



X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería

10th International Nursing Research Conference

Investén-*isciii*
Unidad de Coordinación y Desarrollo de la
Investigación en Enfermería

**Del 22 al 25 de Noviembre de 2006
November 22nd to 25th, 2006**

Albacete

**Con la colaboración de:
With the collaboration of:**

csai 
Fundación para la
Cooperación y Salud
Internacional CarlosIII

**LIBRO DE PONENCIAS
CONFERENCE`S BOOK**

Colaboran



Ayuntamiento de Albacete



ISBN: 84-690-2248-2

Edita: Instituto de Salud Carlos III - Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2006.

AUTOR/ES:

Jaimes-Valencia ML*, Richart M, Cabrero J, Florez-Alarcón L, Palacio J.
*Correspondencia: ml.jaimes@ua.es

TÍTULO:

Calidad de vida relacionada con la salud en niños(as)-adolescentes: adaptación cultural del instrumento KIDSCREEN-52 en Colombia.

TEXTO DEL TRABAJO:

Palabras clave: calidad de vida, bienestar, adaptación cultural, validación lingüística.

Introducción

Existen medidas de resultado de la salud que van más allá de la morbilidad y mortalidad (1) en la población de niños(as) y adolescentes. Es el caso, de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (2). Así, instrumentos como el Health-Related Quality Of Life Instrument For Children And Adolescents (KIDSCREEN-52) han sido diseñados para valorar la salud percibida entendida ésta como sinónimo de la CVRS y donde se incluyen aspectos del bienestar físico, emocional, mental, social y conductas percibidas por los propios niños(as) y adolescentes (3).

En la actualidad Colombia adolece de este tipo medidas de resultado adecuadas al contexto. Para tal fin, se realizó un estudio de investigación que permitiera adelantar el proceso de adaptación cultural usando la metodología de traducción directa e inversa (4). De esta forma, éste estudio buscó obtener una versión adaptada del instrumento KIDSCREEN-52, lingüísticamente equivalente a la versión original española (VOE).

Método**Participantes y procedimiento**

La primera fase de esta investigación se desarrolló en tres etapas: a) La primera etapa, inició con el establecimiento de acuerdos entre investigadores y autores originales del instrumento, con el objeto de determinar el procedimiento a seguir en el proceso de adaptación; (b) en la segunda etapa, se adelantaron tres traducciones directas con la participación de 3 filólogos. En esta misma fase se consultaron a 3 informantes clave sobre la comprensión de los ítems del cuestionario teniendo en cuenta la población diana a la que estaba dirigido el instrumento. También, se generaron reuniones de consenso por parte del grupo investigador y filólogos con la respectiva clasificación de los ítems en equivalencias; c) en la tercera etapa, se realizaron entrevistas a 12 grupos de niños(as) y adolescentes con edades entre 8-10 años, 11-14 años y 15-18 años de edad. Para la conformación de los grupos se buscó que estuvieran equilibrados en sexo y edad, además, que pertenecieran a diferentes estratos socioeconómicos de las ciudades de Bogotá y Barranquilla (Colombia). En total, en las entrevistas participaron 48 niños(as) y adolescentes. Con los comentarios de los entrevistados se logró crear la segunda versión consensuada. Posteriormente, se realizó una traducción inversa de 12 ítems que fueron identificados como los que presentaba mayores transformaciones semánticas y culturales.

I

Instrumento

El Health- Related Quality of Life Instrument for Children and Adolescents (KIDSCREEN-52) es un cuestionario que valora la salud y el bienestar subjetivo de niños(as) y adolescentes de 8 a 18 años. Este instrumento fue desarrollado simultáneamente en 13 países de Europa (5). El KIDSCREEN-52 cuenta con una fiabilidad, valorada mediante el alpha de Cronbach, con un rango de 0.84 a 0.99 en nueve de las diez dimensiones (6). En cuanto a la validez, los investigadores de cada país han explorado la relación entre el KIDSCREEN con otros instrumentos de CVRS existentes. España participó con una muestra de 491 niños(as) y adolescentes. La versión obtuvo un alpha Cronbach superior a 0.70 en todas las dimensiones y también se identificaron diferencias entre grupos de edad, sexo y poder adquisitivo de la familia. En general, el instrumento está conformado por una introducción que contiene las instrucciones de cumplimentación, datos sociodemográficos y un ítem general de salud autoinformada. Seguidamente del cuestionario propiamente dicho que consta de 52 ítems agrupados en 10 dimensiones (7).

Resultados

Las 3 traducciones directas de la versión original española (VOE) del KIDSCREEN-52 y la consulta a los tres informantes clave permitieron obtener una primera versión consensuada (PVC) del instrumento cercana a las realidades de la población diana. Situación que se pudo evidenciar en primera instancia en la introducción del KIDSCREEN-52 el cual contiene las instrucciones de cumplimentación, en este caso los entrevistados hicieron comentarios tales como, “ésta (la PVC) es más corta y se comprende”, “la otra (VOE)... muy larga y enredada,” situación similar ocurrió en relación al ítem general de salud informada, que en la VOE, preguntaba “¿tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?. En la PVC se indagaba de la siguiente manera: ¿tienes o sufres alguna limitación (caminar, ver, oír etc) enfermedad o problema de salud permanente?. Algunos comentarios por parte de los entrevistados fueron: “ahí explica que si uno no puede caminar...por ejemplo, en compañeros de clase que no puedan caminar por que tienen aparatos”...” yo tengo problemas para oír.”

En relación a los 52 ítems del cuestionario en su versión original española, los resultados en las traducciones directas con las respectiva clasificación de equivalencias en las traducciones permitió ubicar a 51/52 ítems como equivalentes, es decir, que podían ser indagados en el contexto colombiano, pero introduciendo cambios sintácticos, semánticos y culturales en 40/52 ítems. Por parte de los informantes clave, éstos identificaron a 5 ítems con mayor dificultad para ser comprendidos por los niños/as y adolescentes colombianos, con valores entre 8-10 puntos de dificultad en la comprensión (0 mínima dificultad y 10 máxima dificultad). Además, los 3 informantes clave coincidieron que era necesario en 24/52 introducir cambios que dieran mejor significado o sentido al ítem y en 2/52 ítems introducir ejemplos significativos para los niños/as y jóvenes colombianos. Una vez revisada la información ofrecida por los filólogos e informantes clave respecto a los 52 ítems del cuestionario se generó una primera versión consensuada (PVC) con veinticinco ítems iguales que en el original español, veinticinco ítems con modificaciones sintácticas y semánticas, un ítem en el que introdujeron ejemplos cercanos a la cultura de la población diana. En el caso del ítem 5 de autopercepción no hubo acuerdo con los filólogos respecto a mantener el ítem, de esta manera, se decidió junto con los autores originales no modificar el ítem e indagar su comprensión con la población diana. Así, en las entrevistas a los niños(as) y adolescentes éstos coincidieron con los informantes clave en que no se omitiera ningún ítem. Además, refrendaron la mayoría de los cambios propuestos en la primera versión consensuada (PVC) y sólo remodificar a 6 ítems pertenecientes a las dimensiones de bienestar físico, autonomía, recursos económicos, entorno escolar, y rechazo social.

De esta manera, el proceso de adaptación permitió obtener una segunda versión consensuada (SVC), con tres grupos de ítems: 27 de los 52 ítems no sufrieron modificaciones, es decir, se dejaron igual que la versión original española (VOE) y 24 de los 52 ítems sufrieron modificaciones de tipo sintáctico y semántico. A modo de ejemplo se presenta a continuación uno de los ítems que presentó modificaciones semánticas en la PVC siendo valorados los cambios favorablemente por parte de la población diana: la versión original en inglés VOI “¿Have you had enough time to meet friends?” corresponde a la VOE, “¿Has tenido suficiente tiempo de ver a los amigos/as?” en la PVC se presentó como “¿Has tenido suficiente tiempo para reunirte con tus amigos/as?”.

Algunas de las expresiones de los entrevistados a este ítem fueron: "Se pueden ver a los amigos pero no hablar con ellos, por eso mejor reunirte", "yo casi no tengo amigos. Sólo uno; con él si me reúno". El tercer grupo de ítems correspondió a aquellos que a pesar de haber sido modificados en la PVC en las entrevistas grupales se sugería fueran nuevamente modificados un ejemplo es: VOI, “Have other girls and boys bullied you? que corresponde a la VOE “¿Te han intimidado o amenazado otros chicos/as?”, en la PVC se presentó como “¿Te han intimidado (acosado) otros compañeros/as?”. Los comentarios de los entrevistados sobre este ítem indicaban que hacer uso de palabras como intimidado, amenazado o molestado sugería algún tipo de rechazo u agresión. Además, para la mayoría de los grupos entrevistados era claro que la palabra chico/a no era frecuente en el contexto colombiano; referirse a los otros en términos de compañeros/as era más cercano.

Esta situación se evidenció en algunas de las expresiones de las entrevistas: “cuando es compañero, es el prójimo, el que tiene uno alrededor”, “amenazado, que le van a pegar”, “que si te molestan algunos compañeros”, “intimidado”..“es como que te están mirando feo”. Con estas observaciones el ítem sufrió cambios semánticos quedando en la SVC, así, ¿Te han molestado, intimidado (amenazado) otros compañeros(as)?.. Finalmente, dentro del proceso de adaptación un ítem de la dimensión de bienestar físico, sufrió modificaciones de tipo cultural.

Discusión

El estudio permitió obtener la versión colombiana del instrumento KIDSCREEN-52, cumpliendo con la primera fase del proceso de adaptación cultural, permitiendo así, obtener la validez lingüística, es decir, la equivalencia entre culturas. Para tales efectos, el estudio se adelantó en tres etapas: la primera etapa permitió decidir en forma conjunta con los autores originales de los instrumentos los procedimientos a seguir en la adaptación, tales como: utilizar como referente la metodología aceptada internacionalmente para la adaptación de instrumentos de CVRS, denominada traducción directa e inversa (8) e introducir modificaciones a la metodología clásica de adaptación incorporando técnicas cualitativas como la consulta de informantes clave y entrevistas con la población diana. La segunda y tercera etapa del estudio, buscaron mantener la equivalencia conceptual y cultural con el instrumento original. Para ello, cada grupo de participantes del estudio, desde su perspectiva, facilitó información que se consideraba aportaba más sentido a los ítems, encontrándose coincidencias y desacuerdos entre las diferentes apreciaciones de los participantes de la investigación. En general en la elaboración de la versión adaptada se concedió más peso a las opiniones de la población diana. Contar con este tipo de instrumentos adaptados adecuadamente al contexto de Colombia se considera de gran utilidad en la práctica clínica y salud pública, en especial en el establecimiento de líneas de base para ubicar impactos de las intervenciones no sólo de los aspectos físicos de la salud sino además de los aspectos psicosociales; así la SVC es la que se propone para adelantar el estudio piloto.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Richart M, Reig A, Cabrero J. El concepto de calidad de vida: La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Alicante-España: Editorial Club Universitario;1999.
- (2) Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada M, Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: Actualización. Document d’Avaluació. Agència d’Avaluació de Tecnologia i recerca Mèdiques. Barcelona. 2006
- (3) Kidscreen Group. Modelo de Medida. Consultado en septiembre de 2006. Disponible en: http://kidscreen.diehaptstadt.de/kidscreen/es/measure_model/index.html.
- (4) Casas J, Repullo JR, Pereira J. Medida de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clin (Barc). 2001;116:798-796
- (5) Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Auquier P, Power M, Abel T, Czemy L, Mazur J, Czimbalmas A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J. The European KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert. Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2005;5(3):353-364.
- (6) Kidscreen Group. Manual of the KIDSCREEN questionnaires. 2005.p.1-84.
- (7) Aymerich M, Berra S, Guillamon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Siebere U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gaceta Sanitaria. 2005;19: 93-102.
- (8) Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005;5(3): 521-551.