Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

ASOCIACIÓN ENTRE EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA 2010-2011

Lic. Laura Romina Vitale

Directora de Tesis:

Dra. Silvina Berra

Córdoba, Diciembre 2013

TRIBUNAL DE TESIS

Prof. Dra. Silvina Berra

Dr. Oscar Mareca

Dra. Nuri Gaspio

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de investigación del Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud y en particular a la Mgter. Verónica Mamondi por colaborar en la recolección y análisis de los datos y por su constante apoyo y dedicación.

A la Dra. Silvina Berra por ser mi guía y acompañarme en este camino, por su infinita paciencia, disponibilidad y asesoramiento en lo teórico y metodológico; por estar siempre cuando la necesité.

A los integrantes de la Subdirección de Nivel Primario de la Municipalidad de Córdoba y en particular a Rubén López de Neira por facilitar el contacto entre las autoridades escolares y el equipo de investigación.

A las autoridades, personal docente y estudiantes de las escuelas que participaron del estudio.

A mi familia y mi compañero, porque supieron entender y apoyarme en este proceso. Por su amor incondicional.

“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

Art. 23.- Ord Rectoral3/77

ÍNDICE

RESUMEN 1
ABSTRACT 2
INTRODUCCIÓN 3
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 5
MARCO TEÓRICO 6
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) 6
Edad escolar 7
Educación de la madre 7
Estructura familiar 8
Nivel socioeconómico (NSE) 8
OBJETIVO GENERAL 9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9
HIPÓTESIS 9
DISEÑO METODOLÓGICO 10
TIPO DE ESTUDIO 10
POBLACIÓN Y MUESTRA 10
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y CATEGORÍAS 11
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 13
PLAN DE ANÁLISIS 14
ASPECTOS ÉTICOS 15
RESULTADOS: MUESTRA DE ADOLESCENTES 2010 16
Descripción de la muestra 16
Descripción del rendimiento académico promedio anual (RA) según variables sociodemográficas 20
Descripción del RA según CVRS 21
Variables relacionadas con el RA insuficiente en adolescentes escolarizados 23
RA insuficiente según sexo, NSE y CVRS estratificado por edad escolar 25
RA insuficiente según edad escolar y CVRS estratificado por NSE 27
RESULTADOS: MUESTRA NIÑOS 2011 29
Descripción de la muestra 29
Descripción y distribución del rendimiento académico promedio anual (RA) según características sociodemográficas de los escolares y sus familias 32
RA de matemática aritmética y lengua escrita según CVRS 35
Variables relacionadas con el RA “excelente” y “no satisfactorio” en niños escolarizados 38

RA “no satisfactorio” en Matemática aritmética y Lengua escrita según sexo y CVRS estratificado por edad escolar 41
RA “no satisfactorio” en Matemática aritmética y Lengua escrita según edad escolar y CVRS estratificado por NSE 43
DISCUSIÓN 45
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES 49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 50

TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra según el sexo…….....17
Tabla 2.Puntuaciones promedio (DE) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) según el sexo en adolescente escolarizados…….18
Tabla 3. Distribución según el sexo de la CVRS en adolescentes escolarizados…….....19
Tabla 4. RA según variables sociodemográficas en adolescentes escolarizados……...21
Tabla 5. Distribución y puntuaciones promedio de CVRS según el RA en adolescentes escolarizados……...22
Tabla 6 .Variables relacionadas con el RA insuficiente en adolescentes escolarizados.....24
Tabla 7. RA insuficiente según sexo, NSE y CVRS estratificado por edad escolar……...26
Tabla 8. RA insuficiente según edad escolar y CVRS estratificado por NSE……...28
Tabla 9. Descripción de la muestra: Niños escolarizados……...30
Tabla 10.Puntuaciones promedio (DE) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en niños escolarizados……...31
Tabla 11. Distribución del RA de lengua escrita y matemática aritmética según características sociodemográficas de los escolares y sus familias……...34
Tabla 12 (parte1). RA de matemática aritmética y lengua escrita según niveles de CVRS de los escolares……...36
Tabla 12 (parte2). RA de matemática aritmética y lengua escrita según niveles de CVRS de los escolares ……..37
Tabla 13 .Variables relacionadas con el RA “excelente” en niños escolarizados……39
Tabla 14.Variables relacionadas con el RA “no satisfactorio” en niños escolarizados……...40
Tabla15.RA insuficiente en Matemática aritmética y Lengua escrita según sexo y CVRS estratificado por edad escolar……..42
Tabla 16. RA insuficiente en Matemática aritmética y Lengua escrita según edad escolar y CVRS estratificado por NSE……44

RESUMEN

Introducción: La educación y la salud están estrechamente vinculadas; es así como el entorno escolar es de primordial importancia en la salud social de los niños y jóvenes escolarizados. En este sentido, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador multidimensional de la salud informada por los propios niños y adolescentes.

Objetivos: Analizar los factores sociodemográficos asociados al rendimiento académico promedio anual (RA).Estudiar la asociación entre el RA y la CVRS en niños y adolescentes que asisten a escuelas públicas de la ciudad de Córdoba en el año 2010-2011, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas y familiares.

Métodos: Dos subestudios de diseño transversal correlacional. Se aplicó un cuestionario autoadministrado que incluyó el Kidscreen-52, variables sociodemográficas, recursos económicos familiares (escala FAS) y se obtuvo el RA de cada alumno de los registros escolares. Se realizaron análisis univaridos, bivariados (test de Chi^2 y ANOVA) y se ajustaron odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC 95%) mediante modelos multivariados de regresión logística.

Resultados: En la muestra de adolescentes el RA se asoció al sexo y la edad escolar y en la muestra de niños mostró asociación con el sexo, la edad escolar y el nivel socioeconómico (NSE).Los adolescentes que tuvieron RA insuficiente manifestaron peor relación con los padres (OR_a=2,68; IC95%=1,22-5,85) y mejor relación con amigos (OR_a=0,46; IC95%=0,26-0,82). Mientras que los niños con RA no satisfactorio en Lengua escrita se sintieron peor tanto en la relación con los amigos (OR_a =2,52; IC 95%=1,19-5,37) como en el entorno escolar(OR_a=4,04; IC95%= 1,54-10,57) y los niños que calificaron no satisfactorio en Matemática aritmética se sintieron peor en entorno escolar (OR_a=5,39; IC95%=1,81-16,06) de la CVRS($p<0,05$).

Conclusiones: El RA se asoció a variables sociodemográficas como el sexo, la edad escolar y la escolaridad materna, sugiriendo que existe desigualdad social en la distribución de los logros escolares en niños y adolescentes. La salud social del niño y el adolescente mostró una fuerte asociación con el RA, en especial la dimensión entorno escolar en niños y la dimensión relación con los padres y vida familiar en adolescentes.

Palabras claves: Rendimiento académico, niños, adolescentes, Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

ABSTRACT

Introduction: Education and health are intrinsically related, thus the school environment plays a key role in the social health of children and teenagers attending school. In this sense, the Health-Related Quality of Life (HRQOL) is a multidimensional health indicator informed by children and teenagers themselves.

Objectives: Analyze sociodemographic factors associated with the annual average academic performance (AP). Study the relationship between the AC and the HRQOF in children and teenagers attending school in the city of Córdoba during the years 2010-2011 baring in mind their sociodemogrpahic and family characteristics.

Methods: Two cross sectional correlational substudies. A self-administered questionnaire was applied in which the Kidscreen-52, sociodemographic variants and the Family Affluence Scale (FAS) were included. The AP of each student in the school register was obtained. Univariate and Bivariate analyses ($Chi^2$and ANOVA tests) were carried out and Odds Ratios (OR) and Confidence Intervals (CI 95%) were adjusted through multivariate logistic regression models.

Results: In the sample of teenagers, the AP was associated with sex and school age. In the sample of children, the AP showed association with sex, school age and socioeconomic status (SES). Those teenagers with insufficient AP showed worse relationship with their parents (OR_a=2,68; CI95%=1,22-5,85) and better relationship with their friends (OR_a=0,46; CI95%=0,26-0,82). Children with insufficient writing language AP showed a poor relationship with friends (OR_a =2,52; CI95%=1,19-5,37) and felt worse within the school environment (OR_a=4,04; CI95%= 1,54-10,57) and children who failed in arithmetic mathematics felt worse in the school environment (OR_a=5,39; CI95%=1,81-16,06) in the HRQOL ($p<0,05$).

Conclusions: The AP was associated with sociodemographic variants such as sex, school age and maternal schooling suggesting that there exists social inequality in the distribution of school achievements in children and teenagers. Children´s and teenagers´ social health showed a strong relation with the AP, especially within the school environment in children and within parents and family life in teenagers.

Key words: Academic Performance, children, teenagers, Health-Related Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los programas de salud pública reconocen cada vez más de que el estado de salud no sólo se constituye por factores genéticos y estilos individuales de salud, sino también por una amplia gama de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (WHO 1999; DH 1999; King 2000). Desde un punto de vista evolutivo, la salud se define como un recurso que incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades (Starfield B. 2001). Esta definición amplía el viejo concepto de salud entendido como"la ausencia de enfermedad" sustentada a través de indicadores objetivos de morbilidad y mortalidad. Los esfuerzos en el área de la salud no sólo deben cubrir la atención médica sino que se deben plantear estrategias que promuevan el mejoramiento y la modificación de las situaciones y contextos del entorno y de las conductas humanas (Greene W.1988).En la necesidad de evaluar mejor los desenlaces en la salud surgen nuevos indicadores multidimensionales como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que pone el énfasis en el funcionamiento cotidiano de los sujetos evaluados (Urzúa A. 2009).

La niñez y la adolescencia representan períodos de gran vulnerabilidad marcados por cambios corporales y psicosociales. En estas edades la salud es vista como la capacidad para realizar actividades diarias (movilidad y cuidado personal), las adquisiciones cognitivas (memoria, habilidad para concentrarse y aprender), las emociones (positivas y negativas), la percepción de sí mismo, las relaciones interpersonales (con los amigos y familiares) y con el medio que los rodea (cohesión familiar, apoyo social) (Solans M. 2007). En este sentido, parece evidente la necesidad de que se aborden, desde y con otros sectores sociales, los aspectos que influyen en la salud y el bienestar de la infancia (Colomer-Revuelta C. 2004) y la adolescencia. Es por ello, que estas etapas de la vida son especialmente sensibles a factores favorables y desfavorables del entorno (Colomer-Revuelta C.2004). Por lo tanto, el principal objetivo de la escuela debería ser el desarrollo integral humano, generando un entorno escolar que propicie la autoestima, las actitudes positivas hacia la salud y muchos otros factores determinantes para el incremento de la calidad de vida (Duran E. 2005). La gran tarea del pleno desenvolvimiento de la personalidad convierte a la tarea de educar en una búsqueda permanente y utópica de formación humana integral (Cano Sánchez-Serrano J. 2001). Abordar la educación y la salud desde una perspectiva más amplia nos hace pensar que están estrechamente vinculadas; una puede modificar a la otra y viceversa. Es así que tanto la educación como la salud están atravesadas por las desigualdades sociales. Las condiciones de vida en la infancia y el desarrollo físico, cognitivo y psico-social son determinantes del rendimiento académico, de la salud y la participación laboral y social de las futuras personas adultas (Rajmil L.2010). Por ello, un sistema escolar que protege la salud integral y que previene las conductas de riesgo debe ser capaz de reconocer socialmente al niño y adolescente.

Una de las dimensiones más importantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje lo constituye el rendimiento académico (Navarro R. 2003) pero informa muy poco sobre el contexto social y educativo (Rojas Betancur y González, 2009). Martínez y Pérez (2001) definen el rendimiento académico como "el producto que da el alumnado en los centros de enseñanza y que habitualmente se expresa a través de las calificaciones escolares". Esta definición enfatiza en los resultados que son indicadores oficiales de rendimiento. Pero, para Navarro (2003), es necesario

considerar no solamente el desempeño individual del estudiante sino la manera como es influido por el grupo de pares, el aula ó el propio contexto educativo. En este sentido Acero Abdul (2008) plantea que el rendimiento académico es el resultado de una serie de factores de índole familiar, socioeconómica, cultural y política que afectan a todos los sectores poblacionales.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La calidad de vida relacionada con la salud es un indicador que surge para dar respuesta a la necesidad de evaluar múltiples dimensiones del estado de salud percibido en niños y adolescentes. En nuestro país es reciente el uso de cuestionarios de CVRS; siendo posible contar con información que refleje cómo los niños y adolescentes perciben su salud desde una mirada propia más integral. Teniendo en cuenta que en estos grupos etarios la escuela es un espacio fundamental de socialización y aprendizaje, es importante evaluar si existe asociación entre el rendimiento académico de los niños y adolescentes escolarizados y su bienestar físico, social y emocional teniendo en cuenta variables sociodemográficas.

En este trabajo de investigación se plantearon inicialmente las siguientes inquietudes como problemas de investigación:

¿Cómo es el rendimiento académico en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Córdoba en el año 2010-2011?¿Se observan diferencias en el rendimiento académico según la calidad de vida relacionada con la salud, sexo, la edad escolar, la escolaridad materna, el nivel socioeconómico y la estructura familiar en niños y adolescentes escolarizados en la Ciudad de Córdoba en el año 2010-2011?¿La edad y el nivel socioeconómico inciden en la relación entre el rendimiento académico y la calidad de vida relacionada con la salud?

MARCO TEÓRICO

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Al inicio de la década de los 70, Bárbara Starfield plantea una mirada distinta de la enfermedad haciendo hincapié en los aspectos positivos de la salud. En este sentido propone un nuevo concepto de salud percibida "como la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionadas con aspectos físicos, sociales y psico-sociales apropiadas para la edad" (Starfield B. 1974).A partir de este modelo, desarrolla el primer cuestionario de salud autopercibida para población adolescente (Starfield B. 1993). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere al impacto de la salud y la enfermedad sobre la calidad de vida de una persona (Rajmil L. 2001). Desde una mirada más holística, Urzúa define a la CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa A. 2010).

Los instrumentos de medida de CVRS recogen la valoración subjetiva del individuo respecto de su estado de salud y su bienestar general evaluando los aspectos físico, psicológicos y de relaciones sociales (Quiceno y Vanaccia, 2008). Inicialmente estos instrumentos fueron desarrollados para aplicarlos en la población adulta mediante encuestas autoadministradas (Willke R. 2004). Más tarde se diseñaron para niños y adolescentes, pero eran respondidos por informantes indirectos como el padre, la madre u otra persona adulta debido a que se disponía de escasos conocimientos sobre la precisión y validez de la información obtenida a partir de los propios niños y adolescentes. Actualmente varios instrumentos pudieron superar esta dificultad de estos grupos etarios creando un cuestionario autoadministrado que puede medir aspectos relevantes de su CVRS (Solans M. 2008).En nuestro país se dispone de la versión argentina del cuestionario KIDSCREEN obtenida por adaptación transcultural de la versión europea (Berra S. 2009) y cada vez es mayor la importancia de esta variable en el estudio de la salud percibida en niños y adolescentes argentinos. Los instrumentos que miden la CVRS se clasifican en genéricos y específicos. Los de tipo genérico son aplicables a la población en general y no están relacionados con ningún tipo de enfermedad. Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la CVRS de una determinada patología que se quiere evaluar (Tuesca Molina R. 2005).Las áreas en que se utilizaron instrumentos genéricos y específicos en la Argentina son las enfermedades crónicas, reumáticas, respiratorias y la obesidad infantil entre otras (Roizen M. 2007; Gutiérrez-Suárez R. 2007; Carignano C. 2009; Mamondi V. 2011).

De acuerdo a un estudio realizado en adultos publicado en el 2007, el nivel de estudios de las personas se relaciona claramente con la CVRS, manifestando que los grupos con estudios secundarios y superiores presentan mejores puntuaciones en la mayoría de las dimensiones de la CVRS que el grupo con estudios primarios o inferiores (Martin y Bacigalupe, 2009).Por otra parte, un estudio realizado en Bahía Blanca concluye que la valoración del entorno escolar fue la que presentó las puntuaciones más altas entre los niños y las niñas, lo que pondría en evidencia la transcendencia queéste ámbito posee en el desarrollo infantil (Carignano C. 2009).

Un estudio realizado en Chile hace referencia a que los escolares que fracasan en la escuela expresan no estar a gusto con el colegio y se consideran a sí mismos como peores que el promedio (Ojembarrena Martínez E. 2002); esto podría indicar que el fracaso escolar estaría asociado a las dimensiones psicosociales de la salud como el entorno escolar y la autopercepción.

Un ambiente escolar, acogedor, respetuoso y positivo es una de las claves para promover el aprendizaje de los estudiantes y la obtención de altos logros en las pruebas (Pérez R, 2006)En relación a esta última dimensión, Herrera (2000), en su investigación sobre el autoconcepto manifiesta que un niño con inteligencia superior a la media y con poco autoconcepto puede obtener rendimientos suficientes pero no satisfactorios, mientras que otro de inteligencia media con mucho autoconcepto puede obtener mejores resultados.
En la bibliografía consultada, no aparece tratada la relación del rendimiento académico (RA) con indicadores multidimensionales de salud como es la calidad de vida relacionada con la salud en donde se tiene en cuenta la autopercepción del niño de su bienestar físico, psicológico así como su funcionamiento social.

Edad escolar

El recorrido de los alumnos por el sistema educativo puede ser descripto como una trayectoria. La trayectoria ideal es el ingreso a la educación inicial a los 4 años de edad, y un recorrido sin demoras ni interrupciones hasta la finalización de la educación secundaria a los 17 ó 18 años de edad; esto no siempre se corresponde con el recorrido real de los alumnos en el sistema educativo. Existe sobreedad cuando la edad cronológica supera a la edad escolar que el sistema educativo establece como “preferible” (Ruiz y Pachano, 2006). Socialmente, la repetición refuerza el círculo vicioso de las bajas expectativas, el bajo rendimiento, la baja autoestima, y el fracaso escolar (UNICEF, 2007). De acuerdo a los datos proporcionados por el INDEC (2000), los alumnos y alumnas de 6to año (E.G.B) que han repetido, casi siempre sacan peores puntajes que los alumnos y las alumnas que no han repetido. Un estudio realizado en adolescentes escolarizados españoles afirma que los alumnos de 15 años que cursan 1º o 2º de ESO tienen una probabilidad 20 veces superior que los alumnos de su misma edad matriculados en 4º de ESO de obtener una puntuación inferior en su rendimiento académico(Ministerio de Educación, 2010). La repitencia se traduce en bajo rendimiento y baja autoestima reforzando las peores expectativas de los padres respecto de sus hijos (UNICEF, 2007).

Educación de la madre

La educación de la madre es un factor de protección en la educación de su hijo y a la vez un determinante positivo en la probabilidad de egreso (Tafani R. 2009). De acuerdo a Mella y Ortiz (1999), la instrucción de la madre se puede considerar una medida del capital cultural de la familia. Menos años de estudios de la madre se asociaría con menor logro escolar por parte de los niños. Rajmil (2010) analizó el papel del nivel de estudios en las desigualdades sociales en salud en la infancia encontrando que niños de familia con nivel de estudios primarios o inferiores declararon peor rendimiento académico que las familias con nivel de escolaridad más alto. Rivera y Soto (1997) encontraron que el 65% de los niños repitentes provenían de hogares cuya madre tenía déficit de escolaridad. Según Connell y Prinz (citados por Salazar Flores N. 2010) el rendimiento escolar de los niños depende en gran parte de la disciplina, el aprendizaje y la autonomía que proporcionan las madres. La situación de vulnerabilidad se acrecienta cuando existe un bajo clima educativo en el hogar (IIPE–UNESCO, 2003). Según el informe PISA (2000), los estudiantes cuyas madres terminaron la educación del segundo nivel superior lograron mejor desempeño en Lengua que otros estudiantes.

Estructura familiar

Actualmente la estructura familiar sufre cambios como el aumento de la desintegración familiar, la participación de la mujer en el mundo laboral y el nacimiento de nuevas formas de agrupamiento que desplazan a la tradicional familia nuclear. Durante la etapa escolar del alumno, familia y escuela comparten la función socializadora, función entendida como el desarrollo en cada individuo de aquellas habilidades y actitudes que constituyen los requisitos esenciales para su futuro desenvolvimiento en la vida (Parsons, 1990).Es así como la familia interviene en el desarrollo cognitivo, psicológico y social del niño (Salazar Flores, 2010).Numerosas investigaciones manifiestan que en las estructuras familiares no tradicionales (padre/madre solo/a y padrastro/madrastra) se reduce la oportunidad de los niños para el éxito escolar de un modo u otro (Sun y Li. 2001 citado por Ruiz de Miguel C. 2001). Los alumnos procedentes de familias con un solo progenitor puntúan más bajo en los test estandarizados, tienen unas aspiraciones educativas más bajas y tienen menos posibilidades de graduarse en la escuela superior (Astone y McLanahan, 1991; Downey, 1994; Entwisle y Alexander, 1995; Finn y Owings, 1994; Lee, 1993; McLanahan y Sandefur, 1994, Mulkey, 1992). Los hallazgos de PISA muestran que los estudiantes de familias con un solo padre tienen un desempeño menos satisfactorio que los jóvenes que viven en otros tipos de ambientes familiares(PISA, 2000).Valderrama Alarcón (2007) afirma que la familia es un factor protector en el rendimiento y en la adaptación de los niños a la escuela; en su estudio cita a Jadue (2003) cuando dice que un estudiante que pertenece a una familia monoparental y es de nivel socioeconómico y cultural bajo está en alto riesgo de presentar tanto problemas de rendimiento en la escuela como en sus vivencias personales y sociales, ya que muchas veces ellos deben asumir roles que no les corresponden.

Nivel socioeconómico (NSE)

Varias investigaciones se han centrado en estudiar la asociación entre el rendimiento académico y factores relacionados con el nivel socioeconómico familiar. Desde el estado nacional, no se ha logrado contrarrestar el efecto de las grandes desigualdades socioeconómicas en los sistemas educativos. Para el caso de Chile, se ha demostrado que existen significativas diferencias entre el rendimiento bruto de los alumnos en los colegios privados (pagados) y los establecimientos subvencionados (públicos y privados) (Mizala y Romaguera, 1998). Ojembarrena Martinez (2002)afirma que los adolescentes pertenecientes a clases sociales desfavorecidas presentan mayor porcentaje de fracaso escolar frente a aquellos que están mejor ubicados en la escala social; sin embargo Gubbins (2006) analizó esta relación y demostró que niños provenientes de familias de menores ingresos son capaces de lograr buenos rendimientos señalando que las expectativas y atribuciones familiares producen efectos más significativos sobre el rendimiento escolar que los ingresos familiares. Verdugo y Sabeh (2002) concluyen en su estudio que la mayor estabilidad y nivel socioeconómico de los padres españoles, permitiría dedicar más atención al proceso educativo de sus hijos derivando en mayores exigencias hacia el rendimiento escolar del niño. Un estudio realizado en Chile afirma que los adolescentes pertenecientes al 40% más pobre de la sociedad chilena tienen las mayores probabilidades de fracasar en su paso por la escuela (Román M. 2009).

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores sociodemográficos asociados al rendimiento académico promedio anual (RA). Estudiar la asociación entre el RA y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes que asisten a escuelas públicas de la ciudad de Córdoba en el año 2010-2011, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas y familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la muestra según variables demográficas, socioeconómicas, la estructura familiar y la CVRS.
- Describir el RA de niños y adolescentes escolarizados.
- Determinar si el RA está asociado con la CVRS, la edad escolar, la escolaridad materna, la estructura familiar y el nivel socioeconómico.
- Explorar el efecto de la edad y el nivel socioeconómico en la relación entre RA y CVRS

HIPÓTESIS

- Los niños y adolescentes con bajo RA presentan menor puntuación de la CVRS sobretodo en la dimensión entorno escolar.
- Los niños y adolescentes con sobreedad obtienen un RA menor que aquellos niños con la edad teórica para el año escolar que cursan.
- Los niños y adolescentes con madres que tienen un nivel de escolaridad primario o menor puntúan más bajo en su RA que aquellos con madres que tienen un nivel educativo terciario o universitario.
- Los niños y adolescentes que viven en hogares monoparentales, reconstituidos o sin mamá ni papá tienen un menor RA que aquellos con estructuras familiares nucleares.
- Los niños y adolescentes que tienen un bajo nivel socioeconómico tienen un menor RA.
- La edad y el nivel socioeconómico inciden en la relación entre CVRS y el RA.

DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación se compone de dos subestudios, uno en población adolescente y otro en población infantil. En el año 2010 se comenzó con la recolección de datos (toma de encuestas-cuestionario KIDSCREEN) a la muestra de adolescentes. Al inicio del 2011 se solicitó a las instituciones educativas las calificaciones finales de las materias para obtener el rendimiento académico promedio anual. Se realizó el mismo procedimiento en el subestudio de población infantil, con recolección de los datos durante el año 2011 y al finalizar el ciclo lectivo se les solicitó a las escuelas las calificaciones finales de Lengua escrita y Matemática aritmética. De esta forma se amplió el ámbito de estudio abarcando a dos etapas de la vida fundamentales como la niñez y la adolescencia.

TIPO DE ESTUDIO

Los dos subestudios son de diseño transversal correlacional.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Subestudio: en población adolescente

La población corresponde a adolescentes de 12 a 16 años asistentes a escuelas secundarias públicas provinciales de la Ciudad de Córdoba. La muestra estuvo constituida por adolescentes de ambos sexos asistentes al ciclo básico (1° a 3° año) de tres escuelas secundarias públicas de la ciudad de Córdoba, cuya población total era de 1085 adolescentes. La muestra quedó conformada por 552 alumnos. Se contó con la aprobación de sus directivos para realizar el estudio. El procedimiento de selección incluyó el envío de un formulario explicando los objetivos del estudio y las características generales del instrumento y solicitando la firma del consentimiento por parte del tutor.

Subestudio: en población infantil

La población corresponde a todos los niños y niñas de 8 a 11 años asistentes a escuelas primarias públicas municipales de la Ciudad de Córdoba en el año 2011.La muestra estuvo delimitada por la relación de las 37 escuelas primarias dependientes de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba y los listados de alumnos regulares de 4º a 6º grado en 2011 provistos por cada escuela.

Se realizó un muestreo aleatorio bietápico, teniendo en cuenta como indicador socioeconómico de estratificación el porcentaje de padres sin estudios o con nivel de escolaridad de primaria incompleta para formar dos estratos de escuelas: el primero con un porcentaje menor del 25% (n=20 escuelas) y el segundo con un porcentaje mayor del 25% (n=17 escuelas). Se seleccionaron aleatoriamente 19 escuelas (10 del primer grupo y 9 del segundo) para incluir a todos los alumnos de los cursos de cuarto a sexto grado, un total de 108 cursos y 2414 escolares. La muestra quedó conformada por 1577 escolares.

Criterios de exclusión: En ambas muestras, no se aplicó inicialmente ningún criterio de exclusión, pero se reconocieron las siguientes posibilidades de no participación: niños y adolescentes que no quisieran responder, niños y adolescentes cuyos padres o tutor legal negaran su consentimiento a

participar, niños y adolescentes que se encontraran ausentes en los momentos en que se administren los cuestionarios.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y CATEGORÍAS

Rendimiento académico (RA) promedio anual: El rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el estudiante. Se determinó mediante el promedio de calificaciones escolares acumulado al concluir el año escolar, obtenido mediante la consulta de los historiales académicos proporcionados por la oficina de administración escolar.

Categorización

Para la muestra de adolescentes se tomaron para su análisis las calificaciones de todas las materias del ciclo lectivo y se categorizó en:

-*Insuficiente:* Promedio de las calificaciones anuales menores a 6 puntos.

-*Suficiente:* Promedio de las calificaciones anuales mayores o iguales a 6 puntos.

En el caso de los niños se tomó para su análisis las calificaciones de las materias troncales Lengua escrita y Matemática aritmética, las cuales se distribuyeron en tres categorías:

-*No Satisfactorio*

-*Satisfactorio- Bueno- Muy Bueno*

-*Excelente*

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Es un concepto subjetivo y multidimensional que refiere a "los dominios físicos, psicológicos y sociales de la salud, entendidos como las distintas áreas que se ven influidos por las experiencias creencias, expectativas y percepciones de una persona" (Solans M. 2007). Para evaluar la CVRS se utilizó un cuestionario KIDSCREEN-52, consistente en 52 ítems y 10 dimensiones, instrumento genéricoadaptado transculturalmente para la población argentina de 8-18 años (Berra S. 2009).

Dimensiones:

Bienestar físico: Recoge los niveles de actividad física, energía y buena condición física del/la adolescente (5 ítems).

Bienestar psicológico: Recoge el bienestar psicológico del/la adolescente, incluidas las emociones positivas y la satisfacción con la vida(6 ítems).

Estado de ánimo y emociones: Recoge las experiencias negativas, los estados de ánimo depresivos y sensaciones de estrés (7 ítems).

Autopercepción: Incluye la percepción del/la adolescente sobre sí mismo/a, la apariencia física y la satisfacción relacionada con ellos (5 ítems).

Autonomía: Recoge las oportunidades de disponer de su tiempo de ocio (5 ítems).

Relación con los padres y vida familiar: Examina la relación con los padres y la atmósfera familiar (6 ítems).

Relación con los amigos y apoyo social: Recoge la naturaleza de las relaciones sociales del/la adolescente con otros (6 ítems).

Entorno escolar: Analiza la percepción del/la adolescente sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela (6 ítems).
Aceptación social: Recoge los sentimientos de rechazo por parte de los compañeros (3 ítems).
Recursos económicos: Evalúa la percepción sobre la capacidad financiera familiar (3 ítems).

Las puntuaciones de cada dimensión se obtuvieron como promedio de las respuestas correspondientes a cada una que haya dado cada niño o adolescente. La escala de respuesta del cuestionario es una de Likert(1 a 5) que permite calcular un puntaje para cada una de las dimensiones, que se trasforma en un conjunto lineal continuo utilizando un modelo RASCH y luego es estandarizado a una media de 50 y un desvío estándar de 10 puntos, de acuerdo a la metodología propuesta por el grupo KIDSCREEN europeo(KIDSCREEN Group. 2006). Después, cada dimensión se categorizó en 3 niveles con diferentes puntos de corte atendiendo al tamaño muestral; se usó ± 1DE en la muestra de niños y ± ½ DE en la muestra de adolescentes.

Categorización:
-*Baja:* Valor menor a 40 (en de niños) y menor a 45 (en adolescentes)
-*Media:* Valor entre 40 y 60 (en niños) y entre 45 y 55 (en adolescentes)
-*Alta:* Valor mayor a 60 (en niños) y mayor a 55 (en adolescentes)

Sexo: Femenino o masculino.

Edad: Cálculo en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de toma de encuesta.

Edad escolar: Resume información sobre la edad del niño/adolescente de acuerdo al año de estudio que esté cursando. Se solicitó a los alumnos su fecha de nacimiento y el año de estudio que estaban cursando, luego se caculó si tenían la edad que correspondía de acuerdo a la trayectoria escolar teórica.
Categorización:
-*Edad teórica*: edad ideal correspondiente al año de estudio que se está cursando.
Sobreedad: edad superior a la considerada teórica según las normas legales de acceso al sistema educativo para el año de estudio que cursa el niño o adolescente. Se categorizó en:
-*Sobreedad (+ 1 año)*= aquellos alumnos que tienen entre 12 y 23 meses más de la edad teórica para el año de estudio que cursan.
-*Sobreedad (+ dos años o más)*= aquellos alumnos que tienen 24 meses o más de la edad teórica para el grado/año que cursan.

Escolaridad materna: Grado de instrucción más alto alcanzado por las madres. Se eligió el nivel educativo de las madres porque la literatura disponible lo identifica como un mejor predictor del desempeño estudiantil que el nivel educativo del padre.
Categorización:
Muestra de adolescentes: Sin estudios o hasta nivel primario; nivel secundario; terciario o universitario.

Muestra de niños: Primario incompleto o menos; primario completo-secundario incompleto; secundario completo o más.

Estructura Familiar: Recoge información acerca de la composición familiar.
Categorización:
Nuclear: Familia constituida por el padre y la madre convivientes con hijos a su cargo.
Monoparental: Familia constituida por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor.
*Extensa monoparental:*Familia resultante de la convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical con la presencia de un solo progenitor a cargo de sus hijos.
Reconstituída: núcleos familiares constituidos después de la separación de uno de los cónyuges.
Sin mamá ni papá: Familia conformada por uno o varios hijos sin sus progenitores a cargo.

Nivel socioeconómico (NSE): Son las condiciones materiales de vida de un grupo determinado de personas. Para su mediciónse utilizó la escala de recursos familiares (FAS: Family Affluence Scale), de amplia utilización en encuestas a adolescentes. Pregunta el número de autos y computadoras que posee la familia, habitación propia e individual del adolescente y vacaciones familiares en los últimos 12 meses.
Categorización: La escala suma de 0 a 7 puntos y se recodificó como Nivel Socioeconómico: *Bajo* (0-3), *Medio* (4-5) y *Alto* (6-7). Para el caso del análisis multivariado estratificado por NSE en adolescentes se decidió unir el nivel bajo y medio por el reducido tamaño de estos grupos; quedando de esta manera dos categorías.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los niños y adolescentes escolarizados respondieron un cuestionario que incluyó entre otras variables, la CVRS, edad, sexo, nivel de escolaridad materna, estructura familiar y nivel socioeconómico. En el caso de los niños, a los padres se les envió un cuestionario sobre el nivel de escolaridad materna. La encuesta fue autoadministrada a los alumnos de cada escuela en el aula para ser respondida en ese momento.

Registros escolares
Se consultaron las planillas de calificación brindados por cada establecimiento para registrar el rendimiento académico promedio anual de cada alumno participante del estudio. Para ello, se tuvo acceso a las planillas donde se detallaban las calificaciones finales de cada materia para el ciclo lectivo en que se realizó el estudio. En el caso de la muestra de adolecentes esas calificaciones se volcaron en una planilla de Excel donde se calculó el promedio global de las materias para obtener el rendimiento académico promedio anual. En el caso de la muestra de niños, se tuvo en cuenta las calificaciones finales de las materias troncales de Lengua escrita y Matemática aritmética de acuerdo al equipo técnico de la secretaría de educación de la municipalidad de Córdoba.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez recolectados los datos se cargaron en una base diseñada ad-hoc y se analizaron con el programa SPSS para Windows versión 18.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las características de la población.Se aplicó medidas de dispersión y tendencia central para las variables cuantitativas y para las categóricas distribuciones de frecuencias.

Para explorar las asociaciones entre variables categóricas se utilizó el Test de Chi cuadrado y el ANOVA para variables cuantitativas y se ajustaron modelos de regresión logística para variables categóricas. Para analizar el efecto independiente de las variables en relación al rendimiento académico se utilizó la regresión logística múltiple para calcular la Odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza con un nivel del 95%, incluyéndose en el análisis multivariado sólo aquellas variables que presentaron un valor $p \leq 0,20$ en el análisis bivariado.

Se utilizó como nivel de significación estadística un valor de $p<0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Los niños, adolescentes y sus representantes legales, luego de haber sido exhaustivamente informados, de haber comprendido la información recibida y de haber recibido una copia escrita a cerca del propósito, la duración, los beneficios, confidencialidad de los datos, metodología de trabajo; tomaron voluntariamente la decisión de participar en la investigación, firmando las personas adultas el correspondiente formulario de consentimiento informado. Durante el desarrollo de la investigación fueron respetadas las recomendaciones internacionales y la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en la Investigación en Salud Humana. El subestudio de adolescentes fue aprobado por el Comité Institucional de Ética e Investigación en Salud (CIES) del Sanatorio del Salvador. El subestudio de niños y niñas fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas.

RESULTADOS: MUESTRA DE ADOLESCENTES 2010

Descripción de la muestra

La muestra quedó conformada por 552 alumnos que asistían a 1°, 2° y 3° año de tres escuelas secundarias públicas en el año 2010. El 52% fueron varones y la edad promedio fue de 13,8 años (DE= 1,3) y para las mujeres fue de 14,1 años (DE= 1,3). El 40,9% de los adolescentes cursaba con sobreedad, es decir una edad superior a la considerada teórica para el año de estudio cursado. El 48,5% de las madres de los adolescentes escolarizados tenía estudios secundarios.

El 62,1% de los adolescentes convivía en una familia nuclear, siguiendo en orden decreciente la *monoparental* (19,2%)-Familia constituida por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor-; la familia *reconstituida* (11,8%) -núcleos familiares constituidos después de la separación de uno de los cónyuges-; la familia la *extensa monoparental* (3,8%)-familia resultante de la convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical con la presencia de un solo progenitor a cargo de sus hijos-; y por último aquellos adolescentes *sin mamá ni papá* (3,1%).

El 23% de los jóvenes declaró pocos recursos económicos familiares ubicándose en el nivel socioeconómico (NSE) bajo, siendo este porcentaje mayor en mujeres (27%) que en varones (19,2%)(Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra según el sexo

	Mujeres	Varones	Total
Sexo	265 (52%)	287(48%)	552
Edad $\overline{X}$ (DE)	14,1 (1,3)	13,8 (1,3)	13,9 (1,3)
Edad escolar %(n)			
Edad teórica	59,5% (153)	58,7% (168)	59,1% (321)
Sobreedad (+1 año)	22,2% (57)	24,8% (71)	23,6% (128)
Sobreedad (+ 2 años o más)	18,3% (47)	16,4 (47)	17,3% (94)
Escolaridad materna			
Terciario o Universitario	28,0%(67)	31,3% (79)	29,7% (146)
Secundario	46,4% (111)	50,4% (127)	48,5% (238)
Primario completo o menos	25,5% (61)	18,3%(46)	21,8% (107)
Estructura Familiar %(n)			
Nuclear	57,0% (151)	66,8% (191)	62,1% (342)
Monoparental	25,3% (67)	13,6% (39)	19,2% (106)
Extensa monoparental	2,6% (7)	4,9% (14)	3,8% (21)
Reconstituida	12,1% (32)	11,5% (33)	11,8% (65)
Sin mamá ni papá	3% (8)	3,1% (9)	3,1% (17)
Nivel Socioeconómico (FAS) %(n)			
Bajo	27% (70)	19,2% (53)	23% (123)
Medio	43,4% (112)	47,8% (132)	45,7% (244)
Alto	29,5% (76)	33% (91)	31,3% (167)

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la dimensión “aceptación social” obtuvo la puntuación promedio más baja entre las demás ($\bar{X}$=44,3) y la dimensión “amigos y apoyo social” fue la que obtuvo la mejor puntuación promedio ($\bar{X}$= 54,3). Tal como se puede observar en la tabla 2, los resultados en esta población muestran diferencia por género. La CVRS en mujeres fue en general peor que en varones, obteniendo puntuaciones promedio más bajas en las dimensiones “bienestar físico” ($\bar{X}$=45,0 vs $\bar{X}$=50,3), “autopercepción” ($\bar{X}$=48,1 vs $\bar{X}$=52,7), “relación con los padres y vida familiar” ($\bar{X}$=45,8 vs $\bar{X}$=50,3) y recursos económicos ($\bar{X}$=44,7 vs $\bar{X}$=47,9) ($p<0,05$) (Tabla 2). Al categorizar las dimensiones de la CVRS, se confirmaron las diferencias estadísticamente significativas según sexo en las mismas dimensiones físicas, psicológicas y sociales (tabla 3).

Tabla 2.Puntuaciones promedio (DE) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) según el sexo en adolescentes escolarizados

	Mujeres $\overline{X}$ (DE)	Varones $\overline{X}$ (DE)	Total $\overline{X}$(DE)	P[1]
Bienestar Físico	45,0 (15,3)	50,3 (9,9)	47,8 (13,0)	**0,000**
Bienestar Psicológico	50,1 (10,4)	52,0 (9,3)	51,8 (9,88)	0,397
Estado de Ánimo	43,2 (11,2)	46,8 (10,0)	45,1 (10,75)	0,128
Autopercepción	48,1 (9,7)	52,7 (9,5)	50,5 (9,8)	**0,000**
Autonomía	49,2 (10,7)	51,6 (9,7)	50,4 (10,29)	0,128
Relación con los padres y vida familiar	45,8 (12,1)	50,3 (9,3)	48,1 (10,9)	**0,001**
Amigos y apoyo social	55,1 (10,7)	53,6 (10,17)	54,3 (10,4)	0,187
Entorno Escolar	46,7 (8,9)	46,5 (9,2)	46,6 (9,05)	0,349
Aceptación Social	44,2 (10,4)	44,4 (11,1)	44,30 (10,7)	0,324
Recursos Económicos	44,7 (8,5)	47,9 (8,5)	46,4 (8,7)	**0,004**

1- Test de ANOVA.

Tabla 3. Distribución según el sexo de la CVRS en adolescentes escolarizados.

	Mujeres % (n)	Varones % (n)	Total % (n)
Bienestar Físico*			
Bajo (<45)	62,1% (157)	31,6% (87)	46,2% (244)
Medio (>45 y <55)	24,9% (63)	36,7% (101)	31,1%(164)
Alto (>55)	13,0% (33)	31,6% (87)	22,7% (120)
Bienestar Psicológico			
Bajo(<45)	28,9% (76)	22,0% (62)	25,3% (138)
Medio(>45 y <55)	44,5% (117)	45,7% (129)	45,1% (246)
Alto(>55)	26,6% (70)	32,3% (91)	29,5%(161)
Estado de Ánimo			
Bajo(<45)	59,8% (155)	49,3% (133)	54,4%(288)
Medio(>45 y <55)	28,2% (73)	33,0% (89)	30,6%(162)
Alto (>55)	12,0% (31)	17,8% (48)	14,9% (79)
Autopercepción *			
Bajo(<45)	43,2% (112)	19,6% (54)	31,1% (166)
Medio(>45 y <55)	36,3% (94)	41,8% (115)	39,1% (209)
Alto	20,5% (53)	38,5% (106)	29,8% (159)
Autonomía			
Bajo(<45)	33,6% (88)	21,2% (58)	27,3% (146)
Medio(>45 y <55)	38,9% (102)	46,9% (128)	43,0% (230)
Alto(>55)	27,5% (72)	31,9% (87)	29,7%(159)
Relación con los padres y vida familiar *	45,4% (114)	30,0% (83)	37,3% (197)
Bajo(<45)	36,7% (92)	43,0% (119)	40,0% (211)
Medio(>45 y <55)	17,9% (45)	27,1% (75)	22,7% (120)
Alto(>55)			
Amigos y apoyo social	14,0% (36)	17,3% (47)	15,7% (83)
Bajo(<45)	42,8% (110)	45,8% (124)	44,3% (234)
Medio(>45 y <55)	43,2% (111)	36,9% (100)	40,0% (211)
Alto(>55)			
Entorno Escolar	44,2% (114)	48,2% (132)	46,2% (246)
Bajo(<45)	40,3% (104)	37,6% (106)	38,9% (207)
Medio(>45 y <55)	15,5% (40)	14,2% (39)	14,8% (79)
Alto(>55)			
Aceptación social	59,5% (156)	56,1% (157)	57,7% (313)
Bajo(<45)	14, 9% (39)	15,7% (44)	15,3 (83)
Medio(>45 y <55)	25,6% (67)	28,2% (79)	26,9% (146)
Alto(>55)			
Recursos Económicos *	55,7% (146)	38,3% (108)	46,7% (254)
Bajo(<45)	30,2% (79)	39,4% (111)	34,9% (190)
Medio(>45 y <55)	14,1% (37)	22,3% (63)	18,4% (100)
Alto(>55)			

**Diferencias estadísticamente significativas (p< 0,05) en la distribución de categorías de CVRS según sexo. Prueba de Chi cuadrado.*

Descripción del rendimiento académico promedio anual (RA) según variables sociodemográficas

El 72,4% de los adolescentes calificaron con 6 o más en su rendimiento académico promedio anual (RA) (gráfico 1). El RA fue de 6,61 puntos con una distribución normal (DE: 1,1; mínimo 2,84 y máximo 9,73 puntos) (Gráfico 2). Las mujeres obtuvieron un mejor RA que los varones (77,6% versus 66,5%). El RA insuficiente fue más frecuente en los adolescentes con dos años o más de sobreedad que aquellos con edad teórica (42,3% versus 22%) y en los adolescentes que convivían en una familia nuclear en comparación con aquellos que no convivían con sus padres(25%vs 63,6%)(p<0,05).En cuanto a la escolaridad materna y el NSE no se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se los asoció al RA (Tabla 4).

Gráfico 1. Distribución según categorías del RAen adolescentes escolarizados

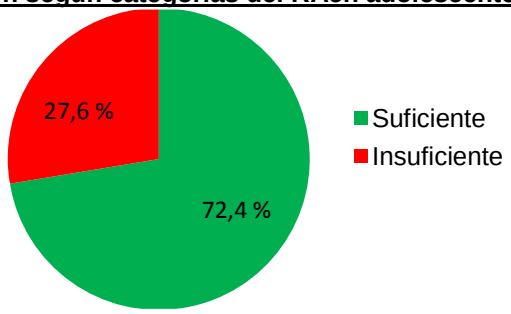


Gráfico 2. Distribución del RA

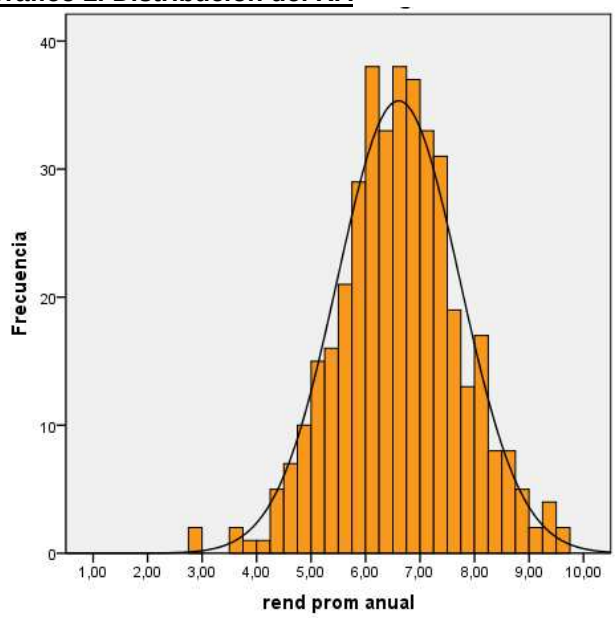


Tabla 4. RA según variables sociodemográficas en adolescentes escolarizados

	Rendimiento académico promedio anual					
	Insuficiente		Suficiente		Toda la muestra	
	n	%	n	%	n	p
Sexo						
Masculino	62	33,5%	123	66,5%	185	**0,01**
Femenino	47	22,4%	163	77,6%	210	
Total	109	27,6%	286	72,4%	395	
Edad escolar						
Teórica	54	20,8%	205	79,2%	259	**<0,01**
Sobreedad (+1 año)	31	40,3%	46	59,7%	77	
Sobreedad (+2 años o más)	22	42,3%	30	57,7%	52	
Total	281		107		388	
Escolaridad materna						
Prim incompl o menos	22	27,5%	58	72,5%	80	0,84
Prim compl - Sec incompl	44	28,4%	111	71,6%	155	
Sec compl o mayor	29	25,2%	86	74,8%	115	
Total	95	27,1%	255	72,9%	350	
Composición familiar						
Nuclear	62	75,0%	186	25,0%	248	**0,04**
Monoparental	20	75,0%	60	25,0%	80	
Compleja monoparental	4	63,6%	7	36,4%	11	
Renconsituída	16	63,6%	28	36,4%	44	
Sin mamá ni papá	7	36,4%	4	63,6%	11	
Total						
Nivel socioeconómico						
Bajo (0-3)	20	22,0%	71	78,0%	91	0,47
Medio (4-5)	49	27,7%	128	72,3%	177	
Alto (6-9)	34	29,3%	82	70,7%	116	
Total	103	26,8%	281	73,2%	384	

**Chi Cuadrado*

Descripción del RA según CVRS

De todas las dimensiones de la CVRS, el estado de ánimo, la relación con los padres y el entorno escolar mostraron asociación con el RA de los adolescentes en el análisis bivariado, puntuando más bajo los adolescentes con RA menor a 6 (insuficiente) frente a aquellos con RA suficiente (mayor o igual a 6): $\bar{X}$=43,4 vs 46,2; $\bar{X}$=46,1 vs $\bar{X}$=49,0 y $\bar{X}$=43,5 vs $\bar{X}$=47,7 respectivamente (p<0,05). De los adolescentes con RA insuficiente, el 61,2%se sintió peor en la dimensión entorno escolar de la CVRS versus el 40,1% de los adolescentes con RA suficiente (p<0,05) (tabla 5)

Tabla 5. Distribución y puntuaciones promedio de CVRS según el RA en adolescentes escolarizados

	Insuficiente				Suficiente			
CVRS	**Media (DE)**	**%Bajo (n)**	**% Medio (n)**	**%Alto (n)**	**Media (DE)**	**%Bajo (n)**	**% Medio (n)**	**%Alto (n)**
Bienestar Físico	46,5 (10,0)	49,5% (51)	35,0% (36)	15,5% (16)	48,1 (15,0)	45,5%(125)	31,3% (86)	23,3% (64)
Bienestar Psicológico	51,6 (10,1)	24,5%(26)	46,2% (49)	29,2% (31)	51,6 (9,2)	23,0% (65)	46,6%(132)	30,4% (86)
Estado de ánimo [a]	43,4 (10,5)	59,4% (63)	31,1%(33)	9,4%(10)	46,2 (9,9)	51,1%(140)	32,5% (89)	16,4%(45)
Autopercepción	50,9 (10,5)	28,8% (30)	40,4%(42)	30,8% (32)	50,1 (9,1)	31,3%(87)	42,1% (117)	26,6% (74)
Autonomía	50,5 (10,3)	24,3% (25)	45,0% (46)	31,1% (32)	50,2 (9,4)	27,7%(77)	45,0%(124)	27,7% (77)
Relación con los padres y vida familiar [a]	46,1 (10,2)	43,9% (43)	40,8% (40)	15,3% (15)	49,0 (10,3)	34,4% (96)	41,9% (117)	23,7% (66)
Amigos y apoyo social	54,8 (10,4)	18,1% (19)	36,2% (38)	45,7% (48)	54,4 (10,3)	13,9% (38)	47,4% (130)	38,7%(106)
Entorno escolar[ab]	43,5 (8,4)	61,2% (63)	28,2% (29)	10,7% (11)	47,7 (8,7)	40,1%(111)	44,0% (122)	15,9% (33)
Aceptación social	44,6 (11,6)	57,9% (62)	10,3% (11)	31,8% (34)	45,1 (10,3)	53,4%(150)	18,9% (53)	27, 8%(78)
Recursos económicos	46,4 (9,2)	49,5% (54)	31,2% (34)	19,3% (21)	46,4 (8,3)	45,2%(128)	37,5% (106)	17,3% (49)

[a]Diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0,05$) de las medias de las dimensiones de CVRS según RA.

[b]Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en la distribución de categorías de la CVRS según RA.

Variables relacionadas con el RA insuficiente en adolescentes escolarizados

Teniendo en cuenta la tabla 6 que presenta el análisis multivariado de las variables sociodemográficas y la CVRS asociadas al RA insuficiente, se confirmó que el RA insuficiente fue más frecuente en adolescentes varones (33,5%, OR_a=1,75; IC95%=1,12-2,73) en comparación con las mujeres; con un año de sobreedad (40,3%, OR_a=3,12; IC95%=1,70-5,71) y dos años o más de sobreedad (42,3%, OR_a= 2,71; IC95%=1,35-5,42) comparado con aquellos adolescentes con la edad teórica para el año que cursaban($p<0,05$) (Tabla 6).

En cuanto a la CVRS, el RA insuficiente fue más frecuente en los adolescentes con peor percepción en la relación con sus padres (30,9%, OR_a=2,68; IC95%=1,22-5,5) y en la categoría intermedia de la dimensión amigos y apoyo social (22,6% OR_a=0,46; IC95%=0,26-0,82) comparado con aquellos que puntuaron alto en estas dimensiones ($p<0,05$) (Tabla 6).

Tabla 6 .Variables relacionadas con el RA insuficiente en adolescentes escolarizados

	%*	OR_c	95% IC	OR_a	95%IC
Sexo*					
Femenino	22,4	1		1	
Masculino	33,5	1,75	(1,12-2,73)	**2,28**	**(1,35-3,83)**
Edad escolar*					
Teórica	20,8	1		1	
Sobreedad (+ 1año)	40,3	2,56	(1,48-4,41)	**3,12**	**(1,70-5,71)**
Sobreedad (+2 años o más)	42,3	2,78	(1,49-5,21)	**2,71**	**(1,35-5,42)**
Estructura Familiar*					
Nuclear	25,0	1			
Monoparental	25,0	1	(0,56-1,79)		
Compleja Monoparental	36,4	1,71	(0,49-6,05)		
Reconstituída	36,4	1,71	(0,87-3,38)		
Sin mamá ni papá	63,6	**5,25**	**(1,49-18,54)**		
CVRS					
Relación con los padres					
Alto	18,5	1			
Medio	25,5	**1,97**	**(1,01-3,84)**	1,85	(0,88-3,86)
Bajo	30,9	1,50	(0,77-2,93)	**2,68**	**(1,22-5,85)**
Amigos y Apoyo Social					
Alto	31,2	1		1	
Medio	22,6	0,65	(0,39-1,06)	**0,46**	**(0,26-0,82)**
Bajo	33,3	1,10	(0,58-2,11)	0,63	(0,29-1,38)
Entorno Escolar					
Alto	20,0	1			
Medio	19,2	0,95	(0,44-2,06)		
Bajo	36,2	**2,27**	**(1,10-4,71)**		

[1] *Categoría de referencia*
**Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado p<0,05) de la distribución de categorías*

RA insuficiente según sexo, NSE y CVRS estratificado por edad escolar

Al estratificar la muestra por edad escolar, se confirmó que el RA insuficiente fue más frecuente en varones que en mujeres. Esta diferencia fue estadísticamente significativa entre varones y mujeres con sobreedad (44,1%, OR_a= 2,58; IC95%=1,06-6,28).

En cuanto al NSE, entre los adolescentes con sobreedad el RA insuficiente fue menos frecuente en aquellos con NSE bajo (26,3%, OR_a=0,30; IC95%=0,10-0,93) y con NSE medio (40,7%, OR_a=0,16; IC95%=0,05-0,54). Sólo en los adolescentes con sobreedad se confirmó la asociación entre el RA y el NSE ($p<0,05$) (Tabla 7).

En referencia a la CVRS, el RA menor a 6 fue más frecuente en los adolescentes que puntuaron bajo en la dimensión "relación con los padres" (44,8%, OR_a=6,40; IC95%=1,51-27,11) en comparación con aquellos con una alta puntuación en esta dimensión ($p<0,05$). Esta diferencia fue estadísticamente significativa entre los adolescentes con sobreedad ($p<0,05$). El RA insuficiente fue más frecuente en aquellos que declararon baja percepción en "entorno escolar" (28,4%, OR_a=4,74; IC95%=1,22-18,38) comparado con los adolescentes que puntuaron alto en esta dimensión. Esta diferencia fue estadísticamente significativa entre los adolescentes con la edad teórica para el año que cursaban ($p<0,05$) (tabla 7).

Tabla 7. RA insuficiente según sexo, NSE y CVRS estratificado por edad escolar

	%	Edad teórica		%	Sobreedad	
		OR_c	OR_a		OR_c	OR_a
Sexo						
Femenino	15,9[a]	1		37,2	1	
Masculino	26	**1,86 (1,01-3,42)**	1,96 (0,97-3,98)	44,1	1,96 (0,96-3,99)	**2,58(1,06-6,28)**
NSE						
Bajo	19,6	1,02 (0,43-2,43)	1,34 (0,51-3,51)	26,3[b]	**0,25 (0,09-0,70)**	**0,30(0,10-0,93)**
Medio	21,1	1,11 (0,56-2,23)	1,59 (0,73-3,48)	40,7	0,47 (0,19-1,19)	**0,16(0,05-0,54)**
Alto	19,3	1		59,3	1	
CVRS						
Relación con los padres						
Bajo	20,8	1,07(0,46-2,53)	0,80 (0,30-2,18)	44,8[b]	**4,06 (1,23-13,38)**	**6,40(1,51-27,11)**
Medio	17,9	0,89 (0,39-2,01)	0,57 (0,23-1,45)	44,2	**3,96 (1,16-13,55)**	**4,24(1,05-17,08)**
Alto	19,6	1		16,7	1	
Entorno escolar						
Bajo	28,4[a]	2,78 (1,00-7,75)	**4,80 (1,25-18,40)**	42,9	0,56 (0,16-1,93)	0,70(0,16-3,02)
Medio	15,4	1,27 (0,43-3,74)	2,05 (0,54-7,82)	29,5	1,29 (0,40-4,15)	0,32(0,07-1,49)
Alto	12,5	1		49,2	1	

[a] *Valorp<0,05en la prueba de Chi2 de diferencias en las distribuciones según "edad teórica"*

[b] *Valor p<0,05 en la prueba de Chi2 de diferencias en las distribuciones según según "sobreedad"*

[1] Categoría de referencia

RA insuficiente según edad escolar y CVRS estratificado por NSE

Al estratificar la muestra por NSE, se confirmó que el RA insuficiente fue más frecuente entre los adolescentes de NSE alto con sobreedad [1 año de sobreedad (53,3%, OR_a=7,52; IC95%=2,01-28,13) y dos años de sobreedad (66,7%, OR_a=10,60; IC95%=2,10-53,51)] en comparación con aquellos que tenían la edad teórica para el año que cursaban (19,3%) ($p<0,05$) (Tabla 8). Solo en el NSE alto se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el RA y la edad escolar. En cuanto a la CVRS, el RA insuficiente fue menos frecuente entre los adolescentes de NSE medio-bajo que puntuaron bajo en la dimensión "autonomía" (28,0%, OR_a=0,35; IC95%=0,15-0,80) y fue más frecuente entre aquellos de NSE alto con puntuaciones medias en esta dimensión (32,1%, OR_a=3,89; IC95%=1,03-14,63) comparado con aquellos que puntuaron alto en "autonomía" (37,8% y 16,0% respectivamente). La asociación entre el RA y la dimensión "autonomía" de la CVRS se confirmó en aquellos adolescentes de NSE medio-bajo como así también en el NSE alto ($p<0,05$).El RA insuficiente se asoció a la dimensión entorno escolar entre los adolescentes de NSE medio-bajo (41,9%, OR_a=3,13; IC95%=1,11-8,82) (Tabla 8).

Tabla 8. RA insuficiente según edad escolar y CVRS estratificado por NSE

	%	NSE Medio-Bajo (n=262)				%	NSE Alto (n=116)			
		ORc	95% IC	OR a	IC95%		ORc	95%IC	ORa	IC95%
Edad escolar										
Edad teórica	20,6[a]	1		1		19,3[b]	1			
Sobreedad (+1año)	37,1	**2,27**	**(1,20-4,30)**	2,03	(1,00-4,09)	53,3	**4,77**	**(1,52-14,99)**	**7,52**	**(2,01-28,13)**
Sobreedad (+2 años o más)	31,4	1,77	(0,79-3,96)	1,34	(0,55-3,27)	66,7	**8,35**	**(2,25-31,01)**	**10,60**	**(2,10-53,51)**
CVRS										
Autonomía										
Bajo	28,0	**0,45**	**(0,21-0,96)**	**0,35**	**(0,15-0,80)**	37,5	**3,99**	**(1,13-14,08)**	4,17	(0,95-18,31)
Medio	21,5	0,53	(0,27-1,03)	**0,46**	**(0,22-0,98)**	32,1	**3,27**	**(1,09-9,79)**	**3,89**	**(1,03-14,63)**
Alto	37,8	1		1		16,0	1			
Entorno escolar										
Bajo	41,9[a]	**2,99**	**(1,16-7,73)**	**3,13**	**(1,11-8,82)**	46,4[b]	1,64	(0,46-5,82)	1,71	(0,34-8,51)
Medio	22,9	1,26	(0,46-3,41)	1,07	(0,37-3,11)	20,8	0,69	(0,18-2,69)	0,81	(0,15-4,41)
Alto	5,3	1		1		20,0				

a- Valor p<0,05 en la prueba de Chi ^{2} de diferencias en la distribución según "NSE bajo-medio"

b- Valor p<0,05 en la prueba de Chi ^{2} de diferencias en la distribución según "NSE alto"

1-Categoría de referencia

RESULTADOS: MUESTRANIÑOS 2011

Descripción de la muestra

La muestra quedó conformada por 1577 alumnos que asistían a 4°, 5° y 6° grado de 19 escuelas primarias municipales de la ciudad de Córdoba. El 53,1% fueron niñas. La edad promedio en varones y mujeres fue de 10,6 años (DE=1,1). En referencia a la edad escolar, el 27,8% de las niñas y niños cursó cuarto, quinto o sexto grado con sobreedad (Tabla 9).

El 61,5% de las madres de los escolares tenía primario completo o secundario incompleto. En relación a la estructura familiar, 64,6% del total de niñas y niños vivía en una familia nuclear. Le siguieron en orden decreciente: la monoparental (16,3%), reconstituida (10,1%), compleja monoparental (6,6%) y sin mamá ni papá (2,5%). En relación a los recursos económicos familiares, tanto varones como mujeres declararon, en su mayoría, recursos correspondientes al nivel socioeconómico (NSE) alto (mujeres: 42,8% y varones: 41,5%) (Tabla 9).

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la puntuación promedio más baja de lo esperado correspondió a la dimensión “aceptación social”. Las dimensión con mayor puntuación en las niñas fue “entorno escolar” ($\bar{X}$=57,23) y en los niños “amigos y apoyo social” ($\bar{X}$=55,09). Al analizar la CVRS según sexo; las niñas puntuaron más bajo que los varones en las dimensiones bienestar físico (mujeres $\bar{X}$=52,08 versus varones $\bar{X}$=54,23), autopercepción (mujeres $\bar{X}$=51,50 versus varones $\bar{X}$=53,40) y autonomía (mujeres $\bar{X}$=53,20 versus varones $\bar{X}$=54,67); estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$). En la dimensión “entorno escolar” las niñas obtuvieron en promedio una puntuación más alta ($\bar{X}$=57,23) que los varones ($\bar{X}$=53,87) ($p<0,05$) (Tabla 10).

Tabla 9. Descripción de la muestra: Niños escolarizados.

	Mujeres	Varones	Total
Género % (n)	53,1% (837)	46,9% (740)	100% (1577)
Edad $\overline{X}$ (DE)	10,6 (1,1)	10,6 (1,1)	10,6 (1,1)
Edad escolar			
Correcta	74,1% (605)	70% (493)	72,2% (1098)
Sobreedad (+ 1 año)	20,1% (164)	19,9%(140)	20% (304)
Sobreedad (+2 años o más)	5,9% (48)	10,1% (71)	7,8% (119)
Escolaridad materna % (n)			
Primario incompleto o menos	11,6% (76)	10,1% (61)	11,3 % (162)
Primario completo-Secundario incompleto	63,4% (415)	59,8% (360)	61,5% (878)
Secundario completo o más	25% (164)	30,1 (181)	27,2% (388)
Estructura Familiar% (n)			
Nuclear	64,2% (535)	65% (480)	64,6% (1015)
Monoparental	16,4% (137)	16,1% (119)	16,3% (256)
Compleja monoparental	7,2% (60)	5,8% (43)	6,6% (103)
Reconstituida	10,1% (84)	10,1% (75)	10,1% (159)
Sin mamá ni papá	2,0% (17)	3% (22)	2,5% (39)
Nivel Socioeconómico (FAS) % (n)			
Bajo	16,1% (133)	17,8% (128)	16,9% (261)
Medio	40,1% (336)	40,8% (294)	40,7% (630)
Alto	42,8% (358)	41,5% (299)	42,4% (657)

Tabla 10.Puntuaciones promedio (DE) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en niños escolarizados

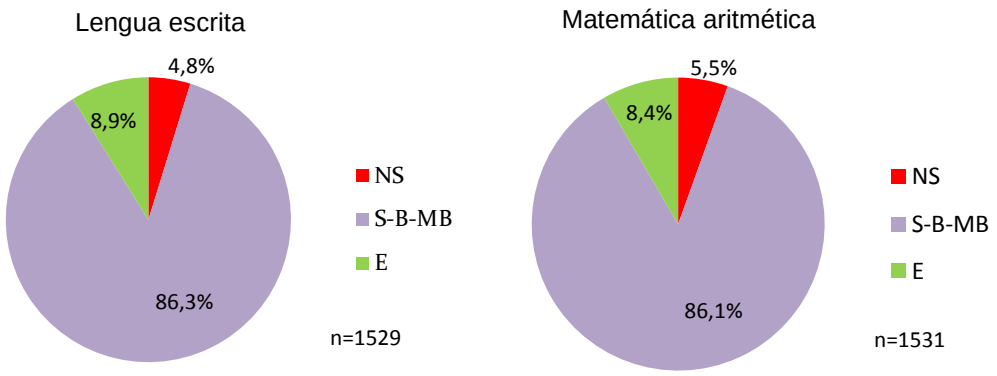
	Mujeres $\overline{X}$ (DE)	Varones $\overline{X}$ (DE)	Total $\overline{X}$(DE)	P[1]
Bienestar Físico	52,08 (10,4)	54,23 (10,1)	53,07 (10,3)	**0,000**
Bienestar Psicológico	54,50 (9,0)	54,80 (8,9)	54,64 (8,9)	0,521
Estado de Ánimo	47,13 (10,5)	47,30 (10,9)	47,21 (10,7)	0,768
Autopercepción	51,50 (10,4)	53,40(10,3)	52,39 (10,4)	**0,000**
Autonomía	53,20 (9,9)	54,67 (9,7)	53,88 (9,8)	**0,003**
Relación con los padres y vida familiar	52,09 (10,0)	52,06 (9,5)	52,07 (9,8)	0,950
Amigos y apoyo social	55,28 (10,6)	55,09 (10,9)	55,19 (10,8)	0,729
Entorno Escolar	57,23 (10,7)	53,87 (11,7)	55,65 (11,3)	**0,000**
Aceptación Social	44,16 (11,8)	44,05 (12,2)	44,11 (12,0)	0, 860
Recursos Económicos	47,29 (8,9)	47,92 (9,6)	47,59 (9,2)	0,186

1- Test de ANOVA

Descripción y distribución del rendimiento académico promedio anual (RA) según características sociodemográficas de los escolares y sus familias.

En relación al RA, se tomó para su análisis las materias troncales Lengua escrita y Matemática aritmética. La distribución del RA fue similar en las dos asignaturas; la mayoría de los escolares (86,3% en Lengua escrita y el 86,1% en Matemática aritmética) obtuvo como calificación promedio anual satisfactorio, bueno o muy bueno en las dos asignaturas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución del RA en Lengua escrita y Matemática aritmética.



Respecto al sexo, en Matemática aritmética no hubo diferencias estadísticamente significativas a diferencia de Lengua escrita donde el 11,6% de las niñas obtuvo como calificación “excelente” versus el 5,9% de los niños ($p< 0,05$) (Tabla 11).

Al analizar la edad escolar, el 17,4% de los niños y niñas con 2 años o más de sobreedad obtuvo un “no satisfactorio” en las calificaciones de Matemática aritmética frente a un 3,1% de los niños/as con edad teórica para el grado que cursaban($p<0,05$). En Lengua escrita, el 13,9% de los niños/as con sobreedad (2 años o más) obtuvo “no satisfactorio” versus el 2,5% de los niños/as con la edad teórica ($p<0,05$) (Tabla 11)

El 3,8% de los niños y niñas cuyas madres tenían “primaria incompleta o menos”, calificó “excelente” en Matemática aritmética versus el 14,8% de los hijos/as de madres con “secundario completo o mayor” ($p<0,05$). En Lengua escrita el 6% de los niños y niñas cuyas madres tenían “primaria incompleta o menos”, calificó “excelente” versus el 13% de los hijos/as de madres con “secundario completo o mayor”; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta asignatura (Tabla 11).

Al observar la estructura familiar y su relación con el RA en Matemática aritmética, el 9,2% de los niños con familia nuclear calificó “excelente” versus el 3,9% de los niños con familia reconstituída. En Lengua escrita, el 4,3% de los niños con estructura familiar nuclear obtuvieron como calificación un “no satisfactorio” en esta asignatura frente a un 8% de niños con familia monoparental compleja, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguna de las dos materias.

En el grupo de niños/as de NSE bajo, calificaron “no satisfactorio” el 9,1% de los niños/as en Matemática aritmética y el 7,5% de los niños/as en Lengua escrita, mientras que en el grupo de NSE alto estos porcentajes fueron 5,3% y 4,9% respectivamente; aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución del RA de lengua escrita y matemática aritmética según características sociodemográficas de los escolares y sus familias

	Matemática aritmética								Lengua escrita							
	No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra		No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra	
	n	%	n	%	n	%	n	valor p*	n	%	n	%	n	%	n	valor p*
Sexo																
Masculino	47	6,6%	613	85,7%	55	7,7%	715	0,15	49	6,9%	622	87,2%	42	5,9%	713	**<0,01**
Femenino	37	4,6%	701	86,3%	74	9,1%	812		24	3,0%	694	85,5%	94	11,6%	812	
Total	84	5,5%	1314	86,1%	129	8,4%	1527		73	4,8%	1316	86,3%	136	8,9%	1525	
Edad escolar																
Teórica	33	3,1%	933	86,4%	114	10,6%	1080	**<0,01**	27	2,5%	932	86,5%	118	11,0%	1077	**<0,01**
Sobreedad (+1 año)	30	10,5%	246	86,3%	9	3,2%	285		29	10,1%	245	85,4%	13	4,5%	287	
Sobreedad (+2 años o más)	19	17,4%	86	78,9%	4	3,7%	109		15	13,9%	91	84,3%	2	1,9%	108	
Total	82	5,6%	1265	85,8%	127	8,6%	1474		71	4,8%	1268	86,1%	133	9,0%	1472	
Escolaridad materna																
Prim incompl o menos	7	5,3%	121	91,0%	5	3,8%	133	**<0,01**	6	4,5%	119	89,5%	8	6,0%	133	0,08
Prim compl - Sec incompl	38	4,9%	673	87,4%	59	7,7%	770		28	3,7%	672	87,6%	67	8,7%	767	
Sec compl o más	9	2,6%	285	82,6%	51	14,8%	345		9	2,6%	291	84,3%	45	13,0%	345	
Total	54	4,3%	1079	86,5%	115	9,2%	1248		43	3,5%	1082	86,9%	120	9,6%	1245	
Estructura familiar																
Nuclear	50	5,0%	851	85,8%	91	9,2%	992	0,08	40	4,0%	857	86,7%	91	9,2%	988	0,13
Monoparental	14	5,8%	210	87,5%	16	6,7%	240		13	5,4%	212	87,6%	17	7,0%	242	
Compleja monoparental	8	8,0%	83	83,0%	9	9,0%	100		8	8,0%	80	80,0%	12	12,0%	100	
Renconsituída	12	7,8%	135	88,2%	6	3,9%	153		12	7,8%	131	85,6%	10	6,5%	153	
Sin mamá ni papá	0[a]	2,7%	29	78,4%	7	18,9%	37		0[a]	2,7%	30	81,1%	6	16,2%	37	
Total	84	5,5%	1309	86,0%	129	8,5%	1522		73	4,8%	1311	86,3%	136	8,9%	1520	
Nivel socioeconómico																
Bajo (0-3)	23	9,1%	209	82,9%	20	7,9%	252	0,08	19	7,5%	209	82,9%	24	9,5%	252	0,19
Medio (4-5)	27	4,4%	527	86,3%	57	9,3%	611		23	3,8%	531	86,9%	57	9,3%	611	
Alto (6-9)	34	5,3%	553	86,5%	52	8,1%	639		31	4,9%	553	86,8%	53	8,3%	637	
Total	84	5,6%	1289	85,8%	129	8,6%	1502		73	4,9%	1293	86,2%	134	8,9%	1500	

* *Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado p<0,05) de la distribución de categorías*

[a] *Se realizó el test de Chi Cuadrado, imputando aleatoriamente un caso en la celda vacía.*

RA de matemática aritmética y lengua escrita según CVRS

En Matemática aritmética la calificación “excelente” fue más frecuente en los niños/as que puntuaron alto en las dimensiones estado de ánimo, autopercepción, relación con los padres, entorno escolar y aceptación social de la CVRS frente a aquellos con baja puntuación en estas dimensiones($p<0,05$). En Lengua escrita, la calificación “excelente” fue más frecuente en aquellos niños/asque puntuaron alto en las dimensiones psicológicas (bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción) y sociales (relación con los padres, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social)versus los niños/as que puntuaron bajo en estas dimensiones ($p<0,05$) (Tabla 12).

Tabla 12 (parte1). RA de Matemática aritmética y Lengua escrita según niveles de CVRS de los escolares

	Matemática aritmética								Lengua escrita							
	No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra		No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra	
CVRS	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**valor p**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**valor p**
Bienestar físico																
Bajo (<40)	7	5,3%	119	90,2%	6	4,5%	132	0,19	9	6,8%	115	87,1%	8	6,1%	132	0,17
Medio (40-60)	66	5,1%	1117	85,7%	121	9,3%	1304		56	4,3%	1118	85,9%	128	9,8%	1302	
Total	73	5,1%	1236	86,1%	127	8,8%	1436		65	4,5%	1233	86,0%	136	9,5%	1434	
Bienestar psicológico																
Bajo (<40)	7	6,9%	90	89,1%	4	4,0%	101	0,05	8	7,9%	88	87,1%	5	5,0%	101	**0,01**
Medio (40-60)	46	5,1%	786	86,9%	73	8,1%	905		39	4,3%	792	87,6%	73	8,1%	904	
Alto (>60)	19	4,3%	366	83,8%	52	11,9%	437		17	3,9%	363	83,3%	56	12,8%	436	
Total	72	5,0%	1242	86,1%	129	8,9%	1443		64	4,4%	1243	86,3%	134	9,3%	1441	
Estado de ánimo																
Bajo (<40)	34	9,6%	309	87,5%	10	2,8%	353	**<0,01**	31	8,8%	308	87,7%	12	3,4%	351	**<0,01**
Medio (40-60)	35	3,9%	781	86,4%	88	9,7%	904		28	3,1%	780	86,2%	97	10,7%	905	
Alto (>60)	9	4,7%	154	80,6%	28	14,7%	191		9	4,7%	160	83,8%	22	11,5%	191	
Total	78	5,4%	1244	85,9%	126	8,7%	1448		68	4,7%	1248	86,2%	131	9,1%	1447	
Autopercepción																
Bajo (<40)	7	6,5%	96	88,9%	5	4,6%	108	**<0,01**	7	6,6%	94	88,7%	5	4,7%	106	**0,02**
Medio (40-60)	62	6,5%	821	86,3%	68	7,2%	951		50	5,3%	822	86,4%	79	8,3%	951	
Alto (>60)	9	2,3%	337	84,7%	52	13,1%	398		9	2,3%	343	86,2%	46	11,6%	398	
Total	78	5,4%	1254	86,1%	125	8,6%	1457		66	4,5%	1259	86,5%	130	8,9%	1455	
Autonomía																
Bajo (<40)	7	8,0%	76	87,4%	4	4,6%	87	0,06	5	5,7%	78	89,7%	4	4,6%	87	0,20
Medio (40-60)	58	6,2%	796	85,0%	82	8,8%	936		48	5,1%	797	85,2%	90	9,6%	935	
Alto (>60)	14	3,0%	405	87,7%	43	9,3%	462		14	3,0%	406	88,1%	41	8,9%	461	
Total	79	5,3%	1277	86,0%	129	8,7%	1485		67	4,5%	1281	86,4%	135	9,1%	1483	

Tabla 12 (parte2). RA de Matemática aritmética y Lengua escrita según niveles de CVRS de los escolares

	Matemática aritmética								Lengua escrita							
	No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra		No satisfactorio		Satisfactorio, bueno o muy bueno		Excelente		Toda la muestra	
CVRS	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**valor p***	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**valor p***
Relación con los padres																
Bajo (<40)	18	9,8%	157	85,8%	8	4,4%	183	**0,01**	14	7,7%	162	88,5%	7	3,8%	183	**0,02**
Medio (40-60)	48	4,7%	872	86,0%	94	9,3%	1014		47	4,6%	863	85,3%	102	10,1%	1012	
Alto (>60)	13	4,5%	251	86,3%	27	9,3%	291		9	3,1%	255	87,6%	27	9,3%	291	
Total	79	5,3%	1280	86,0%	129	8,7%	1488		70	4,7%	1280	86,1%	136	9,2%	1486	
Amigos y apoyo social																
Bajo (<40)	9	9,0%	84	84,0%	7	7,0%	100	0,22	5	5,0%	91	90,1%	5	5,0%	101	**0,04**
Medio (40-60)	52	5,8%	773	85,6%	78	8,6%	903		52	5,8%	764	84,8%	85	9,4%	901	
Alto (>60)	17	3,7%	400	87,1%	42	9,2%	459		11	2,4%	408	89,1%	39	8,5%	458	
Total	78	5,3%	1257	86,0%	127	8,7%	1462		68	4,7%	1263	86,5%	129	8,8%	1460	
Entorno escolar																
Bajo (<40)	12	10,5%	100	87,7%	2	1,8%	114	**<0,01**	13	11,4%	100	87,7%	1	0,9%	114	**<0,01**
Medio (40-60)	56	6,6%	747	87,9%	47	5,5%	850		44	5,2%	754	88,7%	52	6,1%	850	
Alto (>60)	7	1,4%	420	83,2%	78	15,4%	505		8	1,6%	416	82,7%	79	15,7%	503	
Total	75	5,1%	1267	86,2%	127	8,6%	1469		65	4,4%	1270	86,6%	132	9,0%	1467	
Aceptación social																
Bajo (<40)	44	7,0%	543	86,9%	38	6,1%	625	**<0,01**	39	6,3%	532	85,5%	51	8,2%	622	**0,02**
Medio (40-60)	36	4,1%	748	85,5%	91	10,4%	875		29	3,3%	764	87,2%	83	9,5%	876	
Total	80	5,3%	1291	86,1%	129	8,6%	1500		68	4,5%	1296	86,5%	134	8,9%	1498	
Recursos económicos																
Bajo (<40)	22	6,7%	280	85,4%	26	7,9%	328	0,79	16	4,9%	288	87,5%	25	7,6%	329	0,70
Medio (40-60)	50	5,1%	837	85,9%	87	8,9%	974		44	4,5%	836	85,9%	93	9,6%	973	
Alto (>60)	10	5,3%	163	87,2%	14	7,5%	187		11	5,9%	160	86,5%	14	7,6%	185	
Total	82	5,5%	1280	86,0%	127	8,5%	1489		71	4,8%	1284	86,3%	132	8,9%	1487	

* *Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado p<0,05) de la distribución de categorías*

Variables relacionadas con el RA "excelente" y "no satisfactorio" en niños escolarizados

Las tablas 5y 6 presentan el análisis multivariado de factores asociados al RA "excelente" y "no satisfactorio". Respectivamente se confirmó que la calificación "excelente" en Matemática aritmética fue menos frecuente en niños/as con 1 año de sobreedad (3,2%, OR_a= 0,28; IC 95%=0,11-0,71)en comparación con aquellos de edad teórica para el grado que cursaban y menos frecuente en los niños/as de madres con "primario incompleto o menos" (3,8%, OR_a=0,22; IC 95%= 0,08-0,64) o "primario completo o secundario incompleto" (7,7%, OR_a=0,48; IC95%=0,31-0,73) en comparación con aquellos niños/as cuyas madres tenían "secundario completo o más" (14,8%) (p<0,05).En cuanto a la CVRS, el RA"excelente" en Matemática aritmética fue menos frecuente en los niños/as con bajas puntuaciones en las dimensiones estado de ánimo (2,8%, OR_a=0,30; IC95%=0,13-0,68) y entorno escolar (1,8%, OR_a=0,16; IC95%=0,04-0,68), en comparación con aquellos niños/as que puntuaron alto en estas dos dimensiones (p<0,05) (Tabla 13).

En Lengua escrita el RA "excelente" mostró asociación con el sexo (5,9%, OR_a=0,54; IC95%=0,35-0,84), la edad escolar (4,5%, OR_a=0,48; IC95%= 0,24-0,99) y la escolaridad materna (8,7%, OR_a=0,64; IC95%=0,42-0,99). En cuanto a las dimensiones de la CVRS, se asoció a la categoría intermedia del estado de ánimo (10,7%, OR_a= 0,44; IC95%= 0,20-0,99) y entorno escolar "bajo" (0,9%, OR_a=0,44; IC95%= 0,29-0,67)(Tabla 13).

Se confirmó que el RA "no satisfactorio" en Matemática aritmética se asoció a la edad escolar [un año de sobreedad (10,5%, OR_a=3,26 IC95%=1,87-5,67) y dos años o más (17,4%, OR_a=5,63; IC95%=2,96-10,73)], el NSE (9,1%, OR_a=1,79; IC95%=1,03-3,10) y la dimensión entorno escolar "bajo" (10,5%, OR_a=5,39 IC95%=1,81-16,06). En Lengua escrita la calificación "no satisfactorio" se relacionó con el sexo (6,9%, OR_a= 1,88 IC95%=1,06-3,32), la edad escolar [un año de sobreedad (10,1%, OR_a=4,23; IC95%= 2,30-7,77) y dos años o más (13,9%, OR_a=6,79; IC95%= 3,24-14,23)] y la categoría intermedia de la dimensión amigos y apoyo social (5,8%, OR_a=2,52; IC95%=1,19-5,37) de la CVRS (p<0,05). El RA "no satisfactorio" en Lengua escrita fue más frecuente en aquellos niños/as que se sintieron peor en el entorno escolar (11,4%, OR_a=4,04; IC95%=1,54-10,57) en comparación con los que puntuaron alto en esta dimensión (1,6%) (Tabla 14).

Tabla 13.Variables relacionadas con el RA "excelente" en niños escolarizados

	MATEMATICA ARITMETICA (E/resto)			LENGUA ESCRITA (E/resto)		
	%	ORc (IC 95%)	ORa (IC95%)	%	ORc (IC 95%)	ORa (IC95%)
Sexo						
Femenino	9,1	1		11,6*	1	
Masculino	7,7	0,88 (0,59-1,32)	1,00 (0,66-1,53)	5,9	**0,48 (0,31-0,73)**	**0,54 (0,35-0,84)**
Edad escolar						
Teórica	10,6*	1		11,0*	1	
Sobreedad (1 año)	3,2	**0,19 (0,08-0,47)**	**0,28 (0,11-0,71)**	4,5	**0,35 (0,17-0,70)**	**0,48 (0,24-0,99)**
Sobreedad (2 años o más)	3,7	**0,31 (0,10-0,99)**	0,79 (0,23-2,68)	1,9	**0,10 (0,01-0,74)**	0,22 (0,03-1,63)
Escolaridad materna						
Prim incompl o menos	3,8*	**0,19(0,07-0,55)**	**0,22 (0,08-0,64)**	6,0*	**0,42 (0,19-0,97)**	0,48 (0,20-1,13)
Prim compl - Sec incompl	7,7	**0,45 (0,30-0,68)**	**0,48 (0,31-0,73)**	8,7	**0,61 (0,40-0,93)**	**0,64 (0,42-0,99)**
Sec compl o más	14,8	1		13,0	1	
CVRS						
Estado de ánimo						
Alto	14,7*	1		11,5*	1	
Medio	9,7	**0,53 (0,33-0,85)**	0,70 (0,42-1,16)	10,7	0,77 (0,46-1,29)	**0,44 (0,20-0,99)**
Bajo	2,8	**0,16 (0,07-0,36)**	**0,30 (0,13-0,68)**	3,4	**0,25 (0,11-0,54)**	0,96 (0,56-1,65)
Entorno escolar						
Alto	15,4*	1		15,7*	1	
Medio	5,5	**0,12 (0,03-0,49)**	**0,34 (0,22-0,52)**	6,1	**0,35 (0,23-0,53)**	**0,11 (0,01-0,78)**
Bajo	1,8	**0,29 (0,19-0,44)**	**0,16 (0,04-0,68)**	0,9	**0,06 (0,01-0,46)**	**0,44 (0,29-0,67)**

* Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado p<0,05) de la distribución de categorías
1-Categoría de referencia

Tabla 14.Variables relacionadas con el RA "no satisfactorio" en niños escolarizados

	MATEMÁTICA ARITMÉTICA (NS/resto)			LENGUA ESCRITA (NS/resto)		
	%	ORc (IC 95%)	ORa (IC95%)	%	ORc (IC 95%)	ORa (IC95%)
Sexo						
Femenino	4,6			3,0	1	
Masculino	6,6	1,47 (0,95-2,30)	1,27(0,73-2,20)	6,9	**2,10 (1,21-3,65)**	**1,88 (1,06-3,32)**
Edad escolar						
Teórica	3,1*	1		2,5*	1	
Sobreedad (1 año)	10,5	**3,73 (2,24-6,24)**	**3,26 (1,87-5,67)**	10,1	**5,67 (3,03-10,64)**	**4,23 (2,30-7,77)**
Sobreedad (2 años o más)	17,4	**6,70 (3,66-12,26)**	**5,63 (2,96-10,73)**	13,9	**10,51 (5,01-22,02)**	**6,79 (3,24-14,23)**
Nivel Socioeconómico (FAS)						
Alto	5,3*	1		4,9	1	
Medio	4,4	0,86 (0,49-1,50)	0,82 (0,49-1,38)	3,8	1,59 (0,88-2,79)	
Bajo	9,1	**2,12 (1,19-3,75)**	**1,79(1,03-3,10)**	7,5	0,77 (0,44-1,33)	
CVRS						
Amigos y apoyo social						
Alto	3,7	1		2,4*	1	
Medio	5,8	1,59 (0,91-2,78)	1,23 (0,64-2,35)	5,8	**2,52 (1,21-5,23)**	**2,52 (1,19-5,37)**
Bajo	9,0	2,57 (1,11-5,95)	1,31 (0,46-3,68)	5,0	2,70 (0,88-8,28)	2,13 (0,66-6,85)
Entorno escolar						
Alto	1,4*	1		1,6*	1	
Medio	6,6	**5,02 (2,27-11,10)**	**3,87 (1,59-9,47)**	5,2	**3,31(1,46-7,51)**	**2,07 (0,94-4,59)**
Bajo	10,5	**8,37 (3,22-21,77)**	**5,39 (1,81-16,06)**	11,4	**9,48 (3,68-24,44)**	**4,04 (1,54-10,57)**

* Diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado p<0,05) de la distribución de categorías
1-Categoría de referencia

RA "no satisfactorio" en Matemática aritmética y Lengua escrita según sexo y CVRS estratificado por edad escolar

Al estratificar la muestra por "edad escolar" se confirmó que la calificación "no satisfactorio" en Lengua escrita fue más frecuente en aquellos niños/as varones (4,1%) que en mujeres (1,2%), esta diferencia sólo fue estadísticamente significativa en los niños/as con la edad teórica para el grado que cursaban(OR_a=3,24; IC95%=1,24-8,45). El RA "no satisfactorio" fue más frecuente en niños/as con 2 años o más de sobreedad que declararon malestar en su entorno escolar (25,6%; OR_a=9,97; IC95%= 2,61-38,05) que aquellos que puntuaron alto en esta dimensión (3,3%) ($p<0,05$). Entrelos niños/as con edad teórica la calificación "no satisfactorio" en Matemática aritmética se asoció a la categoría intermedia de la dimensión estado de ánimo (1,8%; OR_a=0,35; IC95%=0,12-0,98) frente a aquellos de la misma edad que obtuvieron una puntuación alta (3,8%) en esta dimensión ($p<0,05$). En los niños/as con sobreedad, la calificación "no satisfactorio" fue más frecuente en aquellos que puntuaron bajo en la dimensión "entorno escolar" (25,6%; OR_a=6,53; IC95%=1,57-27,12) versus aquellos niños/as con una alta percepción en esta dimensión (3,3%) (Tabla 15).

Tabla15.RA“no satisfactorio” en Matemática aritmética y Lengua escrita según sexo y CVRS estratificado por edad escolar

Lengua escrita							Matemática aritmética						
	Edad teórica			Sobreedad				Edad teórica			Sobreedad		
	%	ORa	IC 95%	%	OR_a	IC 95%		%	ORa	IC 95%	%	ORa	IC 95%
Sexo													
Femenino	1,2[a]	1		13,7									
Masculino	4,1	**3,24**	**1,24-8,45**	8,6	1,61	0,76-3,43							
Bienestar psicológico							**Estado de ánimo**						
Alto	3,2	1		7,1			Alto	3,8[a]	1		10,0		
Medio	1,8	**0,4**	**0,16-1,00**	11,0	1,53	0,55-4,29	Medio	1,8	**0,35**	**0,12-0,98**	10,4	0,66	0,17-2,50
Bajo	3,3	0,79	0,15-4,09	16,2	1,56	0,38-6,37	Bajo	4,7	0,83	0,28-2,50	18,7	1,18	0,31-4,51
Entorno escolar							**Entorno escolar**						
Alto	1,2	1		3,3[b]	1		Alto	1,5	1		1,1[b]	1	
Medio	2,9	**3,34**	**1,06-10,49**	10,8	2,77	0,80-9,63	Medio	4,0	**3,02**	**1,09-8,42**	13,3	**12,61**	**1,69-94,33**
Bajo	3,1	2,92	0,46-18,43	25,6	6,53	**1,57-27,12**	Bajo	1,5	1,17	0,13-10,63	25,6	**28,49**	**3,48-232,99**

[1]Categoría de referencia

a-Valor p<0,05 en la prueba Chi [2] en la distribución para “edad teórica”

b- Valor p<0,05 en la prueba Chi [2] en la distribución para “sobreedad”

RA "no satisfactorio" en Matemática aritmética y Lengua escrita según edad escolar y CVRS estratificado por NSE

Al estratificar la muestra por nivel socioeconómico (NSE), en Lengua escrita no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al estudiar la relación entre la edad escolar y el RA. En Matemática aritmética se observa que la calificación "no satisfactorio" en los niños de NSE bajo es más frecuente en aquellos con un año de sobreedad (18,4%; OR_a=3,68; IC95%=1,27-10,67) y con dos años o más de sobreedad (24,0%; OR_a=5,37; IC95%= 1,63-17,69) frente a aquellos niños con la edad teórica (4,6%) para el grado que cursaban ($p<0,05$); lo mismo sucede en el NSE medio para los niños con un año de sobreedad(8,0%; ORa=3,02; IC95%=1,24-7,36) y en aquellos con dos años o más de sobreedad (13,6%; OR_a=5,51; IC95%=1,96-15,52), y en el NSE alto con los niños con un año de sobreedad (6,9%; OR_a=3,03; IC95%=1,23-7,47) y en aquellos con dos años o más de sobreedad (7,1%; OR_a=7,79; IC95%=2,77-21,92) ($p<0,05$)(Tabla 16).
En relación a las dimensiones de la CVRS, la calificación "no satisfactorio" en Lengua escrita fue menos frecuente en aquellos niños de NSE bajo con puntuación "media" en su estado de ánimo (4,1%; ORa=0,19; IC95%= 0,04-0,81) en comparación con los que puntuaron alto en esta dimensión (11%) ($p<0,05$). En Lengua y Matemática el RA "no satisfactorio" se asoció a una baja percepción del entorno escolar en los niños de NSE bajo (Lengua OR_a=10,86; IC95%=2,03-58,26 y Matemática OR_a=8,22; IC95%=1,46-46,34) y en aquellos de NSE alto (Lengua OR_a=6,16; IC95%=1,25-30,47 y Matemática OR_a=12,5; IC95%= 1,66-93,76) (Tabla 16).

Tabla16. RA insuficiente en Matemática aritmética y Lengua escrita según edad escolar y CVRS estratificado por NSE

Lengua escrita									
	NSE Bajo			**NSE Medio**			**NSE Alto**		
	%	ORa	IC 95%	%	ORa	IC 95%	%	ORa	IC 95%
Estado de ánimo									
Alto	11[a]	1		2,6[b]			9,0		
Medio	4,1	0,19	**0,04-0,81**	2,8	0,58	0,12-2,86	3,2	0,56	0,15-2,11
Bajo	16	0,77	0,19-3,14	6,3	1,24	0,25-6,28	3,9	1,19	0,30-4,70
Entorno escolar									
Alto	23[a]	1		1,0[b]			1,4[c]		
Medio	7,1	2,44	0,59-10,03	4,2	8,17	**1,04-64,31**	5,5	3,37	0,95-11,93
Bajo	3,7	10,86	**2,03-58,26**	6,7	12,8	**1,24-132,43**	9,5	6,16	**1,25-30,47**

Matemática aritmética									
	NSE Bajo			**NSE Medio**			**NSE Alto**		
	%	ORa	IC 95%	%	ORa	IC 95%	%	ORa	IC 95%
Edad escolar									
Correcta	4,6[a]	1		2,8[b]			2,8[c]		
Sobreedad 1 año	18,4	3,68	**1,27-10,67**	8,0	2,95	**1,12-7,73**	10,5	3,03	**1,23-7,47**
Sobreedad 2 años o más	24,0	5,37	1,63-17,69	13,6	4,79	**1,51-15,17**	18,9	7,79	**2,77-21,92**
Entorno escolar									
Alto	2,5[a]	1		2,0			0,5[c]		
Medio	10,7	4,48	0,98-20,45	4,8	1,95	0,63-6,06	6,9	11,4	**1,12-116,06**
Bajo	23,1	8,22	**1,46-46,34**	6,7	2,70	0,56-13,05	7,1	12,5	**1,66-93,76**

[1]Categoría de referencia

a-Valor p<0,05 en la prueba Chi ^{2} en la distribución para "NSE bajo"

b-Valor p<0,05 en la prueba Chi ^{2} en la distribución para "NSE medio"

c-Valor p<0,05 en la prueba Chi ^{2} en la distribución para "NSE alto"

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo de investigación fue analizar la asociación entre el rendimiento académico (RA), variables sociodemográficas y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en dos muestras de niños y de adolescentes escolarizados de la ciudad de Córdoba. Este es el primer estudio realizado en Argentina que analiza la relación entre la salud percibida y el RA en escolares. El hallazgo más importante en esta investigación es que el bajo RA se asoció a puntuaciones más bajas en las dimensiones psicosociales de la CVRS.

Según Jadue (2003), los estudiantes tienen recursos internos como las propias expectativas y la motivación intrínseca que los ayudan o coartan en su rendimiento académico. En este sentido, se observó que el RA en niños y en adolescentes se asoció a la dimensión estado de ánimo de la CVRS, aunque en adolescentes no se confirmó esta asociación al ajustar por otras variables. Este resultado nos hace pensar que la percepción de un malestar anímico puede ser causa y a la vez consecuencia de un RA insuficiente; la familia y la escuela deberían trabajar en conjunto para mejorar las habilidades personales y académicas en estos niños y adolescentes.

La salud social del niño y el adolescente mostró una fuerte asociación con el RA, en particular la dimensión entorno escolar de la CVRS en los niños, como era esperado. El ámbito escolar es relevante en la vida de los niños ya que allí transitan una parte muy importante de sus vidas; es por ello que la escuela debe ser protagonista al momento de propiciar un entorno donde el niño pueda crecer sano y donde se pueda garantizar un exitoso proceso de enseñanza-aprendizaje. En este sentido, Casassu (2001) afirma que un clima escolar positivo y un ambiente favorable se correlacionan con altos logros en el aprendizaje. A sí mismo, Cava y Musitu (2000) señalan que los escolares que disfrutan menos de las actividades en la escuela reciben valoraciones negativas de sus docentes acerca de su RA. En los adolescentes, la mala relación con los padres se asoció con un peor RA. De acuerdo con Ramírez (2011), gracias a la comunicación abierta e interactiva entre padres e hijos es posible transmitir experiencias de una generación a otra que sirvan en la resolución de los problemas; sin esta comunicación, la evolución en la formación escolar no sería posible. Para Ruiz de Miguel (2001), es preciso crear un clima afectivo que favorezca el equilibrio emocional del alumno, haciéndole que se sienta seguro de sí mismo; basando las relaciones padre-hijo en el respeto y el talante democrático. Por lo tanto, el fortalecimiento del vínculo paterno-filial juega un rol muy importante en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los escolares. Los adolescentes que manifestaron mejor relación con sus amigos obtuvieron un bajo RA, sin embargo en los niños la buena relación con los amigos se asoció a un mejor RA; esto daría cuenta de la importancia que tiene la amistad y el entorno social en el éxito académico.

Al estudiar por separado a los niños y adolescentes según la edad escolar, en niños si bien se observó que la percepción de malestar en el entorno escolar se asoció a un RA “no satisfactorio” en los alumnos con la edad teórica como en aquellos con sobreedad; es de destacar que la asociación fue más fuerte en los alumnos con sobreedad. Tradicionalmente el sistema educativo responsabiliza a los educandos del fenómeno de la sobreedad, asumiendo que son los escolares quienes fracasan debido a dificultades de aprendizaje o de conducta sin tener en cuenta que el entorno escolar está estrechamente vinculado al “éxito o fracaso” del alumno (UNICEF, 2007). El RA se asoció en adolescentes con la edad teórica a una peor percepción de su entorno

escolar y en adolescentes con sobreedad a un mayor malestar en su entorno familiar. La repetición, de este modo, refuerza las peores expectativas de los padres respecto de sus hijos, su futuro y su propia condición familiar (UNICEF, 2007).

Cuando se estudió por separado a los niños y adolescentes de acuerdo a su NSE, se observó que los adolescentes de NSE medio-bajo con bajo RA percibieron un mayor malestar en el entorno escolar que aquellos de NSE alto. Este resultado nos podría indicar que persisten prácticas en el entorno escolar que afectan la oportunidad para aprender especialmente en los alumnos de NSE bajo. La sensación de autonomía mostró asociación positiva con el RA en los adolescentes de NSE medio-bajo, mientras que tuvo una asociación inversa en aquellos de NSE alto. En los tres estratos sociales, los niños con sobreedad puntuaron más bajo en su RA que aquellos con la edad teórica; así como en los niños de NSE bajo como en aquellos de NSE alto la percepción de malestar en el entorno escolar se asoció a un RA “no satisfactorio”, dando cuenta que el NSE no influye en la relación edad escolar y RA ni en la relación entorno escolar y RA. Estos resultados harían suponer que el RA no sólo está asociado a las capacidades intelectuales de cada adolescente sino también a la edad escolar, factores psicosociales y las características de su entorno.

En relación al sexo, en ambas muestras el RA de las mujeres fue superior al de los varones. En niños esta diferencia se manifestó en Lengua escrita. Lozano (2001) afirma “las niñas se encuentran más motivadas para mantener una conducta de estudio, buscando y obteniendo más apoyo social que se traduce en un mejor RA”. Cabría considerar también las percepciones y las expectativas del entorno familiar y escolar que llevan a esta diferencia de género en el rendimiento académico según el sexo.

La sobreedad escolar es la consecuencia de las alteraciones en el trayecto educativo que en Argentina se visualiza fundamentalmente a través de la repitencia. Al analizar el promedio de las calificaciones anuales según la edad escolar se encontró una fuerte asociación entre estas dos variables puntuando más bajo en el RA los niños y adolescentes con sobreedad que aquellos con edad teórica. Para Ruiz y Pachano (2006), el alumno con sobreedad se encuentra en un estado de segregación o exclusión. Es así como alrededor de la sobreedad giran una serie de estigmatizaciones negativas que podrían condicionar las posibilidades de aprendizaje. Un estudio realizado en estudiantes entre 5 y 15 años de edad en la Argentina confirma que los niños con sobreedad se encuentran en “riesgo educativo” (Herrero V. 2004). Este riesgo educativo es el que conlleva a la repitencia y el abandono; expulsando a los niños del sistema educativo (Pérez Rubio A. 2007).La atención a la diversidad y a la educación inclusiva deberían ser vías necesarias para garantizar una educación de calidad.

El nivel de escolaridad de la madre es un poderoso predictor del rendimiento académico de los adolescentes (Ivanovic D. 2001). En este estudio se observó que en los niños y adolescentes con madres con escolaridad primaria o menos obtuvieron un RA promedio anual más bajo que aquellos cuyas madres tenían un nivel educativo terciario o universitario. Sin embargo, en adolescentes no se confirmó esta asociación al ajustar por otras variables. Según un estudio realizado también en Córdoba, la educación de la madre es un factor de protección en la educación de su hijo y a la vez un determinante positivo en la probabilidad de egreso (Tafani R. 2009). De acuerdo con Mella y Ortiz (1999), la educación de la madre es una medida del capital

cultural del que dispone la familia. Como señalan estos autores, el nivel de instrucción de la madre es clave al evaluar el peso de la socialización familiar en los aprendizajes de los escolares.

La familia es una de las instituciones que más importancia tiene en la educación. Es relevante destacar que en este estudio, 4 de cada 10 niños y adolescentes convivía en una familia "no convencional" (monoparental, reconstituida, monoparental compleja y sin mamá ni papá). Para Jadue (2003), los niños que conviven en una estructura familiar nuclear obtienen mayores destrezas emocionales y sociales que permiten un rendimiento académico satisfactorio. Los adolescentes que convivían en familias "no convencionales" obtuvieron calificaciones más bajas que aquellos que convivían con su papá y su mamá, aunque esta asociación no se confirmó en el modelo multivariado posiblemente debido al tamaño de la muestra. En esta misma línea, un informe realizado por el Instituto Vasco de Evaluación e Investigación Educativa afirma que el alumnado que convive con sus dos padres es el que obtiene resultados más altos en su rendimiento académico (Sainz Martínez A. 2009). En niños, si bien no se encontró asociación entre estas variables, podemos decir que se observa el mismo gradiente que en adolescentes. Cabe aclarar que dado el número reducido de niños que no convivía con su mamá ni su papá no fue posible confirmar la asociación entre el RA y la estructura familiar.

Al estudiar dos muestras relativamente homogéneas en donde se trabajó solamente con niños y adolescentes que asistían a escuelas públicas no se observaron diferencias estadísticamente significativas en su nivel socioeconómico (FAS) cuando se lo asoció al RA. Sin embargo entre los adolescentes con sobreedad, los de NSE medio-bajo obtuvieron mejor RA que aquellos de NSE alto. Este hallazgo nos lleva a pensar que los alumnos repitentes de NSE bajo cuentan con recursos internos (resiliencia) que permiten obtener mejores resultados académicos que aquellos de NSE alto. Cervini (2002) afirma que no es el capital económico familiar del alumno sino el capital cultural y contextual el que más importa en la distribución del logro escolar. Desde nuestra perspectiva, consideramos que en aquellos niños y adolescentes que pertenecen a los sectores económicos más desfavorecidos, la escuela se convierte en un vehículo de promoción social. En este sentido, se debería indagar sobre los significados del fenómeno de la sobreedad en las familias de bajos recursos económicos.

Entre las limitaciones de este estudio se puntualiza en primer lugar, no poder confirmar la relación de causalidad entre las variables estudiadas por el diseño transversal de la investigación. Futuras investigaciones de carácter longitudinal podrían dar cuenta del efecto de la CVRS y variables sociodemográficas sobre el rendimiento académico de los niños y adolescentes o viceversa. En segundo lugar, en una de las escuelas de nivel medio no se pudo acceder a los datos del rendimiento académico; esta fue otra limitación importante que disminuyó el tamaño de la muestra de adolescentes al igual que la falta de respuesta a la solicitud de consentimiento informado firmado por los padres de los niños y adolescentes escolarizados. Al disminuir el tamaño muestral se realizó distintos puntos de corte para categorizar las dimensiones de la CVRS en cada muestra. Finalmente, al estudiar dos muestras de distinto nivel educativo, la medición del rendimiento académico fue diferente; ya que en el nivel primario las calificaciones son cualitativas mientras que en el nivel medio el rendimiento académico se mide a través de calificaciones cuantitativas.

Entre las fortalezas de este trabajo se puede señalar que esta investigación analizó dos aspectos relevantes en la vida de los niños y adolescentes como son la educación y la salud, ésta última

desde su propia perspectiva. Las coincidencias encontradas entre los dos estudios dan consistencia a las conclusiones; en este sentido es importante destacar que tanto en los niños como en los adolescentes el rendimiento académico se asoció a las dimensiones psicosociales de la CVRS y variables sociodemográficas como el sexo, la educación materna y la sobreedad escolar.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Este estudio nos muestra la asociación de la CVRS y variables sociodemográficas con el rendimiento académico en niños y adolescentes, sugiriendo que el sexo, la sobreedad escolar, la escolaridad materna y las dimensiones psicosociales de la CVRS son factores fundamentales a tener en cuenta a la hora de analizar el rendimiento académico en estas edades. Si se considera el contexto en el que vive el niño y el adolescente así como su estado de salud se podrían reducir las desigualdades educativas y sociales en estas edades. Es necesario continuar con investigaciones en el ámbito educativo para conocer en mayor profundidad la salud percibida en niños y adolescentes y su relación con el rendimiento académico y de esta manera brindar información consistente que permita mejorar la calidad de vida de los escolares y su futuro más próximo**.**

El nivel de salud y educación de nuestros niños y adolescentes es consecuencia directa de la propia estructura socioeconómica, cultural y política que impera en el país. Uno de los principales desafíos tiene que ver con la necesidad de que las políticas en salud y educación recobren su importancia social. Sería necesario evaluar el impacto de la educación en la salud social de niños y adolescentes, así como el impacto de la educación en la reducción de las desigualdades en salud en estas edades. Citando a Inés Dussel, "*es importante desarrollar nuevas sensibilidades y disposiciones hacia la desigualdad en los políticos, en los pedagogos y en las familias, contribuyendo a que vuelva a resultar intolerable, a que el dolor de los demás nos vuelva a conmover y a que esa conmoción nos decida a renovar el compromiso"*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acero Abdul G, TalmanPeluha A, Vergara Galván A, Moreno Méndez J, Jiménez Martín H. (2008). Relación entre hábitos de de salud, consumo de internet y rendimiento académico en adolescentes de un colegio de la ciudad de Bogotá.Bogotá: Universidad San Buenaventura.Psicogente, 11 (19): p. 9-23.

AstoneN, McLanahan S. (1991) Family structure, parental practices and high school completion, American Sociological Review.56(3),p.309–320.

Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Rajmil L, Butinof M. (2009) Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir la calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. Archivos Argentinos de Pediatría. 107(4), p.307-314.

Bisegger C, Cloetta B, Von RuedenU, Abel T, Ravens- Sieberer U, The European KIDSCREEN group (2005). Healthrelatedquality of life: gender differences in childhoodand adolescence. Soz.-Präventivmed. 50,p.281-91.

Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria.18 (1), p.02-06

Cano Sánchez-Serrano J. (2001). El rendimiento escolar y sus contextos. Revista Complutense de Educación. 12 (1),p.15-80.

Cardozo G, Dubbini P. (2005). Promoción de salud y resiliencia en adolescentes desde el ámbito escolar. Psicodebate 7 Psicología, Cultura y Sociedad. Córdoba, Argentina.

Carignano C, Elosegui L, Abrego P, Spagnolo S. (2009). Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños y adolescentes que residen en la ciudad de Bahía Blanca. Departamento de Epidemiología Ambiental, Subsecretaría de Gestión Ambiental, Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de Bahía Blanca.

Caso Niebla J, Hernández Guzmán L.(2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología. 39(3),p.487-501.

Cava M, Musitu G. (2003). La potenciación de la autoestima en la escuela. Barcelona: Paidós.

Centeno Romero H, de la Ossa Salgado M, García Delgado N, Lobo López J, Tuesca-Molina R. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). 24(1),p.53-63.

Cervini, R. (2002). Desigualdades socioculturales en el aprendizaje de matemáticas y lengua de la educación secundaria en Argentina: Un modelo de tres niveles. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa.8(2).

Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. (2004). La salud en la infancia. Barcelona. Gaceta Sanitaria. 18 (1),p. 39-46.

Datcher L. (1989). Family background and school achievement among low income blacks. The Journal of Human Resources. 24,p.528–543

Department of Health (1999). Saving lives: our healthier nation. London: Stationery Office

Dormbush S, Merril C, Bushwall S, Ritter P, Leiderman A, Leiderman H, Hastorf A, Gross R.(1985). Single Parents Extended Households and the Control of Adolescents. Child Development. 56,p.326-341.

Downey, D. (1994).The school performance of children from single-mother and single-father families, Journal of Family Issues.5(1),p.129–147.

Duran, E. (2005). La estrategia de escuela saludable. Típica. Boletín electrónico de salud escolar.

Dussel, I. (2004).Desigualdades sociales y desigualdades escolares en la Argentina de hoy. Algunas reflexiones y propuestas. En publicación: Desigualdades sociales y desigualdades escolares en la Argentina de hoy. Algunas reflexiones y propuestas. FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina.

Entwisle D, Alexander K. (1995). A parent's economic shadow: family structure versus family resources as influences on early school achievement, Journal of Marriage and the Family. 57(2),p.399–409.

Estévez López E, Martínez Ferrer B, Jiménez Gutiérrez T. (2009). Las Relaciones sociales en la Escuela: El Problema del Rechazo Escolar. PsicologíaEducativa. 15 (1),p.5-12.

Finn J, Owings M. (1994). Family Structure and School Performance in Eighth Grade.Journal of Research and Development in Education. 27,p.176-187.

Gómez Dacal, O. (1992). *Rasgos del alumno, eficiencia docente y éxito escolar* .Madrid: La Muralla

Greene W, Simons–Monton B. (1988). *Educación para la salud*. México: McGraw Hill.

Gutiérrez-Suárez R, Pistorio A, Cespedes Cruz A, Norambuena X, Flato B,PediatricRheumatology International TrialsOrganisation (PRINTO), et al.(2007). Health-related quality of life of patients with

juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas.The PRINTO multinational quality of life cohort study.Rheumatology (Oxford). 46(2),p.314-20.

HBSC (2002). La conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: un estudio trans-nacional y en colaboración de la Organización Mundial de la Salud, Edimburgo, Unidad de Investigación sobre la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Universidad de Edimburgo

Hernández Mella R, Pacheco Salazar B. (2011).La sobre edad escolar: de la exclusión a la oportunidad. Ciencia y Sociedad. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. 36 (1),p.163-182.

Herrero V.(2004). Determinantes de situaciones de riesgo educativo en la población en edad escolar en Argentina. Instituto de Economía y Finanzas - Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba.

IIPE–UNESCO (2003). Estrategias sistemáticas de atención a la deserción, la repitencia y la sobreedad en escuelas de contextos desfavorecidos. Documento de Integración: Un balance de los años 90 en la Argentina. Buenos Aires. 2 (1).

INDEC REDFIELD, MECyT (2000). Operativo Nacional de Evaluación, año 2000.

Ivanovic D, Leiva Plaza B, Inzunza Brito N, PerezTorrejon H, Almagia A, et al. (2001). Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar.Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Santiago, Chile. 2001. 51 (1),p.64-71.

Jadue J.(2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. Estudios Pedagógicos., Valdivia. 97.

Jadue J. (2003). Transformaciones familiares en Chile: Riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. EstudiosPedagógicos (Valdivia), 29. Extraído de http://www.scielo.cl

KIDSCREEN GroupEurope. (2006).The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents-Handbook.Lengerich: Papst Science Publisher.

King, A. (2000). *The New Zealand health strategy.*Wellington: Ministry of Health.

Lee V, Bryk A, Smith J. (1993). The Organization of Effective Secondary Schools.Review of Research in Education. 19,p.171-267.

Lozano, L., González-Pienda J, Núñez J, Lozano, L, Álvarez, L. (2001). Estrategias de aprendizaje, género y rendimiento académico. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación, 7* (5),p.1138-1663.

Mamondi, V. (2011). Sobrepeso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Bahía Blanca. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Martín U, BacigalupeA. (2009).Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud.Zerbitzuan. 45,p.59-72.

McLanahan S, Sandefur G. (1994). Growing Up with a Single Parent: What Hurts, What Helps.Cambridge: Harvard UniversityPress.

Mella O, Ortiz I. (1999). Rendimiento escolar. Influencias diferenciales de factores externos e internos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Distrito Federal, México.24 (1),p.69-92.

Ministerio de Educación. (2010). Secretaría de estado de Educación y Formación Profesional. Madrid, España. Revista de Educación, número extraordinario,p.225-256.

Mizala A, Romaguera P. (1998). Desempeño escolar y elección de colegios: La experiencia chilena.Documentos de Trabajo36, Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile.

Moreira-Mora, T. (2007). Perfil Sociodemográfico y Académico de Estudiantes en Deserción del Sistema Educativo. Actualidades en Psicología. 21, p.145-165.

Mulkey L, Crain R, Harrington A. (1992). One- Parent Households and Achievement.Sociology of Education(65),p48-65.

Navarro R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. REICE.1 (2).

Ojembarrena Martínez E,de Pinedo MontoyaFernández R, Gorostiza Garay E, Lafuente Mesanza P, LizarragaAzparren M. (2002). Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados.Published in AnPediatr (Barc). 56(5),p.416-24.

Omar A.(2004). La evaluación del rendimiento académico según los criterios de los profesores y la autopercepción de los alumnos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. México. 34 (2),p.9-27.

Ortega-Ruiz R, Mora-Merchán J, Jäger T. (2007). Actuando contra el bullying y la violencia escolar. El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de Internet. Eds. [E-Book]. Accesible enhttp://www.bullying-in-school.info

Parsons, T.(1990). El aula como sistema social: alguna de sus funciones en la sociedad americana. Educación y Sociedad.6,p.173-195

Pérez R, López F, Peralta D, Municio P. (2006). Hacia una educación de calidad gestión, instrumentos y evaluación Madrid, ed. Narcea.

Pérez Rubio A, 2007. Los procesos de exclusión en el ámbito escolar: el fracaso escolar y sus actores. Revista Iberoamericana de Educación–Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).43 (6).

Quiceno J, Vinaccia S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. Psicología y Salud. 18(1),p.37-44.

Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra-Sutton V, 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. GacetaSanitaria.15(4):34-43.

Rajmil L, Díez E, Periró R. (2010). Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. 24(1),p.42–48.

Ramírez M, Devia Quiñones R, León Salazar R. (2011). Pobreza y rendimiento escolar: estudio de casos de jóvenes de alto rendimiento. Educere-Investigación Arbitraria. 15 (52),p.663-672.

Roizen M, Figueroa C, Salvia L. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. Archivos argentinos pediátricos. 105(4),p.305-313.

Rojas Betancur M, González D. (2009). Rendimiento y calificación, dos aspectos problemáticos de la evaluación en la universidad.Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2,p.1-21.

Román, M. (2009). El fracaso escolar en los jóvenes en la enseñanza media. REICE. 7(4).

Ruíz de Miguel C. (2001). Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. Revista Complutense de Educación.12 (1),p.81-113

Ruiz Morón D, Pachano L. (2006). La extraedad como factor de segregación y exclusión escolar. Revista de Pedagogía.37,p.33-69.

Sainz Martínez A, Arregi Martínez A, Angulo Vargas A. (2009).Evaluación diagnóstica 2009. 2º ESO. Análisis de variables. Instituto Vasco de Evaluación e Investigación Educativa (ISEI-IVEI).

Salazar Flores N, López Sánchez L, Romero Ramírez M. (2010).Influencia familiar en el rendimiento escolar en niños de primaria**.** Revista científica electrónica de psicología ICSA-UAEH. 9.

Schilling E, Lynch E. (1985). Father versus mather custody and Academic Achievement of Eigth Grade Children. Journal of Research and Development in Education.18 (2),p.7-11

Secretaría de EducaciónPública.(2011). Criterios y orientaciones para prevenir y atender a la población en extraedad en educación básica. Colección Hacia el logro educativo. México, DF.

Serna C, Yubero S, Larrañaga E.(2008). Exclusión educativa y social: El contexto social como escenario del fracaso escolar. Departamento de Psicología. Universidad de Castilla- La Mancha. Boletín Informativo de Trabajo Social. 13

Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. (2003). Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE en una muestra de adolescentes escolarizados. Gaceta Sanitaria. 17,p.181–9.

Solans M, Pane S, Estrada M, Serra-Suton V, Berra S, et.al. (2008).Health-related qualityof life measurement in children and adolescents: A systematicreview of generic and disease-specific instruments. Value Health.11(4),p.742-64.

Starfield B. (1974). Measurement of outcome: a proposed scheme. Milbank Mem Fund Q. 52,p.39-50.

Starfield B. (2001) Basic concepts in population health and health care. Journal Epidemiology and Community Health.55, p.452–454.

Tafani R, Bosch E, Caminati R, Chiesa G, Branquer G, Estrada S, Gaspio N. (2009).Educación y salud: atributos sociodemográficos y rendimiento académico. Revista de Salud Pública. 13,p.22-31

Tifner S, De Bortoli M, Pérez T. (2006). El rendimiento escolar vinculado a variables nutricionales y psicológicas en estudiantes de una zona socioeconómicamente humilde de la ciudad de San Luis, Argentina. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 8 (1),p.143-152.

Tuesca Molina R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 21,p.76-86

UNESCO. (1996). Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe.

UNESCO. (2001). Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas y factores asociados, para alumnos de tercer y cuarto grado de la educación básica. Informe técnico. Santiago: Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación.

UNICEF. (2007). Propuesta para superar el fracaso escolar. Todos pueden aprender. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/PROPUESTA_web.pdf

Urzúa A, Cortés E, Prieto L, Vega S, Tapia K. (2009). Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. Revista Chilena de Pediatría. 80 (3),p.238-244.

Urzúa A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica Chile. 138,p.358-365.

Valderrama Alarcón M, BehnTheune V, Pérez Villalobos M, Díaz Mujica A, Cid Henriquez P, Torruella Puente M. (2007). Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el fracaso escolar en alumnos vulnerables de escuelas municipalizadas de la comuna de San Pedro de la Paz. Ciencia y enfermería. 13(2),p. 41-52.

Verdugo M, Sabeh E. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida enla infancia. Psicothema, 14 (1),p.86-91.

Vinaccia S, Quiceno J, Moreno San Pedro E. (2007). Resiliencia en adolescentes. Revista colombiana de psicología. 16,p.139 -146

Willke R, Burke L, Erickson P. (2004). Measuring treatmentm impact: a review of patient-reported outcomes and otherefficacy endpoints in approved product labels.Control ClinTrials.25(6),p.535-52

World Health Organization. (1999).HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen:World Health Organization regional office for Europe.European Health for All Series.6.