad, desnutrición, incidencia de enfermedades, etc. (Álvarez y Briceño, 2016). Durante la década de 1980, emergió el interés por estudiar el bienestar desde una mirada subjetiva, surgiendo el constructo de calidad de vida relacionada a la salud para dar cuenta de aspectos específicos de la calidad de vida que repercuten en la salud de las personas (Felce y Perry, 1993). De esta manera, se buscaba incorporar las perspectivas de las propias personas en el abordaje de su salud. Considerando la infancia, la calidad de vida relacionada a la salud permite dar cuenta del proceso de crecimiento y desarrollo y la forma en que los niños y las niñas adquieren capacidades y las expresan; así como también, la visión dinámica de que el estado de salud actual resulta de las condiciones pasadas y puede condicionar las circunstancias futuras (Álvarez y Briceño, 2016; Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, y Alonso, 2001).

Posteriormente, los postulados de la Convención de los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas) propusieron un nuevo encuadre para comprender el papel de la niñez en la sociedad. En esta nueva mirada, se reconoce a los niños y las niñas como actores sociales, se busca defender sus derechos y visibilizar la importancia de contemplar sus perspectivas en las cuestiones que los involucran (Organización de las Naciones Unidas, 2009; Sánchez Parga, 2004). Así, en las últimas décadas, las apreciaciones de la infancia empezaron a cobrar visibilidad en los estudios referidos a su salud.

En América Latina, las investigaciones referidas a la calidad de vida relacionada a la salud en población infantil han brindado aportes principalmente referidos a sus apreciaciones en contextos de enfermedad, o en poblaciones escolarizadas de núcleos urbanos. Así, los hallazgos en esta materia han permitido elucidar sus variaciones según la edad, el sexo, el momento del ciclo vital, el nivel económico y social y las instituciones educativas, entre otros aspectos (Cordero, Mamondi, Berra y Cesani, 2017; Güedes, Villagra Astudillo, Moya Morales, del Campo Vecino y Pires Júnior, 2014; Mamondi, 2011; Núñez Rojas *et al.*, 2010; Berra *et al.*, 2009; Urzúa, Cortes, Prieto, Vega y Tapia, 2009).

Por su parte, las limitadas e incipientes aproximaciones en poblaciones infantiles rurales han presentado resultados disímiles; por ejemplo, un estudio en Chile (Urzúa, Caqueo-Úrizar, Albornoz y Jara, 2013) no encontró diferencias sustanciales al comparar residentes escolares de una localidad urbana y una rural, mientras que el análisis de Cordero *et al.* (2017) en escolares argentinos urbanos y rurales identificó diferencias significativas en algunas dimensiones. En la singularidad de estas manifestaciones, subyacen no solo diferencias vinculadas a los criterios para definir la

ruralidad en cada contexto nacional, sino también a la heterogeneidad de realidades que se presentan en los espacios rurales, que resulta del particular entramado económico y social de sus pueblos (García Sanz, 2008).

Los escenarios rurales constituyen un ámbito de interés para el estudio de la salud, en general, y de la calidad de vida relacionada a la salud, en particular, dado que han sido reseñados como contextos de rezago, pobreza y desigualdad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2013; CEPAL, Organización Internacional del Trabajo [OIT], Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2012). Este marco no solo perjudica el desarrollo infantil, sino que agudiza su condición de vulnerabilidad (Montoya Aguilar, 2007).

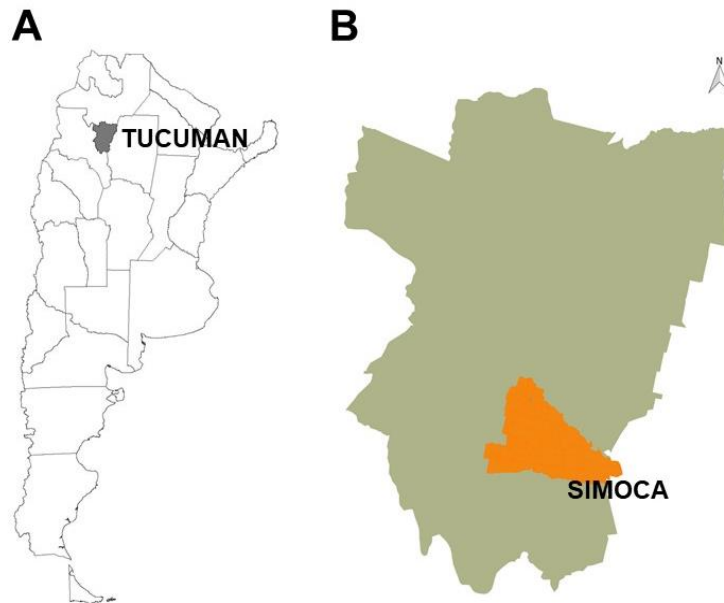
En Argentina, un país con profundas disparidades socioterritoriales, la situación más perjudicada la detentan las provincias del Norte Grande Argentino (Bolsi y Paolasso, 2009; Bolsi, Paolasso y Longhi, 2005). Si bien el territorio nacional presenta un 10 % de población rural, la macrorregión mencionada nuclea las provincias con mayor ruralidad y donde más del 40 % de sus habitantes son niños y niñas (Ministerio de Salud de la Argentina, Sociedad Argentina de Pediatría, Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente, y Canadian Institute of Child Health, 2009).

En esta región se encuentra la provincia de Tucumán, con una proporción de población rural que duplica a la media nacional. Sus 17 jurisdicciones evidencian un deterioro persistente en las condiciones de vida en el ámbito rural.

Simoca, el departamento seleccionado como área de estudio, constituye un territorio de rezago y pobreza estructural donde las tres cuartas partes de sus residentes habitan el campo, bajo condiciones de vida hostiles (Cordero, 2018; Garrido, 2017; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2010 y 2001) (Figura 1). En su extensión, Simoca registra una baja densidad poblacional (7 hab./Km²), que desciende hacia el sureste por la presencia de fuertes condicionantes socioambientales, tales como la baja aptitud de los suelos para la agricultura y ganadería, la recurrente inundabilidad y la limitada conectividad de los centros poblados, entre otros (Cordero, 2018; Cordero y Cesani, 2018; Garrido, 2017; Madariaga, 2006).

Figura 1

Ámbito de la investigación: Departamento Simoca, Provincia de Tucumán (Argentina) en el contexto nacional (A) y provincial (B) (2015).



Fuente: Elaboración personal con base en Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010).

En relación con lo expuesto, se sugiere como hipótesis de trabajo que las manifestaciones de la calidad de vida relacionada a la salud de la población infantil de Simoca constituyen un reflejo de sus condiciones de vida adversas. Las particularidades en sus diferentes dimensiones, especialmente aquellas más afectadas, permiten dar cuenta de los modos de vivir de la infancia en el campo tucumano, detectándose, además, diferencias vinculadas al nivel económico, la edad y el sexo de los niños y niñas. Teniendo en cuenta que el relato de la calidad de vida relacionada a la salud desde las propias condiciones de existencia, capacidades y funcionamiento que informa la población infantil colabora en su consideración como sujetos de derecho brindando información comprensiva sobre su salud, esta propuesta se interesó por: a) describir las manifestaciones de la calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas, detectando y profundizando en las dimensiones más afectadas; e b) identificar diferencias según sexo, edad y nivel económico.

Los resultados de este estudio aportarán información de valor sobre un grupo especialmente vulnerable, del cual, hasta el momento, no se dispone información en el contexto nacional y sus antecedentes, en el marco latinoamericano, son escasos. De

esta manera, este trabajo posibilitaría la valoración y toma de decisiones desde la promoción y prevención en salud pública en sectores históricamente postergados.



2. Antecedentes teóricos

En la actualidad, persiste la falta de consenso sobre la definición y los alcances del constructo *calidad de vida*; sin embargo, es reconocido su carácter multidimensional, dinámico, temporal y positivo (Escobar Ramírez y Fitch Osuna, 2013). Debido a su carácter integrador, en el ámbito de las ciencias sociales existen diversas líneas de estudio que proponen diferentes estrategias para su abordaje. Así es posible dar cuenta de estudios con enfoques cualitativos, que atienden a las experiencias subjetivas, desafíos y problemas de los individuos; y cuantitativos, los cuales buscan operacionalizar la calidad de vida y cuantificarla mediante la aproximación a indicadores (Dennis, Williams, Giangreco, y Cloninger, 1994). Además, es posible identificar encuadres sociales o públicos, que indagan en el bienestar de una comunidad, o privados, que analizan indicadores en la escala individual (Velázquez, 2001).

En los estudios individuales se valoran condiciones objetivas -o materiales- y/o subjetivas -o inmateriales-. Estas últimas implican la autopercepción de diferentes dimensiones. La perspectiva subjetiva de la calidad de vida refiere al bienestar en relación con valores, intereses y aspiraciones (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). Cada valoración se centra, en gran medida, en las propias vivencias, entornos y cultura. En esta suerte de autodiagnóstico están presentes recuerdos, asociaciones, lazos afectivos, ideologías y creencias, entre otros (Velázquez, 2001).

2.1. La calidad de vida en el ámbito de la salud

El concepto de la salud ha evolucionado en función procesos históricos, sociales, culturales y a lo largo del desarrollo de la humanidad ha tenido diversas significaciones. Así, ha trascendido desde un modelo estático hasta comprenderse como un proceso dinámico, que no solo involucra aspectos físicos, sino también psicológicos y sociales. En la actualidad, la salud es reconocida como un proceso que incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas; y permite a las personas adaptarse a su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades (Starfield, 2001). Este proceso se encuentra atravesado por situaciones que exceden lo biológico y que se vinculan con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en que la persona vive y los determinantes económicos de su propia realidad (Morales Calatayud, 1997).

De lo anteriormente expuesto se desprende que la salud es uno de los componentes principales de la calidad de vida (Emilfork, 2010), contribuyendo al grado de bienestar de una persona y, por extensión, de una población. De este modo, la calidad de vida

relacionada a la salud intenta medir el impacto de la salud y de la enfermedad en la calidad de vida.

Kaplan y Bush (1982) especifican el concepto de calidad de vida relacionado a la salud, circunscribiéndola a aquellos aspectos relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios. Los primeros acercamientos a su estudio se enfocaban en la evaluación de las limitaciones que el individuo manifestaba tener en diferentes áreas (biológicas, psicológicas y sociales) a consecuencia de una determinada enfermedad y/o accidente (Vinaccia Alpi y Quiceno, 2012); esto es así porque en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social (Schwartzmann, 2003). En este sentido, es importante considerar que la calidad de vida relacionada a la salud integra elementos tanto propios (físicos y mentales) como externos al individuo, que interactúan con él y pueden modificar su estado de salud (De Cunto, 2010).

Posteriormente, y desde una mirada multidimensional, la Organización Mundial de la Salud (1997) define la calidad de vida relacionada a la salud como la autopercepción sobre la posición que se tiene en la vida, en un sistema cultural y de valores, relacionado con: objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones personales. Esta mirada positiva, orientada a la satisfacción, amplía el campo de interés de este constructo hacia las condiciones de salud de las personas, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Se puede concluir que los estudios de calidad de vida relacionada a la salud forman parte de los estudios de calidad de vida individuales y subjetivos, indagando aspectos de la vida de las personas en contextos de salud o enfermedad.

2.2. La calidad de vida relacionada a la salud en la infancia

Si bien el estudio de la calidad de vida relacionada a la salud se inició en torno a las inquietudes ante la morbilidad en la tercera edad, actualmente se ha difundido a las diferentes etapas del ciclo vital, incluyendo la infancia. Esto responde a que la percepción de satisfacción se ve influida por aspectos ligados al momento de la vida, con repercusión en las necesidades, aspiraciones e ideales (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

En la infancia, se indagan, principalmente, dominios físicos, psicológicos y sociales. Además, se tiene en cuenta la habilidad para realizar actividades apropiadas al estadio de crecimiento y desarrollo (Rajmil *et al.*, 2001); estos dominios implican al concepto del desarrollo humano y se encuentran íntimamente relacionados y mutuamente influenciados.

Desde el punto de vista social, se considera importante la forma en que niños y niñas se relacionan e interaccionan con pares, amistades y familiares; también, el aislamiento, los obstáculos al deseo de relacionarse, y la exclusión o inclusión social (Quiceno y Vinaccia, 2013; Pane *et al.*, 2006). Aquellos prosociales suelen desempeñarse de manera adecuada en situaciones sociales, están relativamente libres

de emociones negativas y afrontan los problemas de manera constructiva (Papalía, Wendkos Olds, y Duskin Feldman, 2010).

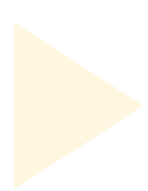
El dominio social indaga en las características del hogar y las personas que viven, dada su participación significativa en la vida de la mayoría de la población infantil (The KIDSCREEN Group Europe, 2006); además, el ambiente familiar también recibe las influencias contextuales vinculadas al trabajo de los padres, la posición socioeconómica, la urbanización, entre otras.

Por otra parte, el contacto con grupos de pares y amistades contribuye a generar sentido de pertenencia, aprender roles y reglas, desarrollar habilidades de liderazgo, comunicación y cooperación. Como contrapartida, el grupo puede reforzar las actitudes desfavorables hacia extraños o promover conductas antisociales (Papalía *et al.*, 2010).

La dimensión psicológica de la calidad de vida relacionada a la salud refiere a los sentimientos, las emociones, la percepción de sí mismo, las capacidades cognitivas y las conductas (Quiceno y Vinaccia, 2013; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). En la evolución cognoscitiva infantil participa el desarrollo neurológico y las experiencias de adaptación al ambiente, que implican al mundo físico definido por la cultura (Papalía *et al.*, 2010).

En consideración a los aspectos físicos, se explora la capacidad para realizar las actividades físicas de la vida diaria, los sentimientos relacionados con la percepción subjetiva de la salud física y las sensaciones corporales; la energía y la vitalidad; así como la percepción general de la salud. La importancia de los aspectos físicos se fundamenta en su colaboración a la maduración, al desarrollo de las habilidades motoras y su contribución al mantenimiento de la salud a partir de la regulación del peso, reducción de la presión sanguínea, funcionamiento cardiorrespiratorio, entre otros (Quiceno y Vinaccia, 2013; Papalía *et al.*, 2010; Bueno y Sarría, 1988).

En relación con lo expuesto, se entiende por calidad de vida relacionada con la salud en la infancia a la valoración que tienen las niñas y los niños respecto a su funcionamiento físico, psicológico y social, de acuerdo con su desarrollo evolutivo, sus diferencias individuales y su contexto sociocultural (Quiceno y Vinaccia, 2013).



3. Metodología

3.1. Participantes

Durante el año 2015 se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal en 427 niños y niñas, con edades entre 8 y 12 años, residentes en localidades rurales del Departamento Simoca, Tucumán, Argentina. Se trabajó con una muestra intencional que, considerando el rango etario propuesto, representó al 20 % y al 27 % de la población infantil urbana y rural, respectivamente (INDEC, 2010). Según datos del

Misterio de Educación, la muestra involucró al 28 % de la matrícula escolar rural (Ministerio de Educación Gobierno de Tucumán, 2016).

En la Tabla 1 se advierte que el 54,09 % (n= 231) de los escolares perteneció al sexo masculino y que la distribución según edad presentó mayor prevalencia de aquellos entre 10 a 11 años y 11 a 12 años, que constituyeron el 27,87 % y 26,23 % de la muestra, respectivamente (Media Edad: 9,56 Desvío Estándar: 1,12). En cuanto al indicador de NE, se encontró mayor participación del estrato bajo; representando el 76,11 % de los escolares.

Tabla 1

Composición de la muestra de niñas y niños rurales según sexo, edad y nivel económico (NE) (n=427), Tucumán, Argentina (2015)

Variables	Categorías	Total n (%)
Sexo	<i>Masculino</i>	231 (54,09)
	<i>Femenino</i>	196 (45,90)
Edad	<i>8 a 9 años</i>	104 (24,36)
	<i>9 a 10 años</i>	92 (21,55)
	<i>10 a 11 años</i>	119 (27,87)
	<i>11 a 12 años</i>	112 (26,23)
NE	<i>Bajo</i>	325 (76,11)
	<i>Medio</i>	80 (18,73)
	<i>Alto</i>	22 (5,15)

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Se excluyeron los casos que, al momento del relevamiento, presentaron enfermedad crónica o aguda, indicación medicamentosa, no contaron con la autorización escrita de padres o tutores y aquellos que expresamente rehusaron participar. También se eliminaron encuestas con información dudosa o incompleta y correspondientes a niñas o niños con residencia en localidades pertenecientes a otros departamentos de la provincia o localidades que no fueran consideradas rurales por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Según el criterio propuesto por este organismo, se consideran rurales aquellas localidades cuya población es inferior a 2000 habitantes.

3.2. Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se aplicaron los siguientes instrumentos: el cuestionario KIDSCREEN-52 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) y la Family Affluence Scale (Currie, Molcho, Boyce y Holstein, 2008). En seguida se explica cada uno de ellos

El cuestionario KIDSCREEN-52 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) permitió recolectar la variable calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Se empleó la versión infantil del cuestionario adaptado y validado para la población argentina (Berra, Tebé, Esandi y Carignano, 2013). Se trata de un instrumento de 52 ítems que informa sobre diez dimensiones que involucran aspectos físicos, psicológicos y sociales. Dichos ítems han resultado de un exhaustivo proceso de selección mediante el trabajo en grupos focales con niños y niñas, de manera que las percepciones de la calidad de vida relacionada a la salud son el resultado de los discursos de sus propios protagonistas. Cada interrogante presenta una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones, que evalúa frecuencia o intensidad con un período recordatorio de una semana (*siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca o nada, un poco, moderadamente mucho o muchísimo*, según el tipo de dimensión). Se asignan puntajes a cada respuesta ofrecida; las puntuaciones de las respuestas a la escala Likert se promedian por dimensión y se transforman a valores Rasch, con una media (M) de 50 y una desviación estándar (DE) de 10. Puntajes mayores a 60 (M+ 1DE) indican una mejor salud percibida, en tanto que los valores menores a 40 (M- 1DE) informan sobre su compromiso (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Por su parte, la Family Affluence Scale (Currie *et al.*, 2008) posibilitó la aproximación al nivel económico (NE). Resulta un instrumento adecuado porque presenta un bajo porcentaje de respuestas perdidas y posibilita el autoinforme infantil de aspectos económicos. Se integra de cuatro preguntas sobre condiciones materiales del hogar de residencia: presencia y número de automóviles y computadoras, existencia de habitación propia e individual y el haber salido de vacaciones con la familia en los últimos doce meses. El nivel económico se describe a través de un puntaje, categorizado como: nivel bajo (puntaje 0-3), intermedio (puntaje 4-5) y alto (puntaje 6-7).

3.3. Procedimientos

La investigación se llevó a cabo en las instituciones educativas públicas, previa gestión de los correspondientes permisos en la Dirección de Educación Primaria del Ministerio de Educación de Tucumán.

Los datos primarios fueron obtenidos según recomendaciones nacionales e internacionales en investigación humana. La información relevada y la metodología utilizada no incluyeron la identificación individual de la población en estudio, garantizándose el cumplimiento del secreto estadístico. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud del Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán y evaluado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

La administración de los instrumentos fue guiada por la investigadora de acuerdo con las recomendaciones sugeridas (Currie *et al.*, 2008; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). La presentación del cuestionario tuvo una duración de cinco minutos, mientras que los participantes lo completaron en un rango entre 20 a 60 minutos. El llenado de las encuestas implicó más tiempo y requirió asistencia entre los escolares más pequeños (8 y 9 años) y con dificultades de lectoescritura; en estos casos la administración fue guiada por la autora. Por otra parte, las variables edad y sexo se obtuvieron del Documento Nacional de Identidad de cada participante.

El procesamiento estadístico se realizó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]) versión 25.0, en una base de datos diseñada *ad-hoc*. Se realizaron análisis univariados y bivariados. Para identificar las asociaciones entre CVRS y el sexo se estimó la diferencia de medias estandarizadas, aplicando el T-test. En el caso de las variables edad y NE se realizó un análisis de las varianzas (ANOVA), acompañado del test de comparación múltiple DMS (diferencia menos significativa) para la identificación de diferencias específicas entre los grupos. En todos los casos, se utilizó como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

4. Resultados

La Tabla 2 evidencia que, si bien todas las dimensiones se encontraron entre el rango de valores considerados normales (50 ± 10 DE), las medias más elevadas se detectaron en las dimensiones *Entorno Escolar* (M: 59,96) y el *Bienestar Psicológico* (M: 55,72), mientras que las más bajas involucraron al *Estado de Ánimo* (M: 43,64) y la *Aceptación Social* (M: 42,33).

Tabla 2

Dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud y su descripción, valores promedio (M) y desvío estándar (DE) en niñas y niños rurales de Tucumán, Argentina (n=427) (2015)

Dimensiones	Descripción	M	DE
Bienestar Físico	Considera niveles de actividad física. Un bajo puntaje indica cansancio y falta de energía.	48,91	9,47
Bienestar Psicológico	Describe la frecuencia de sentimientos positivos como la felicidad y alegría. Puntuaciones bajas indican insatisfacción.	55,72	9,27

Continúa...

Estado de ánimo	abarca experiencias negativas, ánimo depresivo y estrés. Puntajes bajos indican que se siente deprimido e infeliz.	43,64	10,65
Autopercepción	busca reflejar el valor que se asigna a sí mismo. Puntajes bajos indican una imagen corporal negativa, autorechazo, baja autoestima.	51,62	10,23
Autonomía	Recoge las oportunidades de crear y disponer de su tiempo de ocio y social. Puntuaciones bajas indican que se siente limitado, oprimido.	51,02	10,75
Relación con los padres y vida familiar	Refiere a la calidad de la interacción y sentimientos entre el niño y sus padres. Un bajo puntaje implica que se siente solo, que sus padres no están disponibles.	51,73	9,90
Amigos y apoyo social	Involucra calidad de la interacción y el apoyo percibido por otros niños. Puntuaciones bajas indican que se siente excluido, no aceptado.	52,39	10,60
Entorno escolar	Explora la percepción de su capacidad cognitiva y sentimientos hacia la escuela. Una puntuación baja indica que le desagrada la escuela y/o los maestros.	59,96	11,01
Aceptación Social	Recoge los sentimientos de rechazo por parte de sus pares (bullying). Un bajo puntaje señala que se siente acosado, rechazado.	42,33	12,85
Recursos Económicos	Describe si el niño siente que tiene suficientes recursos que le permitan un estilo de vida semejante al de otros niños y puede hacer cosas junto a sus pares. Puntuaciones bajas indican que los aspectos económicos lo limitan.	45,80	9,12

Fuente: Elaboración propia, 2015 y Grupo KIDSCREEN, 2006.

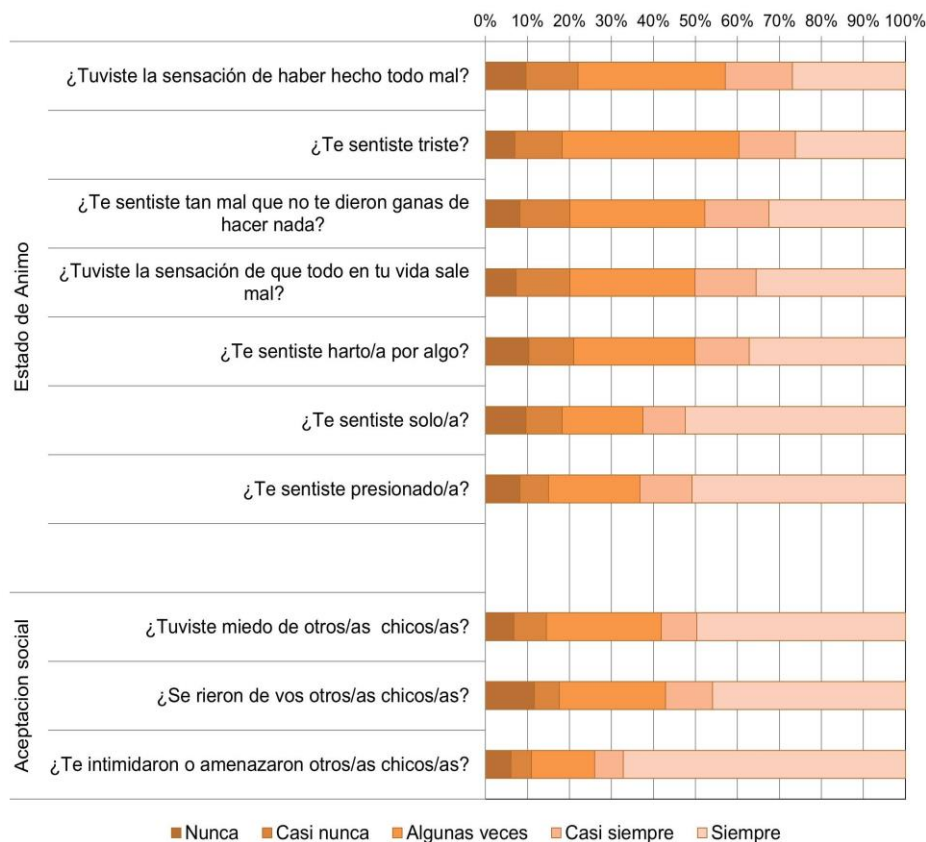
Dado que se buscó profundizar en las dimensiones con las percepciones más perjudicadas, la Figura 2 describe la distribución de frecuencias para los interrogantes

correspondientes a aquellos dominios que reportaron las puntuaciones medias más desfavorables. Con relación a los estados anímicos bajos, más de la mitad de niños y niñas refirieron sentirse presionados/as (50,82%) y solos/as (52,46%). En el dominio *Aceptación Social*, es destacable que el 67,21% reportó situaciones de amenaza y el 49,65% sintió miedo de sus pares.

Figura 2

Distribución de frecuencias para interrogantes de dimensiones Estado de Ánimo y Aceptación Social de niños rurales de Tucumán, Argentina, 2015

(n=427)

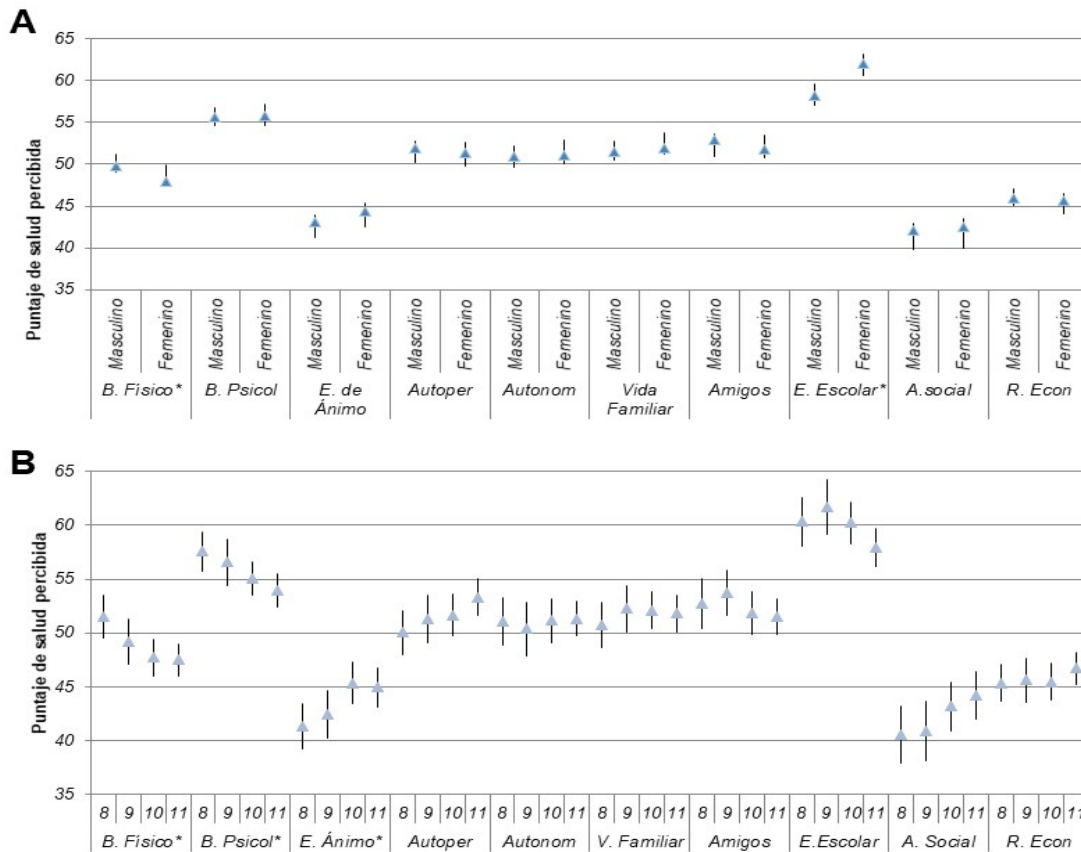


Fuente: Elaboración propia, 2015.

En el análisis de la CVRS discretizada según sexo, los varones reportaron puntuaciones más bajas en seis de las diez dimensiones. Se encontraron diferencias significativas en el *Bienestar Físico*, donde los puntajes de los varones fueron superiores (M mujeres: 47,88 vs M varones: 49,78, p: 0,04), mientras que, en el caso del *Entorno Escolar*, las mujeres puntuaron más alto (M mujeres: 62,07 vs M varones: 58,16, p: 0,01) (Figura 3).

Figura 3:

Dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud según sexo (A) y edad (B) en niños y niñas rurales de Tucumán, Argentina, 2015 (n=427)



Nota: B. Físico: Bienestar Físico, B. Psicol: Bienestar Psicológico, E. Ánimo: Estado de Ánimo, Autoper: Autopercepción, Autonom: Autonomía, V. Familiar: Relación con los Padres y Vida Familiar, Amigos: Amigos y Apoyo Social, E. Escolar: Entorno Escolar, A. Social: Aceptación Social, Rec. Econ: Recursos Económicos.

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

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Respecto a la edad, se detectaron diferencias sustanciales en las percepciones de niñas y niños de 8 a 9 años con respecto a sus pares de 11 a 12 años, en cuanto a los dominios *Bienestar Físico* (M: 51,53 vs M: 47,50, p: 0,01), *Bienestar Psicológico* (M: 57,55 vs M: 53,98, p: 0,01), y *Estado de Ánimo* (M: 41,34 vs M: 44,94, p: 0,01). También se identificaron diferencias significativas entre escolares de 8 a 9 y 10 a 11 años en *Bienestar Físico* (M: 51,53 vs M: 47,70, p: 0,01) y *Estado de Ánimo* (M: 41,34 vs M: 45,35, p: 0,01) (Figura 3).

Finalmente, al comparar según el NE, en las dimensiones *Autonomía* y *Relación con los Padres y Vida Familiar*, los escolares del estrato alto registraron medias significativamente más elevadas respecto de sus pares de los estratos medio y bajo (Tabla 3).

Tabla 3

Análisis de las varianzas para las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud según el estrato económico (NE) de niñas y niños rurales de Tucumán, Argentina, 2015.
(n=427)

Dimensiones	NE	M	DE	DM	IC 95%		ANOVA (p)
					LI	LS	
Bienestar físico	Alto	51,26	8,80		47,36	55,16	
	Medio	49,27	10,38	1,99	46,96	51,58	0,38
	Bajo	48,66	9,28	2,60	47,65	49,68	0,21
Bienestar psicológico	Alto	57,08	8,94		53,11	61,04	
	Medio	54,60	10,27	2,48	52,31	56,88	0,27
	Bajo	55,90	9,04	1,17	54,92	56,89	0,57
Estado de ánimo	Alto	43,87	12,09		38,51	49,23	
	Medio	43,88	9,73	0,00	41,71	46,04	0,90
	Bajo	43,56	10,79	0,31	42,39	44,74	1,00
Autopercepción	Alto	53,56	10,58		48,87	58,25	
	Medio	53,48	9,76	0,08	51,31	55,66	0,98
	Bajo	51,03	10,28	2,53	49,91	52,15	0,26
Autonomía	Alto	56,38	10,44		51,76	61,01	

Continúa...

	Medio	49,95	10,26	6,44	47,67	52,23	0,01
	Bajo	50,91	10,82	5,47	49,73	52,09	0,02
Relación con los padres y vida familiar	Alto	56,23	8,94		52,27	60,19	
	Medio	49,99	8,45	6,24	48,11	51,87	0,01
	Bajo	51,85	10,21	4,38	50,74	52,97	0,04
Amigo y apoyo social	Alto	55,78	12,10		50,42	61,14	
	Medio	51,80	10,34	3,98	49,50	54,10	0,12
	Bajo	52,30	10,55	3,48	51,15	53,45	0,14
Entorno escolar	Alto	63,67	12,12		58,29	69,04	
	Medio	58,90	10,31	4,76	56,61	61,20	0,07
	Bajo	59,96	11,07	3,70	58,76	61,17	0,13
Aceptación social	Alto	39,24	13,66		33,18	45,30	
	Medio	42,85	12,53	-3,61	40,06	45,64	0,24
	Bajo	42,41	12,89	-3,17	41,01	43,82	0,26
Recursos económicos	Alto	45,62	9,31		43,04	48,72	
	Medio	46,54	9,05	-0,65	44,52	48,55	0,77
	Bajo	45,62	9,31	0,27	44,60	46,63	0,89

Fuente: Elaboración propia, 2015.

5. Discusión

Tradicionalmente, el estudio de la infancia se ha realizado desde un enfoque adultocéntrico, entendiéndola en términos de *transición hacia* y valiosa por lo que será

en el futuro (Quiceno y Vinaccia, 2013; Urzúa *et al.*, 2013; Casas, 1992). Miradas tendientes a una visión más inclusiva de la sociedad y la cultura comprenden que los estudios sobre niños y niñas refieren a una categoría social permanente, una etapa vital autónoma que resulta constitutiva de la estructura de una sociedad, que presenta variaciones históricas y culturales que involucran mandatos, pautas y normas de conducta relacionadas al *modo de ser niña/o* en un momento concreto (Gaitán, 2007).

En este marco, los estudios de calidad de vida relacionada a la salud han cobrado relevancia, dado que los propios niños y niñas son protagonistas de su historia y capaces de describir sus necesidades a partir de sus modos de aprehender el contexto del que son parte (Urzúa *et al.*, 2013). Considerando que los espacios rurales tradicionales presentan significados y valores inseparables de la experiencia, formas de pensar y sentir de sus habitantes (Cuevas Farfán, 2014), este trabajo aproximó a la calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Simoca, Tucumán (Argentina), entendiendo que el contexto de crecimiento influye en el estado de salud, el desarrollo y la calidad de vida en general (Ministerio de Salud de la Argentina *et al.*, 2009).

El presente trabajo encontró que las peores apreciaciones involucraron a los estados anímicos, hallándose un importante porcentaje de escolares rurales con sentimientos de tristeza, soledad, desánimo, entre otras emociones. Al respecto, se ha señalado que experimentar sentimientos de soledad en áreas rurales se vincularía a aspectos medioambientales como el entorno extenso, la poca vegetación, la baja densidad poblacional, la limitada conectividad, la infraestructura de servicios y los medios de transporte (Cuevas Farfán, 2014).

Sumado a esto, en el área estudiada reside un campesinado numeroso en condiciones de pobreza estructural y precariedad laboral. Las estadísticas nacionales indican que en el ámbito analizado el 73 % presenta necesidades básicas insatisfechas, en el 10 % de los hogares se vive en condiciones de hacinamiento crítico y en el 99 % de las viviendas, las instalaciones para el saneamiento básico (agua, baño y desagüe) son insatisfactorias (INDEC, 2010). Además, el campo simoqueño reúne pequeños productores agrícolas con profundas dificultades en su actividad económica como resultado de la excesiva fragmentación de los terrenos. Se trata, principalmente, de minifundios cañeros de baja rentabilidad, que apenas posibilitan economías de subsistencia y en donde se cultiva para el autoconsumo o trueque en ferias (Garrido, 2017). Dado que la actividad agrícola se extiende durante la mitad del año (cultivo de caña de azúcar principalmente), son necesarios ingresos extra-prediales para el sustento de las familias, lo que genera dinámicas migratorias que implican la ausencia de los adultos (Cordero, 2018).

En la familia, las migraciones implican el ajuste de factores emocionales, económicos y de apoyo cotidiano en búsqueda de la supervivencia ante condiciones de vida críticas (Gaitán, 2007). La pérdida o ausencia de las madres y/o los padres impacta especialmente en sus hijos e hijas produciendo estados anímicos bajos, sentimientos de soledad, tristeza y presión social, entre otros (Cuervo Martínez e Izzedin Bouquet, 2007). En este sentido, este trabajo advierte sobre la necesidad de atender la salud mental de la infancia, especialmente entre las familias en situación de vulnerabilidad en

áreas rurales; en tanto estrategia promotora de un adecuado desarrollo socioafectivo y preventiva de cuadros clínicos negativos en etapas posteriores del ciclo vital.

El acoso en la etapa escolar (*bullying*) implica una conducta repetitiva que se presenta entre pares y que busca dañar o incomodar intencionalmente (Olweus, 2013). Compromete en grado variable la salud mental, promoviendo desinterés por la escuela, menor rendimiento académico e inclusive, deserción escolar (Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín, 2015). Si bien se ha postulado que la violencia -en general- y la mayor ocurrencia e intensidad del acoso escolar -en particular- constituyen fenómenos vinculados a las peculiaridades del mundo urbano (densidad poblacional, anonimato, heterogeneidad, entre otras) (Román y Murillo, 2011; Bradshaw, Sawyer, O'Brennan, 2009; Chaux, Molano, Podlesky, 2009), en este trabajo se detectó que las situaciones de intimidación, amenaza y burla afectaron a una importante proporción de la población participante.

Las diferencias entre varones y mujeres se detectaron en dos dimensiones: los niños expresaron mejor bienestar físico, mientras que las niñas presentaron apreciaciones más saludables de su entorno escolar. Este hallazgo es coincidente con lo reportado por Urzúa *et al.* (2009) y es posible de comprender en tanto aspecto evolutivo de la infancia, donde los modos de socialización de los varones implican las actividades físicas como el juego y los deportes, mientras que las niñas presentan mejor desempeño en las actividades escolares (Cordero *et al.*, 2017; Urzúa *et al.*, 2009).

No obstante, en este estudio no se ha manifestado el mencionado *efecto del género* en las apreciaciones de la calidad de vida relacionada a la salud infantil, señalado por otras personas autoras que encontraron situaciones más perjudicadas entre las mujeres (Güedes *et al.*, 2014; Mamondi, 2011; Bisegger, Cloetta, von Bisegger, Abel y Ravens-Sieberer, 2009; Vélez Galárraga, López Aguilà y Rajmil, 2009). Al respecto, la revisión de estudios sugiere que estas desigualdades se evidenciarían a partir de los 12 años con los cambios asociados a la pubertad.

Por otra parte, si bien se ha indicado un deterioro en la calidad de vida relacionada a la salud a medida que avanza la edad (Quiceno y Vinaccia, 2013; Urzúa *et al.*, 2013; Mamondi, 2011; Berra *et al.*, 2009; Urzúa *et al.*, 2009; Vélez Galárraga *et al.*, 2009) en este estudio no se observó esta tendencia. Por el contrario, la dimensión anímica reportó sus peores magnitudes entre los escolares más pequeños. Esto podría vincularse a la mayor dependencia y menor madurez emocional que presentan los niños y las niñas más pequeños, en articulación con las condiciones de vida de la familia rural ya reseñadas.

Respecto al nivel económico, que en el estrato bajo se indicaran las peores apreciaciones evidenciaría los efectos de la pobreza en el bienestar infantil. La inequidad creada por un ingreso familiar insuficiente afecta el desarrollo cognitivo, físico y social y la calidad de vida de la infancia (Rajmil, Díez y Peiró, 2010). En este sentido, y tal como se ha podido verificar al recorrer algunos indicadores de condiciones de vida de la ruralia en Simoca, las situaciones de pobreza se asocian a infraconsumo, precarias condiciones de vivienda, condiciones sanitarias deficitarias y una ausencia de inserción o inserción inestable en el aparato productivo, entre otros factores (Krapovickas y Longhi, 2013). Estos aspectos traen aparejadas consecuencias

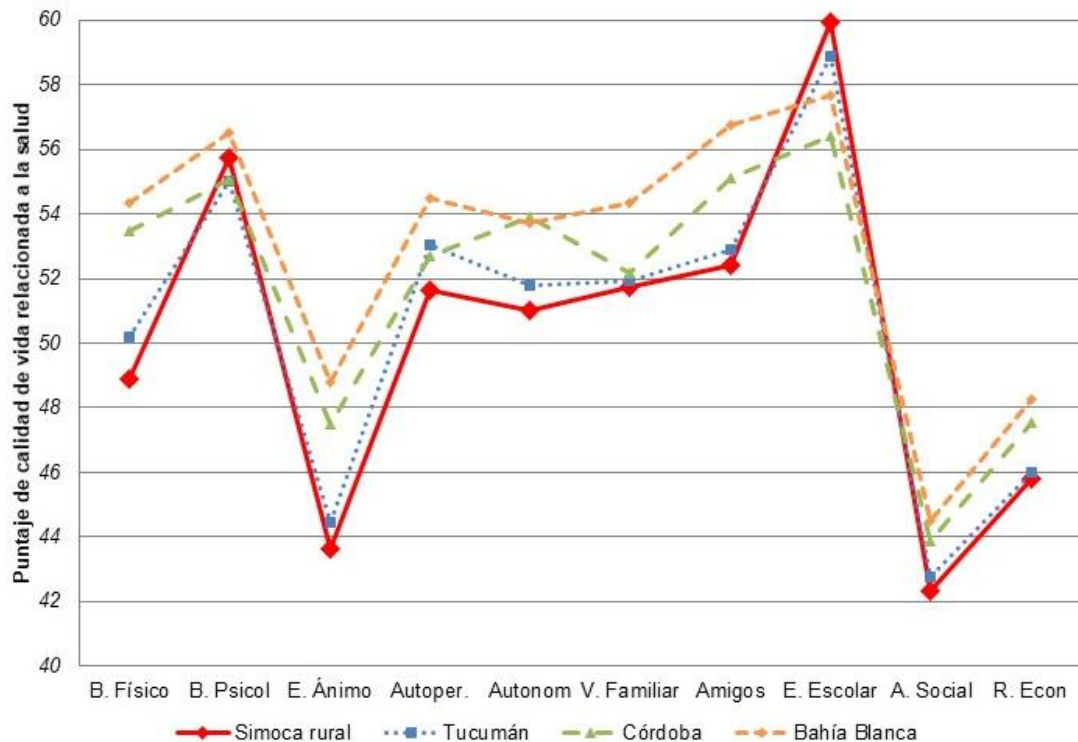
psicológicas, tales como disminución de autoestima, desaliento, depresión y el impacto en los lazos familiares y sociales producto de la no participación del modo de vida material y cultural dominante (Krapovickas y Longhi, 2013).

Tal como afirman otras investigaciones (Quintero, Lugo, García y Sánchez, 2011; Mamondi, 2011; Berra *et al.*, 2009; Aymerich *et al.*; 2005), las niñas y los niños del estrato alto describieron percepciones más saludables que sus pares de los estratos medios y bajo, con la particularidad de que, en este trabajo, los participantes de mejor condición económica expresaron mayor independencia y mejores oportunidades de disponer de su tiempo libre (dimensión autonomía) y percibieron mayor satisfacción con su vida familiar. Esto podría vincularse a que las familias menos favorecidas implementan estrategias de supervivencia que procuran generar ingresos económicos y colaborar a la manutención de la familia. Muchas veces, estas estrategias implican la participación infantil en las actividades domésticas y de mercado. La situación de trabajo ejerce un impacto negativo en la infancia, comprometiendo el desarrollo físico y psíquico, y afectando el acceso a la educación, el desarrollo de capacidades y la construcción de un futuro digno (Ministerio de Salud de la Argentina *et al.*, 2009). Por otra parte, la incorporación a las tareas en el campo puede exponerlos a perjuicios derivados del manejo de animales o maquinarias.

Finalmente, los niños y las niñas rurales de este estudio manifestaron la peor calidad de vida relacionada a la salud al compararlos con los antecedentes disponibles en la escala nacional. Las apreciaciones de su calidad de vida relacionada a la salud fueron las más perjudicadas en ocho componentes respecto a lo informado por escolares de Bahía Blanca, Córdoba y Tucumán (Cordero *et al.*, 2017; Mamondi, 2011; Berra *et al.*, 2009) (Figura 4). Se detectó una brecha promedio de 3.5 puntos entre la niñez rural y la literatura consultada. Teniendo en consideración las limitaciones de este contraste, fundamentalmente derivadas del sesgo urbano de los antecedentes, se podría afirmar que la calidad de vida relacionada a la salud en el medio rural constituiría una nueva manifestación del rezago experimentado en estos sectores.

Figura 4

Puntuaciones medias de las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud en niñas y niños rurales de Tucumán (2015) y antecedentes nacionales.



Fuente: Elaboración propia y antecedentes nacionales (Cordero, Mamondi, Berra y Cesani, 2017; Mamondi, 2011; Núñez Rojas *et al.*, 2010; Berra *et al.*, 2009)

La construcción de lo rural involucra morfologías, paisajes, tamaño de localidades, y también costumbres, sentimientos, pensamientos, comportamientos o conductas de quienes los habitan (Paniagua, 2004). Entendiendo que la Región de las Américas ha sido señalada como un territorio de grandes desigualdades, donde el panorama más desalentador se ubica en los escenarios rurales (CEPAL, 2013), se considera que este trabajo aporta a la comprensión de un fenómeno de reciente estudio, visibilizando la situación de un grupo vulnerable que requiere de cuidados específicos. Más aun si se tiene en cuenta que el 67 % de los residentes rurales de Simoca carece de cobertura en salud, mientras que datos del sistema de salud evidencian la disponibilidad de un centro de atención primaria para 3860 habitantes y cada 158 km² (Ministerio de Salud Pública de Tucumán, 2018). En este sentido, el trabajo contribuye a enriquecer el acervo de conocimiento científico en el campo de estudio de la niñez y calidad de vida rural, en general; de este modo, realiza un aporte novedoso en materia de calidad de vida relacionada a la salud, en particular.

A la luz de los resultados encontrados, y atendiendo a que las experiencias perceptivas vinculan a las personas con los lugares que habitan, se considera pertinente profundizar

en esta línea de estudio, especialmente desde enfoques cualitativos que enriquezcan las dimensiones analizadas. Además, el monitoreo de la calidad de vida relacionada a la salud contribuiría a definir y priorizar políticas públicas que involucren a la infancia rural, desde una perspectiva de promoción sanitaria. En este sentido, se coincide con Quiceno y Vinaccia (2013), proponiéndose a la valoración de la calidad de vida relacionada a la salud como un componente necesario para el monitoreo del ciclo evolutivo infantil, en tanto herramienta que permitiría la adecuación de las políticas y programas de salud al contexto rural desde la mirada de las necesidades sentidas por sus propias comunidades.

Entre las limitaciones de este trabajo, se puede mencionar a aquellas que repercutieron en la constitución de la muestra: la accesibilidad geográfica y los limitados recursos. Por otra parte, se destaca como fortaleza el abordaje de la calidad de vida relacionada a la salud mediante un instrumento internacional, adaptado y validado para su uso en el territorio nacional y en el contexto latinoamericano (Cordero *et al.*, 2017; Güedes *et al.*, 2014; Urzúa *et al.*, 2013; Mamondi, 2011; Núñez Rojas *et al.*, 2010; Berra *et al.*, 2009; Quintero *et al.*, 2011; Urzúa *et al.*, 2009), posibilitando el contraste internacional.



6. Conclusiones

En Argentina, Tucumán constituye una provincia con un importante porcentaje de población rural. Este sector evidencia condiciones de vida desfavorables respecto a los ámbitos urbanos. El ámbito rural abordado en este estudio se destaca por presentar indicadores que permiten caracterizarlo como un escenario de rezago y pobreza estructural, lo que implica consecuencias desfavorables para el desarrollo infantil y agudiza su condición de vulnerabilidad.

Los resultados de este estudio permiten afirmar que la calidad de vida relacionada a la salud la población infantil rural de Simoca constituye un reflejo de sus condiciones de vida adversas. En tal sentido, las particularidades halladas en las diferentes dimensiones, especialmente entre las más afectadas como los estados anímicos bajos y la aceptación social encuentran su correlato en los modos de vivir de la infancia en el campo tucumano. Asimismo, y tal como lo documentan otros estudios, se encontraron diferencias relacionadas a la edad, el sexo y el nivel económico de la población infantil estudiada.

La calidad de vida relacionada a la salud infantil constituiría una nueva manifestación del rezago experimentado en los sectores rurales de Argentina, por cuanto los resultados de este trabajo fueron claramente inferiores a los reportados por otras poblaciones en el territorio nacional. Estos hallazgos abren líneas de trabajo sobre la temática, siendo necesario profundizar a partir de enfoques cualitativos en las causas que subyacen en las manifestaciones de la calidad de vida relacionada a la salud de la infancia rural tucumana. Por otra parte, visibilizan la situación de un grupo vulnerable que requiere de cuidados específicos, enriqueciendo el acervo de conocimiento científico en el campo de estudio de la niñez y calidad de vida rural, en general, y

realizando un aporte novedoso en materia de calidad de vida relacionada a la salud infantil, en particular.



7. Referencias

- Álvarez, V. y Briceño, A.M. (2016). Calidad de Vida, Bienestar y Felicidad en Niños y Adolescentes: una aproximación conceptual. *Rev. Chil. Psiquiatr*, 27(1), 61-71.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U. y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93-102.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Díaz, M., Rajmil, L. y Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch. argent. Pediatr.*, 107(4), 307-314.
- Berra, S., Tebé, C., Esandi, M. y Carignano, C. (2013). 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*, 111(1), 29-36.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T. y Ravens-Sieberer, U. (2009). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-und Präventivmedizin*, 50(5), 281-291.
- Bolsi, A., Paolasso, P. (2009). *Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino*. Tucumán, Argentina: Autor.
- Bolsi, A., Paolasso, P. y Longhi, F. (2005). El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza. *Población & sociedad*, 12(13), 227-283. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3265481.pdf>

- Bradshaw, C. P., Sawyer, A. L. y O'Brennan, L. M. (2009). A Social Disorganization Perspective on Bullying-Related Attitudes and Behaviors: The Influence of School Context. *Am J Community Psychol*, 43(1), 204–220.
- Bueno, M. y Sarría, A. (1988). *Datos de una encuesta nutricional en escolares españoles*. Madrid, España: Proyecto Universitario.
- Casas, F. (1992). Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 53(1), 27-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2945422>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). *Políticas de mercado de trabajo y pobreza rural en América Latina. Tomo II*. Roma, Italia: FAO.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Pobreza Infantil en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Organización de las Naciones Unidas.
- Chaux, E., Molano A. y Podlesky, P. (2009). Socio-economic, SocioPolitical and Socio-Emotional Variables Explaining School Bullying: a Country-Wide Multilevel Analysis. *Aggressive Behavior*, 35(1), 520-529.
- Cordero, M. L. (2018). *Calidad de vida y estado nutricional: sus manifestaciones en escolares de ámbitos urbanos y rurales de Tucumán*. (Tesis doctoral inédita)., Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina.
- Cordero, M. L. y Cesani, M. F. (2018). Fragmentación territorial, condiciones de vida y estado nutricional infantil: un análisis antropométrico en niños urbanos y rurales de Tucumán. En Paolasso P., Longhi F. y Velázquez, G. (Eds.), *Desigualdades y fragmentación territorial en la Argentina durante la primera década del siglo XXI* (pp. 1-24). Tucumán, Argentina: Imago Mundi.
- Cordero, M.L., Mamondi, V., Berra, S. y Cesani, M.F. (2017). Salud percibida y su relación con factores macrosociales e individuales en niños de dos departamentos de Tucumán, Argentina. *Arch. Argent. Pediatr*, 115(3), 415-423.

Cuervo Martínez, A. e Izzedin Bouquet, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35–47.

Cuevas Farfán, M. (2014). *Construcción del espacio rural: una mirada a la experiencia perceptiva de niños y adolescentes*. Bogotá, Colombia: Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado de <http://repository.pedagogica.edu.co/handle/20.500.12209/1189>

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W. y Holstein, B. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436.

De Cunto, C. (2010). ¿Qué es la calidad de vida relacionada con la salud? *Conexión Pediátrica*, 1(1), 1-3.

Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M. y Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25(155), 5-18.

Emilfork, M. (2010). Calidad de vida relacionada con salud. *Acta Med*, 4(2), 107-113.

Escobar Ramírez, A. y Fitch Osuna, J. M. (2013). Revisión teórica y medida del concepto calidad de vida. *Arquitectura. Ciudad y Entorno*, 22(6), 99-122.

Felce, D. y Perry J. (1993). *Quality of life: A contribution to its definition and measurement*. Cardiff, Gales: Mental Handicap in Wales, Applied Research Unit University of Wales College of Medicine.

Gaitán, L. (2007). *Los niños como actores en los procesos migratorios*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.

García Sanz, B. (2008). Agricultura y vida rural. *Mediterráneo Económico*, 14, 55-70. Recuperado de <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/14/14-234.pdf>

Garrido, B. (2017). *Historia del municipio de Simoca*. Tucumán, Argentina: Imago Mundi.

Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. N. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Investigación sobre Discapacidad en el INICO*. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Güedes, G. D., Villagra Astudillo, H., Moya Morales, J., del Campo Vecino, J. y Pires Júnior, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(1), 46-52. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n1/46-52/>

Hidalgo-Rasmussen, C. y Hidalgo-San Martín, A. (2015). Violencia e inseguridad contextual percibida y roles en bullying en escolares mexicanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 767-779.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Recuperado de https://redatam.indec.gov.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2001ARG&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.71207891.2122703303.1522422391-368876792.1516706177

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&_ga=2.102684225.1512229103.1517404304-368876792.1516706177

Kaplan, R. M., y Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61-80.

Krapovickas, J. y Longhi, F. (2013). Pobrezas, ruralidades y campesinos en el Chaco Argentino a comienzos del siglo XXI. *Estudios Rurales*, 3(4). Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/estudios-rurales/article/view/1995/3176>

Madariaga, H. (2006). Características de los hogares pobres del Norte Grande Argentino. Su análisis empleando Sistemas de Información Geográfica. En *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Asociación Argentina de Estudios de Población. San Fernando del Valle de Catamarca, Argentina.

- Mamondi, V. (2011). *Sobrepeso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Bahía Blanca*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Ministerio de Educación Gobierno de Tucumán. (2016). *Evolución de Matrícula según Departamento - Tucumán 1999-2016. Matrícula educación modalidad común*. Recuperado de <http://www.educaciontuc.gov.ar/sistema/pdfs/Informe2%20-%20Matricula%20por%20departamento.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Argentina, Sociedad Argentina de Pediatría, Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente y Canadian Institute of Child Health. (2009). *Perfil de la Salud Ambiental de la Niñez en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Argentina.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. (2018). *Listado de efectores*. Tucumán, Argentina: SIPROSA. Recuperado de www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/tucuman.xls
- Montoya Aguilar, C. (2007). Aspectos de Salud y su relación con Ruralidad. *Cuad. Méd. Soc*, 47(2), 58-67.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Editorial Unison.
- Núñez Rojas, A. C., Tobón Tobón, S., Henao, D. A., Serna Núñez, J. E., Rodríguez Hoyos, M. A. y Muñoz Pérez, A.A. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(2), 125–142.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, 9(1), 751-780.
- Organización de las Naciones Unidas. (2009). *Convención sobre los derechos del niño*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

- Pane, S., Solans, M., Gaite, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M. y Rajmil, L. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización*. Barcelona, España: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas.
- Paniagua, A. (2004). La geografía rural, entre el peso de la regulación y las orientaciones constructivistas. *Documents d'analisi geogràfica*, 43(1), 123-134.
- Papalía, D., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México, México: Mc Graw Hill.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 69-86.
- Quintero, C. A., Lugo, L. H., García, H. I. y Sánchez, A. (2011). Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 470-487.
- Rajmil, L., Díez, E. y Peiró, R. (2010). Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(Supl. 1), 42-48. Doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.012
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, V. y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15 (supl. 4), 34-43.
- Román, M. y Murillo, J. (2011). América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL*, 37-54. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11458/104037054_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez Parga, J. (2004). *Orfandades infantiles y adolescentes: introducción a una sociología de la infancia*. México: Universidad Politécnica Salesiana.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002

Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*, 55(7), 452-454.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Berlín, Alemania: Pabst Science Publishers.

Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A., Albornoz, N. y Jara, C. (2013). Calidad de vida en la infancia: estudio comparativo entre una zona rural y urbana en el norte de Chile. *Revista chilena de pediatría*, 84(3), 276-284.

Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009). Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista chilena de pediatría*, 80(3), 238-244.

Velázquez, G. (2001). Calidad de vida y fragmentación en la Argentina. La herencia de los noventa. *Revista del CESLA*, 4(2), 162-194.

Vélez Galárraga, R., López Aguilà, S. y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439.

Vinaccia Alpi, S., y Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.*, 6(1), 123-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>



8. Agradecimientos

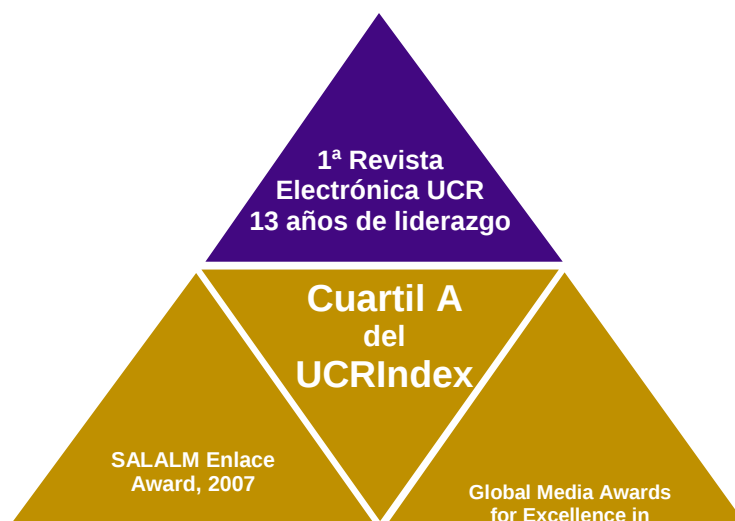
Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por la beca doctoral otorgada a la autora. A las autoridades del Ministerio de Educación de la Provincia de Tucumán, que posibilitaron el acceso a las instituciones educativas. A los niños y las niñas que participaron del trabajo de campo.

Población y Salud en Mesoamérica

PSM

¿Desea publicar en PSM?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos.
Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#)



Revista Población y Salud en Mesoamérica

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

