

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

PERCIBIDA POR ADOLESCENTES

CON Y SIN TALLA CORTA”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: ALEX EDUARDO VIGO NOVOA

ASESOR: DR. PABLO ALBUQUERQUE FERNANDEZ

TRUJILLO-PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. ALICIA LETURIA MONTES
PRESIDENTA

DRA. ELENA SALCEDO ESPEJO
SECRETARIA

DRA. SILVIA REVODERO LLANOS
VOCAL

DEDICATORIA

A **Dios** por haberme dado la vida y

Permitirme haber llegado hasta este momento

tan importante de mi vida.

A mis padres **Segundo y Gladis** que a pesar
de la distancia siempre me brindaron su
amor su apoyo; que han sabido formarme
con valores y sentimientos los cuales me
han ayudado a salir adelante.

A mi compañera de toda la vida **Tow Nadia** por el amor

que me brinda, por ser mi soporte, una gran mujer,

por ser un ángel en mi camino, por darme el mejor regalo

mi adorada **Mia Khalessi**.

*A mi **Mami Naty** por su ayuda incondicional*

Por ser una gran persona que desde pequeño

Cuido de mi, mi segunda madre.

*A mi hermanita **Claudia** por todo tu cariño,*

apoyo y los grandes momentos que

pasamos como familia y pido a Dios pueda lograr

todas sus metas.

*A mi Abuelo **Humberto** que desde cielo*

Guía y protege mi camino, a mi Abuela

***Anastasia** por todo el cariño que desde niño*

me dedico.

AGRADECIMIENTO

*Agradezco a **Dios** por ayudarme y estar conmigo
en cada paso de mi carrera y por concederme la gracia
de tener una hermosa familia, que es mi ejemplo y que
con tanto amor me ayudan a salir adelante.*

*Agradezco al **Dr. Pablo Albuquerque Fernández**,
por su valioso tiempo y asesoría en la realización
de esta tesis*

INDICE

	Página
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	9
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	26
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
VIII. ANEXOS	34

RESÚMEN

Objetivos: Determinar los niveles de calidad de vida de adolescentes con talla corta y con talla normal, atendidos en Consultorio Externo del HVLE en el año 2015.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio de tipo, observacional, analítico, seccional – transversal. La población de estudio estuvo constituida por 150 adolescentes (10 a 18 años) atendidos en consultorio externo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 70 adolescentes con talla corta y 80 con talla normal a los cuales se evaluó utilizando el Test QoLISSY sus Niveles de calidad de vida total y según tres dominios físico, social y emocional.

Resultados: El análisis del estudio fue que la media de calidad de vida total fue 69.89 con DE= 13.92, siendo 57.97 la media en el grupo talla corta y 80.33 en los de talla normal, la diferencia de medias intergrupar fue estadísticamente significativa $p<0.05$.

Los dominios físico, social y emocional tuvieron una media significativamente menor en los adolescentes con talla corta en comparación con los de talla normal (15.41 vs 21.91; 22.01 vs 29.706 y 20.74 vs 28.65 respectivamente). Adicionalmente, la calidad de vida total y en los tres dominios física, social y emocional; son significativamente mayores en adolescentes del sexo femenino que en los de sexo masculino ($p<0.05$). El 35.7% de adolescentes con talla corta tuvieron baja calidad de vida.

Conclusiones: Los niveles de calidad de vida percibidos por adolescentes con talla corta fueron significativamente menores que los adolescentes con talla normal en especial en el sexo masculino.

Palabras claves: talla corta, calidad de vida

ABSTRACT:

Objectives: determine the levels of quality of life of adolescents with short stature and normal height adolescents treated at outpatient clinic at the HVLE- 2015.

Material and Methods: Was conducted, observational, analytical, and sectional. The study population consisted of 150 adolescents (10-18 years old) at the outpatient clinic of Victor Lazarte Echegaray Hospital as criteria for inclusion and exclusion established, divided into two groups: 70 short size 80 to size seen height to which were evaluated using the Test QoLISSY levels and overall quality of life in three physical, social domains..

Results: The analysis of the study was that the average overall quality of life is 69.89 with SD = 13.92, and the average quality of life is of 57.97 in the short stature group vs. 80.33 the normal size, the mean difference being statistically significant intergroup $p < 0.05$. The physical, social and emotional domains have on average significantly lower in adolescents with short stature vs adolescents with normal height (15.41 vs 21.91; 22.01 vs 20.74 vs 28.65 and 29,706 respectively) .The overall quality of life and the three physical domains, social and emotional; are significantly higher in adolescent girls than in male ($p < 0.05$).El 35.7% of adolescents with short stature had low quality of life.

Conclusions: The levels of perceived quality of life for adolescents with short stature were significantly lower than the normal height teenagers especially males

Key words: short stature, quality of life.

I.INTRODUCCIÓN

1. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La niñez es la etapa del ser humano caracterizada por el crecimiento, que es un proceso complejo, que involucra millones de multiplicaciones celulares, influidas por la interacción de diversos factores¹. El control del crecimiento en el niño usando técnicas estandarizadas es un componente fundamental de la consulta pediátrica. La evaluación del crecimiento en el tiempo, comparado con las curvas de crecimiento oficiales, identifica desviaciones de lo normal, lo que sugiere presencia de enfermedad en el niño.²

Las desviaciones del crecimiento pueden ser expresadas como desviaciones estándar (DE) de la media de poblaciones normales comparables en edad y sexo. Los niños con talla inferior a 2 DE debajo de la media son generalmente clasificados como talla corta. La talla corta es el motivo de consulta más frecuente en endocrinología pediátrica^{3, 4}.

La talla corta esta define según la (Organización Mundial de la Salud) como aquella que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar (-2DE) de la media o por debajo del percentil 3 para la población de referencia esperada para la edad y el sexo. Cualquier niño o niña con disminución en la velocidad de crecimiento por debajo de una desviación estándar de forma mantenida en el tiempo (al menos dos años consecutivos), o con una talla considerablemente menor a lo esperado para la talla media parental.⁵

Las principales causas de talla corta se dividen en dos grupos; el primero que constituye la talla corta idiopática en un 80 %, en esta incluyen los adolescentes

con retraso constitucional del crecimiento, talla baja familiar y una combinación de ambos; en un segundo grupo se encuentra la talla corta patológicas con un 20% divididos a la vez en dos grupos un primer no armónicos (displasia esqueléticas, raquitismo) y armónicos (Retrasos intrauterinos, síndromes dismorficos, malnutrición, enfermedades crónicas, trastornos cromosómicos, de origen psicosocial)⁶.

La Organización Mundial de la Salud reporta que en el Perú presenta talla corta el 29.8% de la población menor de 15 años, constituyendo uno de los tres países con mayor prevalencia de la misma siendo la causa más frecuente la desnutrición. Se reporta que aproximadamente el 10% de los niños que nacen son pequeños para la edad gestacional (PEG) de ellos el 85% muestra una recuperación espontanea de crecimiento a los 2 años y el 15% restantes tienen falla en el crecimiento.⁷

La talla corta idiopática hace referencia a todas aquellas condiciones de talla corta en la que se desconoce la causa de sí misma, y que además cumple los siguientes criterios: Longitud y peso del recién nacido normal para la edad gestacional; proporción corporal normales; ausencia de enfermedad crónica, orgánica, endocrinopatía o trastorno psicoafectivos; nutrición adecuada.⁸

Cuando uno o varios miembros de la familia (Padres, tíos, hermanos, abuelos, primos) presenta también talla corta, hablamos de talla corta idiopática con componente familiar, puede asociarse o no a cierto grado de retraso madurativo o del desarrollo. Los cuadros clínicos en los que existiendo un componente familiar de retraso de crecimiento durante la pubertad, pero en los familiares que lo presentaron alcanzaron una talla adulta normal, constituirían en sentido

estricto el cuadro clínico conocido como Retraso constitucional del crecimiento (RCC).⁹

En un niño con sospecha de talla corta idiopática, se realiza una evaluación que incluya la historia personal, familiar y social, el examen físico, exámenes bioquímicos y hormonas que descarten cualquier patología.¹⁰

La expresión “calidad de vida” fue usada por primera vez por Lyndon Johnson, presidente de Estados Unidos en 1964 “. El impacto negativo de los avances de la tecnología en Medicina y Biología es una progresiva. Es así que surge el interés en dicha ciencia por promover y definir “calidad de vida” la cual en medicina debería considerar más que el control de síntomas, reducir la mortalidad o incrementar la expectativa de vida.¹¹

La calidad de vida (CV) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”¹² . Existen dos fuerzas que influyen en la calidad de vida: la endógena y la exógena; la primera hace referencia a las respuestas mentales, emocionales y fisiológicas del individuo a su condición de vida, mientras que la exógena se refiere a las influencias de la estructura social, la cultura y el ambiente social que afectan a la persona, al grupo y a la comunidad.¹³

La talla corta como una característica aislada puede constituir un factor de riesgo para problemas de conducta y emocionales en la calidad de vida. Esto no es sólo debido a las barreras en la vida cotidiana causados por las limitaciones físicas relacionadas con la altura, sino también porque la talla corta puede ser considerado como un estigma social, que a su vez puede afectar a la auto-percepción y la integración social de las personas con baja estatura. La intensidad del deterioro depende no solo del grado de estatura corta, sino también de la forma en que las personas perciben su altura y su capacidad para hacer frente a este estigma.¹⁴

La calidad de vida relacionada con la salud (CVS), se ha definido como el valor asignado a la vida de acuerdo con la modificación que se genera por la discapacidad, la invalidez y las oportunidades sociales, lo cual se ve afectado por los padecimientos y las enfermedades ¹³. La CVS incluye las dimensiones física, social y emocional de la salud vistas como áreas que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones desde la percepción de una persona o de otras personas. La CVS, es considerada actualmente como un aspecto importante en la práctica clínica¹⁴.

La dimensión física de CVS, incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. La dimensión social evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y las alteraciones el desempeño de roles sociales en la vida familiar y académica. La dimensión emocional suele englobar la evaluación de la

depresión y la ansiedad, es decir de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.¹⁵

Los cuestionarios pediátricos que miden la CVS se pueden clasificar, igual que en adultos, en genéricos y específicos según las características de la población para la cual han sido creados y sus dimensiones. Los instrumentos genéricos se utilizan en la población general, independientemente del estado de salud-enfermedad, los contenidos que analizan son comunes a cualquier situación e intentan dar una aproximación general del estado de salud. Los instrumentos específicos, en cambio, están dirigidos a una enfermedad y sus dimensiones intentan profundizar en aspectos de la CVS de un síntoma, proceso agudo o crónico, capturando con mayor precisión el impacto de los tratamientos y de las intervenciones sanitarias.¹⁶

Medir la CVS en pediatría supone una dificultad adicional, que es tener en cuenta el desarrollo neurocognitivo. Hasta los 7-8 años, el grado de madurez alcanzado por el niño puede hacer difícil que valore e informe su calidad de vida; en esos casos, los padres son los que ocupan el lugar de informantes. Además, más allá de los aspectos relacionados con el nivel de comprensión según la edad, los aspectos o dimensiones que resultan importantes pueden cambiar con la edad y son claramente diferentes a aquellos tomados en cuenta para los adultos¹⁷.

Recientemente se ha validado un instrumento para medir la calidad de vida en adolescentes con diagnóstico de talla corta (TC), el European Quality of Life in Short Stature Youth (QoLISSY) desde la perspectiva de los pacientes y sus padres. El QoLISSY fue capaz de detectar diferencias significativas en el nivel de calidad de vida de niños con talla corta y talla alta¹⁸.

2. ANTECEDENTES:

Oswiecimska et al (Poland,2015) , evaluaron la calidad de vida de 76 personas entre 16 y 25 años con talla corta , 26 con talla corta severa , moderada en 22 y normal en 28 ,usando el QoLissY ;encontrando que las dimensiones física y emocional general fueron significativamente menores en los adolescentes con talla corta severa respecto del normal, además correlación positiva entre niveles de hormona de crecimiento en esfera física ($r=0.29$; $p=0.02$) y en el área emocional ($r=0.37$; $p=0.002$). Concluyendo que la calidad de vida está afectada en adolescentes y jóvenes con severa talla corta principalmente en áreas física y emocional.¹⁹

Sommer et al (Alemania, 2015) estudiaron la asociación de talla y calidad de vida de adolescentes alemanes en la población general. Un total de 6646 adolescentes y 6388 padres fueron examinados mediante el KINDL-R; encontrando que la estatura no está asociada con la calidad de vida en adolescentes y sus padres, incluso los niños con talla corta podrían tener mejores niveles de calidad de vida.²⁰

Geisler et al. (Basilea 2014) estudiaron la calidad de vida en 95 niños de 8-18 años con deficiencia de hormona de crecimiento (72% masculino) tratados con hormona de crecimiento; estos niños fueron comparados con 190 agrupados según edad y género sin talla baja mediante el KINDL-R en 6 dimensiones: física , emocional , autoestima, familiar, amigos y escolar. Encontraron que la calidad de vida estuvo significativamente reducida en niños con talla corta.²¹

3. JUSTIFICACIÓN:

La adolescencia es la etapa donde cada uno busca conocerse, experimentando la mayoría cambios físicos, sociales y emocionales que influye en el comentario del entorno social.

La talla corta como característica aislada, constituye un factor de riesgo relacionado a los problemas de conducta, alterando así la calidad de vida del adolescente. Considerado un estigma social que altera la auto percepción e integración a su entorno, la intensidad del deterioro depende del grado de talla corta, la percepción de su estatura y la capacidad de entendimiento del mismo.

La intención del presente estudio es debido a la población de adolescentes con talla corta, la repercusión que causa sobre su calidad de vida la cual no es evaluada con importancia debida por el personal de salud, produciendo daño psicológico pudiendo permanecer hasta otras edades afectando su entorno social.

Existe también falta de estudios de esta relación a nivel nacional, por los que este trabajo podría contribuir a una mejor comprensión, a un mejor tratamiento. Identificar el nivel de calidad de vida de los pacientes siguiendo las dimensiones física, social y emocional, puede servir para reforzar el requerimiento para dar un mejor manejo, apoyado con demás personal de salud como el área de psiquiatría y psicología para beneficio de la persona que presente esta condición.

3.1. Enunciado del Problema:

¿Existe diferencia en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por adolescentes con y sin talla corta atendidos en consultorio externo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo en el año 2015?

3.2. HIPOTESIS:

Ho: No existe diferencia en la calidad de vida entre adolescentes con talla corta y los adolescentes con talla normal.

Ha: La calidad de vida en adolescentes con talla corta es menor que en los adolescentes con talla normal.

3.3. Objetivos:

3.3.1. Objetivo general:

Determinar la calidad de vida percibida por adolescentes con talla corta y con talla normal.

2.4.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar los niveles de calidad de vida percibida por adolescentes con talla corta.
2. Determinar los niveles de calidad de vida percibida por adolescentes con talla normal.
3. Comparar las dimensiones de la calidad de vida en los adolescentes con talla corta y con talla normal.
4. Determinar la prevalencia de baja calidad de vida en adolescentes con talla corta.
5. Identificar la diferencia en los niveles de calidad entre adolescentes con y sin talla corta según el sexo.

II .MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1. Material:

2.1.1. Población Diana o Universo

Adolescentes de 10-18 años con y sin talla corta que fueron atendidos en la consulta externa de Pediatría en HVLE en el periodo Enero- Diciembre del 2015

2.1.2. Población de Estudio:

Le constituyen los integrantes de la población diana que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

▪ Criterios de Inclusión:

1. Adolescentes de 10 a 18 años de ambos sexos.
2. Adolescentes con estatura corta idiopática y/o talla normal.
3. Adolescentes que contestan todas las preguntas de la encuesta.
4. Adolescentes cuyos padres dan consentimiento para que sus hijos la encuesta, que se realice las mediciones de talla.
5. Asentimiento informado de los participantes, para ejecutar el presente estudio.

▪ Criterios de Exclusión:

1. Diagnóstico de discapacidad física y/o neurológica del participante
2. Diagnóstico de malformaciones congénitas musculo esqueléticas o síndrome dismórfico del participante.
3. Encuestas incompletas de los participantes
4. Diagnóstico psiquiátrico (Depresión, ansiedad, etc.) de los participantes
5. Adolescentes con talla alta (> 2 DE)

2.2. Muestra:

* Unidad de Análisis:

Adolescentes de 10 a 18 años atendidos en consultorio externo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray que responden voluntariamente la encuesta.

*Unidad de Muestreo:

El mismo que la Unidad de Análisis.

*Tamaño Muestral:

Dado que es un estudio seccional transversal aplicamos la fórmula para una sola población:

$$N = \frac{z^2 (\alpha)^2 pq}{d^2}$$

Dónde: N=Tamaño muestral

Z α =valor de la distribución zeta para un error α de 0.05 = 1,96

p= 0.3 tamaño del efecto según Oswecimska ¹⁹

q=0.7

d= 0.05

Remplazamos los datos en la fórmula se tiene:

$$N = \frac{z^2 (\alpha)^2 pq}{d^2}$$

Entonces:

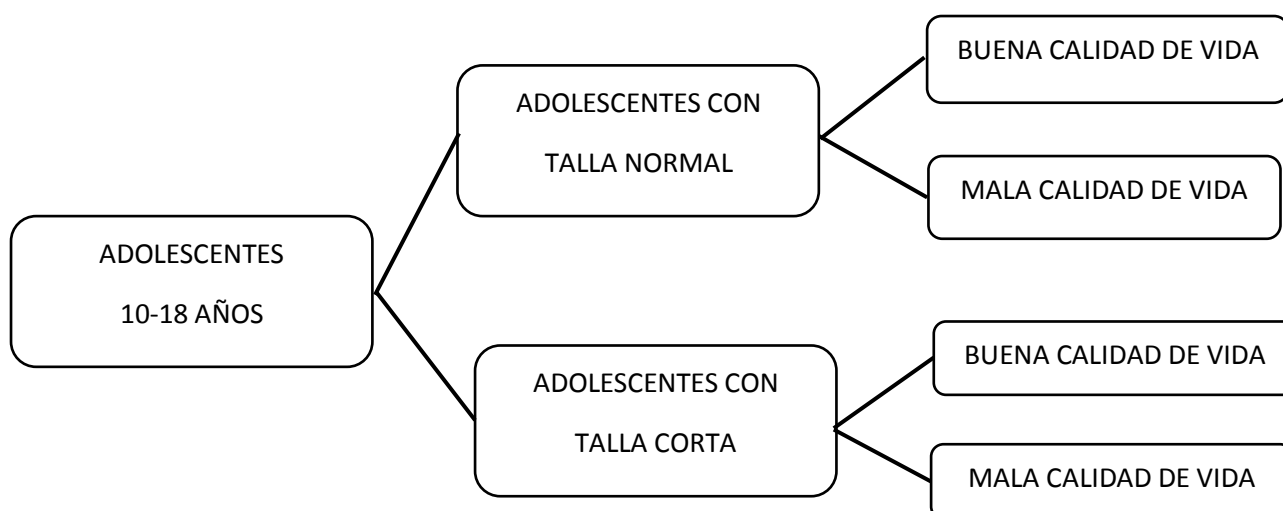
$$N = \frac{(1.96)^2 (0.3) (0.7)}{(0.05)^2}$$

N= 150 adolescentes.

2.3. Métodos:

2.3.1. DISEÑO ESPECÍFICO:

El presente estudio corresponde a un Diseño Observacional, analítico, seccional transversal.



2.3.2 DESCRIPCION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
INDEPENDIENTE				
- Talla Corta	Cuantitativa	Dicotómica (Nominal)	Antropometría(Medida De la talla en cm)	Debajo 2 DE o del 3er percentil de la curva de la OMS según edad y genero
-Talla Normal	Cuantitativa	Dicotomica (Nominal)	Antropometría(Medida De la talla en cm)	Entre -2 DE y 2 DE de la curva de la OMS según edad y genero
DEPENDIENTE:				
-Calidad de vida	Cualitativa	Discreta	TEST DE QoLISSY Dimensiones de CVS(Físico, social y emocional)	Mala calidad de vida < 1 DE Buena calidad de vida > 1DE

INTERVINIENTE -Sexo	Categórica	Nominal	Masculino Femenino	

2.3.3. DEFINICIONES OPERACIONALES.

➤ **Talla corta:**

La talla corta define según la (OMS) como aquella que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar (-2DE) de la media o por debajo del percentil 3 para la población de referencia esperada para la edad y el sexo.
(Anexo 1)

➤ **Calidad de vida relacionada con la salud:**

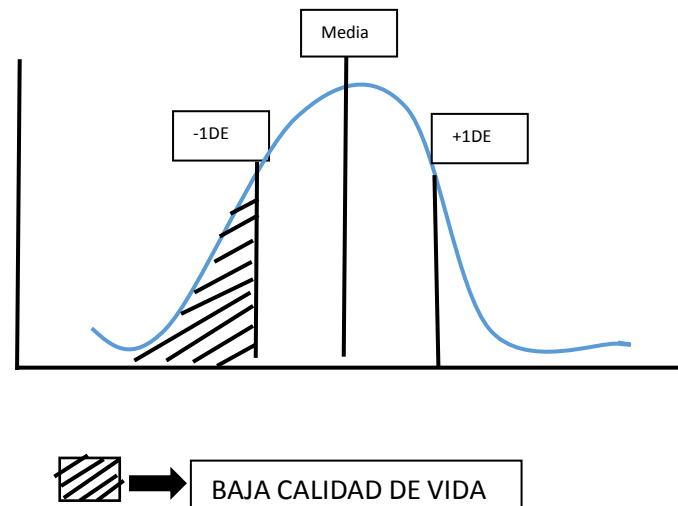
La calidad de vida (CV) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Para evaluar calidad de vida se realizó mediante el cuestionario European Quality of Life in Short Stature Youth (QoLISSY) los cuales evalúan tres dimensiones básicas: 1.FÍSICO con 6 ítems, 2.SOCIAL con 8 ítems y 3.EMOCIONAL con 8 ítems, cada ítem tiene un puntaje de hasta 5 puntos según modelo de escala de Likert. En este cuestionario se obtendrán dos resultados,

un grupo de adolescentes de buena calidad de vida y otro grupo de mala calidad de vida. (Anexo 2)

➤ **Mala calidad de vida:**

Cuando el puntaje del Score QoLISSY es menor de 1 desviación estándar debajo de la media del puntaje total en adolescentes con estatura normal.



➤ **Buena calidad de vida**

Cuando el puntaje de Score QoLISSY es mayor a 1 desviación estándar sobre la media del puntaje en adolescentes con estatura normal

- **Adolescencia:** La OMS la define como una etapa entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 a 19 años, considerando dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años); iniciándose por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Para el siguiente estudio se consideró el rango de 10 a 18 años de edad.

2.4. PROCEDIMIENTOS:

1. En los ambientes de consultorios externos pediatría/endocrinología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray/ Essalud se captaron los adolescentes y sus padres.
2. Se preguntó a los adolescentes y sus padres o apoderados que cumplieron los criterios de inclusión si aceptaban participar de manera voluntaria luego de informarles adecuadamente en que consiste el presente estudio.
3. A cada uno de los adolescentes se les tomo sus datos de filiación (edad, sexo) y se les realizo la medida de su talla a través del uso de un tallimetro, estos resultados se compararon con la curvas de desarrollo y crecimiento de la OMS de acuerdo a su edad y a su sexo; dividiéndose en dos grupos talla corta: menor 2 DE o del 3 percentil y los de talla normal comprendidos entre entres -2 a 2 DE. (Anexo N°1)
4. A los participantes se les aplico el test QoLissy, constituido en una encuesta cara a cara por el investigador, se esperó un tiempo de 20 minutos máximos para las respuestas y se resolvieron algunas dudas, procediendo a continuación a la sumatoria por cada dimensión y de forma general. (Anexo N°2)
5. Luego de haber registrado de todos los datos del encuestado, su medida de su talla y el resultado de su encuesta fueron reemplazados en la ficha de recolección de datos elaborada por el investigador. (Anexo N°3)
6. Los datos que se obtuvieron desde la ficha de recolección datos fueron editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-19.0 para su procesamiento

2.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora Pentium IV con Windows XP PROFESIONAL 2003 y el Paquete estadístico SPSS 21.0

3.6.1. Estadística Descriptiva:

En la presente investigación se utilizó las medidas descriptivas de resumen: las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión como la desviación estándar. Además se elaboraron tablas de doble entrada.

3.6.2. Estadística Inferencial:

Se utilizó en el análisis estadístico para las variables cualitativa dependiente y cuantitativa independiente; el estadígrafo test de la t para la medida según Análisis de la varianza (ANOVA) para las medias de los puntajes para la calidad total y dominios de la calidad física, social y emocional.

La significancia se midió según cada estadígrafo para p menor o igual a 0.05.

3.6.3. Estadígrafos del estudio:

Dado que es un estudio seccional transversal se consideró la prevalencia de baja calidad de vida.

III. RESULTADOS:

Durante el comprendido entre Enero a Diciembre del año 2015, se evaluaron 150 adolescentes entre las edades de 10 a 18 años. Divididos en dos grupos 70 adolescentes con talla corta y 80 con talla normal, evaluados mediante encuesta QoLISSY evaluando 3 dimensiones, para posteriormente establecer si presentan una buena o mala calidad de vida.

En el Grafico N°1 observamos la distribución de los integrantes en función a los índices de talla en dos grupos: talla corta y talla normal, encontrando que del total de 150 encuestados, 70 adolescentes tienen talla corta y 80 adolescentes talla normal. Además que la prevalencia de baja calidad de vida relacionada con salud de adolescentes con talla corta fue de más de un tercio del total 35.71 %. Demostrando que los adolescentes con talla corta tienen la prevalencia a problemas psico-emocionales limitándoles a su inserción en la sociedad.

En el Grafico N°2 verificamos la distribución de los integrantes del estudio en función al género: encontrando un predominio en el sexo masculino con un 65% y del sexo femenino con 35%.

En la Tabla N°1 evaluamos la calidad de vida en los grupos de estudio de adolescentes con talla corta y normal donde encontramos: que la media es de 80.33 en adolescentes con talla normal y de 57.97 en adolescentes con talla corta, con una diferencia en la media de 22.36 ($p=0.01$).

En la Tabla N°2 hacemos el análisis de la calidad de vida con respecto a la dimensión física en los grupos de adolescentes con talla corta y con talla normal encontrado: que los adolescentes con talla corta presentaron una media de 15.41 menor a la media que presentan los adolescentes con talla normal de 27.91. Con lo cual

concluimos que la dimensión física de calidad de vida en adolescentes con talla normal es mayor que los adolescentes de talla corta lo cual apoyara a una inserción y estilo de vida en su medio social. Siendo estadísticamente significativa la investigación con $p = 0.01$

En la Tabla N°3 realizamos el análisis de calidad de vida con respecto a la dimensión social en los grupos de estudio, presentaron los adolescentes con talla corta tienen una media de 22.01 y los adolescentes con talla normal de 29.76, lo que siendo una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual se puede inferir que los adolescentes con talla normal estarán predispuestos a una buena condición de vida y un alto grado de bienestar para sus satisfacciones colectivas.

En la Tabla N°4 analizamos la calidad de vida con respecto a la dimensión emocional en los grupos de estudio encontrando que los adolescentes con talla corta tienen una media de 20.54 y los adolescentes con talla normal de 28.65, lo cual indica que la dimensión emocional tienen mejor calidad los adolescentes con talla normal. Siendo estadísticamente significativa la investigación con $p = 0.000$

En el Grafico N°3 analizamos en general la calidad de vida total y según las dimensiones en adolescentes con talla corta y con talla normal se apreció que de las tres dimensiones la que presento una mayor diferencia fue la dimensión emocional seguido de la dimensión social y por último de la dimensión física entre los grupos con talla normal y de talla corta.

En la tabla N°4 por ultimo analizamos la calidad de vida de los adolescentes con talla corta y los adolescentes con talla normal según el sexo: En el sexo femenino la calidad de vida con talla corta fue de 60.21 vs 56.87 de los varones y de la talla normal de 79.20 vs 81.00 en varones, concluyendo que las mujeres con talla corta

tienes mejor calidad de vida que los varones, esto influye en la relaciones y maltrato psico-emocional que sufren los adolescentes actualmente, el grado de aceptación por medio social, actualmente en nuestro país la sociedad restringida en algunos contesto por el género perjudica a la calidad de vida de hombres con talla corta.

Grafico No 1: Promedio de Calidad de vida en adolescentes con talla corta y normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015.

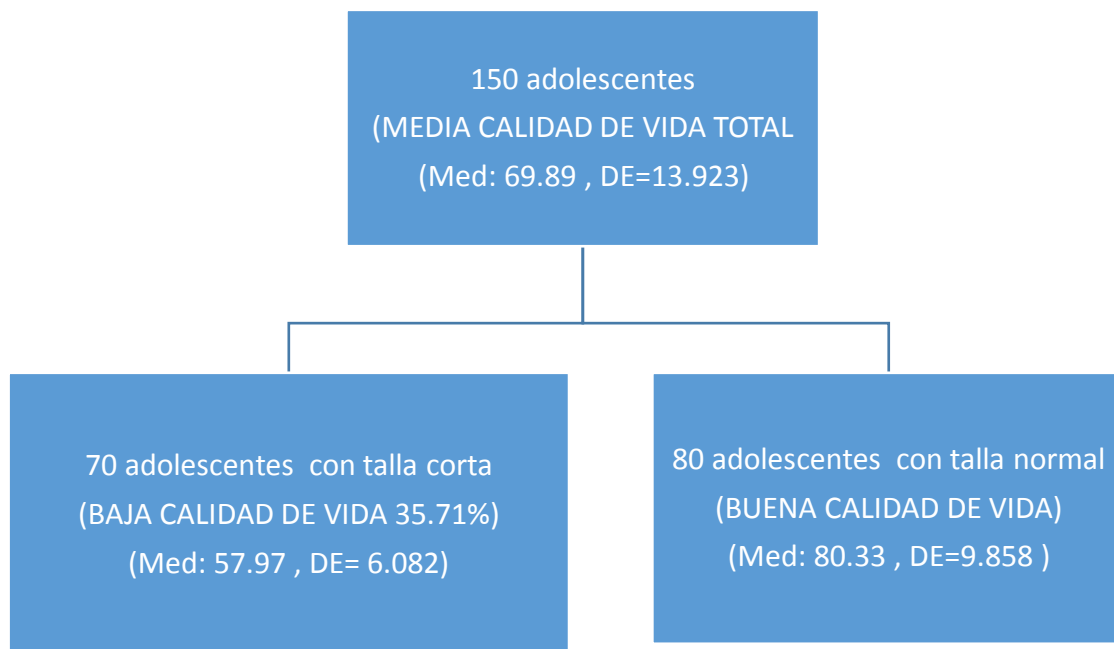
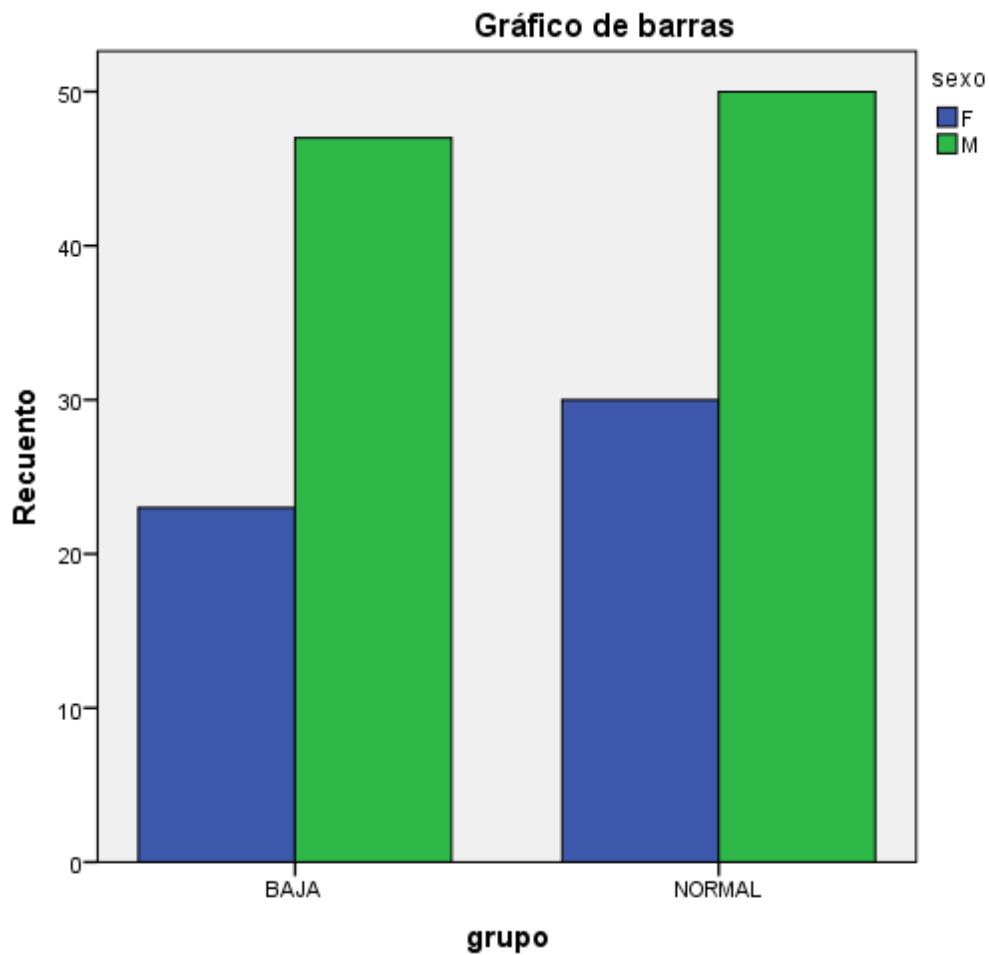


Gráfico N° 2: Sexo de pacientes con talla corta y con talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015



- ✓ El 35% de pacientes fueron de sexo femenino y el 65% fueron de sexo masculino.
- ✓ De los pacientes con talla baja 31% fueron del sexo femenino y el 69% fueron del sexo masculino
- ✓ De los pacientes con talla normal el 38% fueron de sexo femenino y el 62% fueron de sexo masculino

Tabla No 1: Calidad de vida en adolescentes con talla corta y talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015.

Talla	Media	DE	N
CORTA	57.97	6.082	70
NORMAL	80.33	9.858	80
Total	69.89	13.923	150

ANOVA intergrupos: $F=288.897$ $p=0.000$

Tabla No 2: Dimensión física de la calidad de vida en adolescentes con talla corta y Talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015

Talla	Media	DE	N
CORTA	15.41	2.177	70
NORMAL	21.91	3.551	80
Total	18.88	4.412	150

ANOVA intergrupos: $F=176.305$ $p=0.000$

Tabla No 3: Dimensión social de la Calidad de vida en adolescentes con talla corta y talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015

Talla	Media	DE	N
CORTA	22.01	2.505	70
NORMAL	29.76	4.051	80
Total	26.15	5.162	150

ANOVA intergrupos: $F=191.800$ $p=0.000$

Tabla No 4: Dimensión emocional de la Calidad de vida en adolescentes con talla corta y talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015

Talla	Media	DE	N
CORTA	20.54	2.541	70
NORMAL	28.65	3.587	80
Total	24.87	5.126	150

ANOVA intergrupos: $F=248.47$ $p=0.000$

Gráfico No 3: Calidad de vida total y según dimensiones en adolescentes con talla corta y talla normal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015

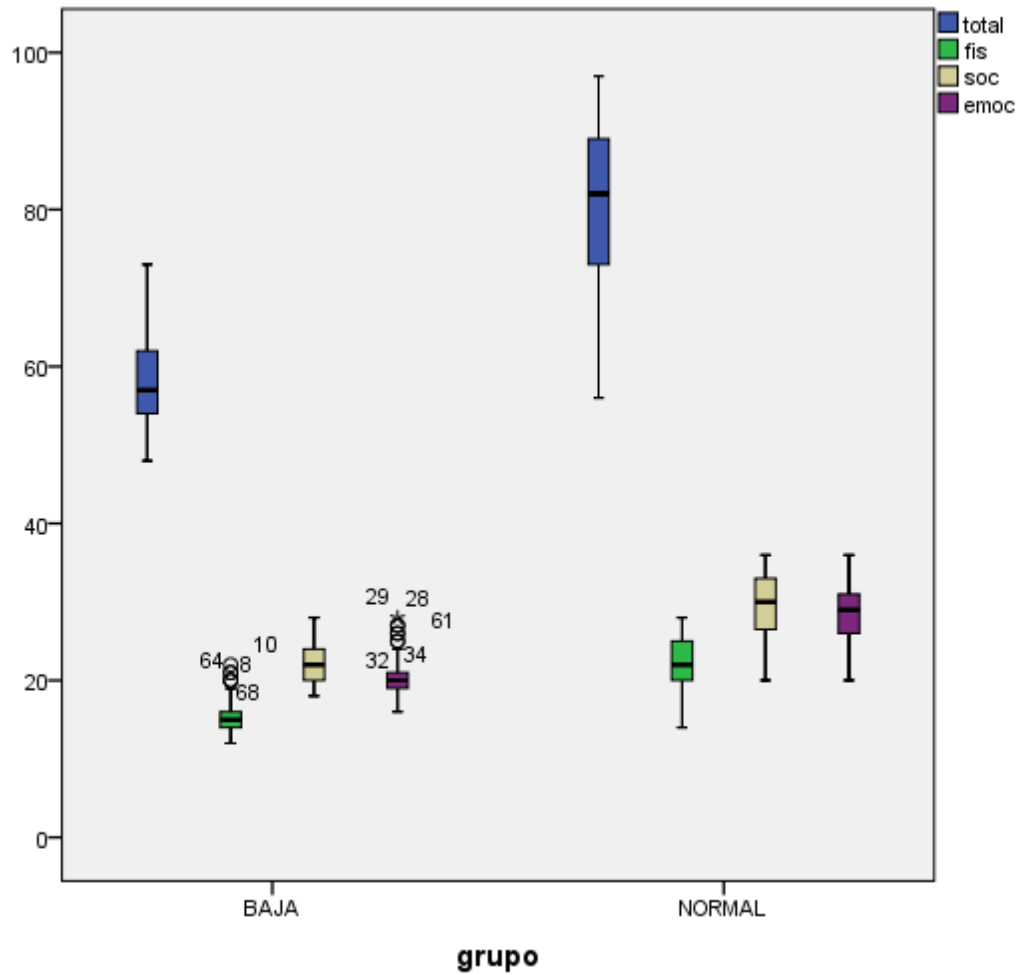
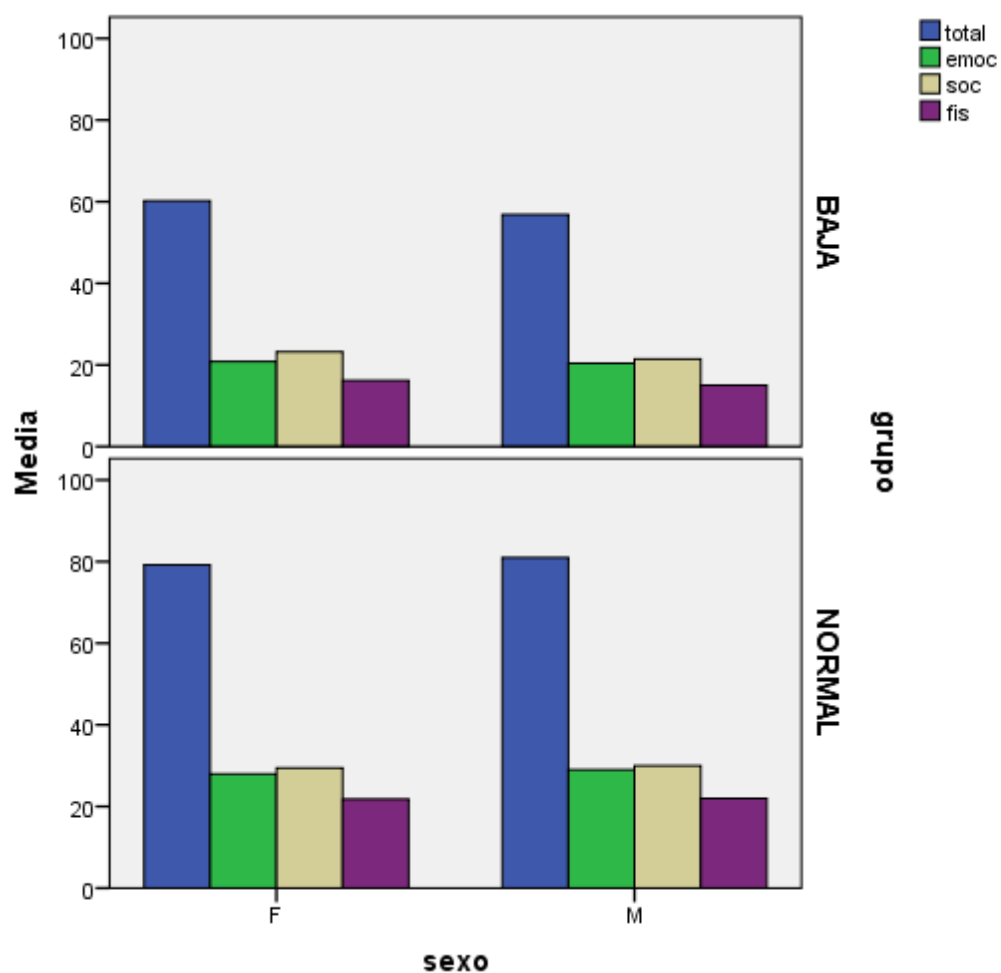


Tabla No 4: Calidad de vida de adolescentes con talla corta y adolescentes con talla normal según sexo en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015

	FEMENINO		MASCULINO		
GRUPO (Media puntaje)	Talla Corta	Talla normal	Talla Corta	Talla Normal	P
Calidad total	60.21	79.20	56.87	81.00	0.022
Física	16.17	21.76	15.043	22.00	0.012
Social	23.21	29.43	21.43	23.22	0.026
Emocional	28.82	28.10	20.40	29.04	0.012
Total sexo	70.96		69.31		0.034

Gráfico No 4: Calidad de vida total y según dimensiones en adolescentes según sexo en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del año 2015



IV.DISCUSIÓN

La talla corta en adolescentes es motivo frecuente de consulta hacia el personal de salud donde el problema es la percepción de los padres y de los adolescentes en especial los de edades cercanas o en la pubertad, donde ser anormalmente bajo puede constituir una característica importante que podría afectar la salud emocional, psicológica y limitar su inserción en el ámbito laboral y social.

La calidad de vida, es un concepto general que incluye un sentimiento de felicidad y satisfacción con la vida, la autoconfianza y la autoestima en Los adolescentes con talla corta no han sido suficientemente consideradas. Desde que la talla corta afecta el sentirse bien, la función y la adaptación social; pueden afectar la salud mental y su calidad de vida

Se ha efectuado este trabajo para demostrar si la estatura corta afecta la calidad de vida relacionada con la salud, desde la percepción del adolescente. Para esto se aplicó la encuesta de QoLISSY en 150 adolescentes de los cuales 70 tenían talla corta y 80 eran de talla normal. De acuerdo a la distribución por genero siendo 65% masculino y el 35% del sexo femenino.

A pesar que la talla corta es considerada por padres y adolescentes como un estigma que puede afectar su calidad de vida y a futuro su inserción en el mercado laboral, en nuestra localidad no se encontró estudios que midan la prevalencia de baja calidad en pacientes con talla corta. Hay que tener en cuenta que en este trabajo somos hemos considerado la calidad de vida percibida por los adolescentes sin incluir la percepción de los padres. Este podría ser el primer reporte de este tipo con un score para medir la calidad de vida en pacientes con talla corta.

Se ha encontrado que la prevalencia de la baja calidad de vida relacionada con la salud, percibida por adolescente con talla corta fue más de un tercio del total (35.71%).

Geisler et al.²¹ (2014) estudiaron la calidad de vida en 95 niños de 8-18 años con deficiencia de hormona de crecimiento (72% masculino) tratados con hormona de crecimiento; estos niños fueron comparados con 190 agrupados según edad y género sin talla baja mediante el KINDL® en 6 dimensiones: física, emocional, autoestima, familiar, amigos y escolar. Encontraron que la calidad de vida estuvo significativamente reducida en niños con talla corta. En este estudio se realizó en Basilea donde se demuestra consecuencias psicológicas en los niños con talla corta, como podemos ver que este estudio se asemeja hacia la realidad del presente estudio, donde los adolescentes con talla corta presentan baja calidad de vida con una media de 57.97 y los de talla normal con 80.33.

Sommer et al (2015) en un estudio realizado en Alemania donde asociaron la talla baja en adolescentes en general con la calidad de vida. Un total de 6646 adolescentes y 6388 padres fueron examinados mediante el KINDL-R; encontrando que la estatura no está asociada con la calidad de vida en adolescentes y sus padres, incluso los adolescentes con talla corta podrían tener mejores niveles de calidad de vida.

En nuestro estudio ocurre lo contrario donde los adolescentes con talla corta tienen menor calidad de vida, podría deberse a una gran diferencia entre el grupo de población, pudiendo estar incluidos en el estudio población con talla corta patológicas, algunas malformaciones.

Oswiecimska et al¹⁹ (2015), evaluaron la calidad de vida de 76 personas entre 16 y 25 años con talla corta, 26 con talla corta severa, moderada en 22 y normal en 28, usando el QoLissY; encontrando que las dimensiones física y emocional general fueron significativamente menores en los adolescentes con talla corta severa respecto del normal, además correlación positiva entre niveles de hormona de crecimiento en esfera física ($r=0.29$; $p=0.02$) y en el área emocional ($r=0.37$; $p=0.002$). Concluyendo que la calidad de vida está afectada en adolescentes y jóvenes con severa talla corta principalmente en áreas física y emocional.

En este estudio divide a la talla corta en tres tipos (severa, modera y normal) en comparación de nuestro estudio que solo compare en un solo grupo de adolescentes con talla corta, utilizando el mismo de tipo de recolección de datos el cuestionario de QoLissy en un grupo de 76 adolescentes solo con talla corta, en comparación de nuestro estudio que solo presentan talla corta 70 adolescentes. En comparación a los resultados se ve la afectación principalmente en el área física y emocional en los adolescentes con talla corta y en nuestro estudio se ve la afectación a las tres dimensiones física 15.41; social 22.01 y emocional con 20.54. Concluyendo que en nuestra localidad la afectación es mayor en la calidad de vida de los adolescentes

La calidad de vida relacionada con la salud total y en los tres dominios física, social y emocional; son significativamente mayores en adolescentes del sexo femenino que en los de sexo masculino con $p < 0.05$, lo que podría deberse a las relaciones de género actuales, el equivocado pensar de nuestro entorno que la talla de una persona influye en el desarrollo de mayor responsabilidades, limitaciones que existen de oportunidades y probablemente esto afectaría en su calidad de vida. No hemos encontrados en la literatura estudios que evalúen la influencia del género sobre los niveles de calidad de vida.

Este trabajo tiene las limitaciones de ser un estudio transversal y de no controlar factores como la etiología de la talla corta, el que los adolescentes reciban tratamiento. Sin embargo es el primer trabajo nacional sobre el tema y que emplea un instrumento específico de medición de calidad de vida solo para talla corta.

V.CONCLUSIONES:

- 1.** Los niveles de calidad de vida percibida por adolescentes con talla corta fueron 57.97 significativamente menores que los niños con talla normal 80.33.
- 2.** Los niveles de calidad de vida percibida por adolescentes con talla normal 80.33 fueron significativamente mayores que los niños con talla corta 57.97.
- 3.** Los niveles de calidad de vida en adolescentes con talla corta fueron significativamente menores en todas las dimensiones
- 4.** La prevalencia de baja calidad de vida relacionada con la salud fue de 35.71%.
- 5.** Los niveles de calidad de vida total y en las dimensiones (física, social y emocional) en adolescentes de sexo femenino con talla corta fueron significativamente mayores que las de sexo masculino.

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las conclusiones a las cuales se abordado en el estudio de investigación se establecen la recomendación siguiente

1. Se recomienda realizar evaluaciones psicológicas en todo adolescente que tiene el diagnostico de talla corta con el objetivo de determinar si la calidad de vida está siendo afectada negativamente por dicho diagnóstico y así poder brindar el soporte adecuado.
2. Analizando los resultados de nuestra investigación para la población estudiada sería conveniente comprometer a los especialistas en salud mental para que brinden programas de apoyo en la autoestima a adolescentes de tal manera que permita tener una mejorar en la calidad de vida (física, social y emocional).
3. Se recomienda realizar estudios prospectivos que determinen la calidad de vida o su variación luego de intervenciones para el manejo de talla corta.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Reiter O, Rosenfeld R. Normal and aberrant Growth. In Larsen P, Kronenberg H, Melmed S, et al, eds. Williams, 11th ed. Philadelphia: Ed. WB Saunders, 2011. 849-851
2. Rogol A, Hayden G. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. J Pediatric. 2014; 164 (5 Suppl):S1-14.
3. Murray P, Dattani M, Clayton P. Controversies in the diagnosis and management of growth hormone deficiency in childhood and adolescence. Arch Dis Child. 2015 Jul 7.
4. Sipilä I, Sintonen H, Hietanen H, et al. Long-term effects of growth hormone therapy on patients with Prader–Willi syndrome. Acta Paediatrica 2010, 1712–1716.
5. Rogol Sultan M, Afzal M, Qureshi SM, Aziz S, Lutfullah M, Khan SA. Etiology of short stature in Children. J Coll Physicians Surg Pak 2008, 18 : 493-497
6. B. Aguirrezabalaga Gonzales, C Perez Mendes: Talla corta: Diagnostico y seguimiento desde atención primaria. Bol Pediatric 2008;46 261-264
7. Lutter CK, Chaparro CM. La desnutricion en niños en America Latina y El caribe: Alcanzando objetivos de desarrollo del milenio. Organizacion Panamericana de la Salud. Washintong, DC 2012
8. Cassorla F, Gaete X. Clasificación y valoración de la talla baja. En: Pombo M. Tratado de Endocrinología Pediatrica 4ta ed. Mc Graw Hill. Interamericana. Madrid, 2009; 152 - 164

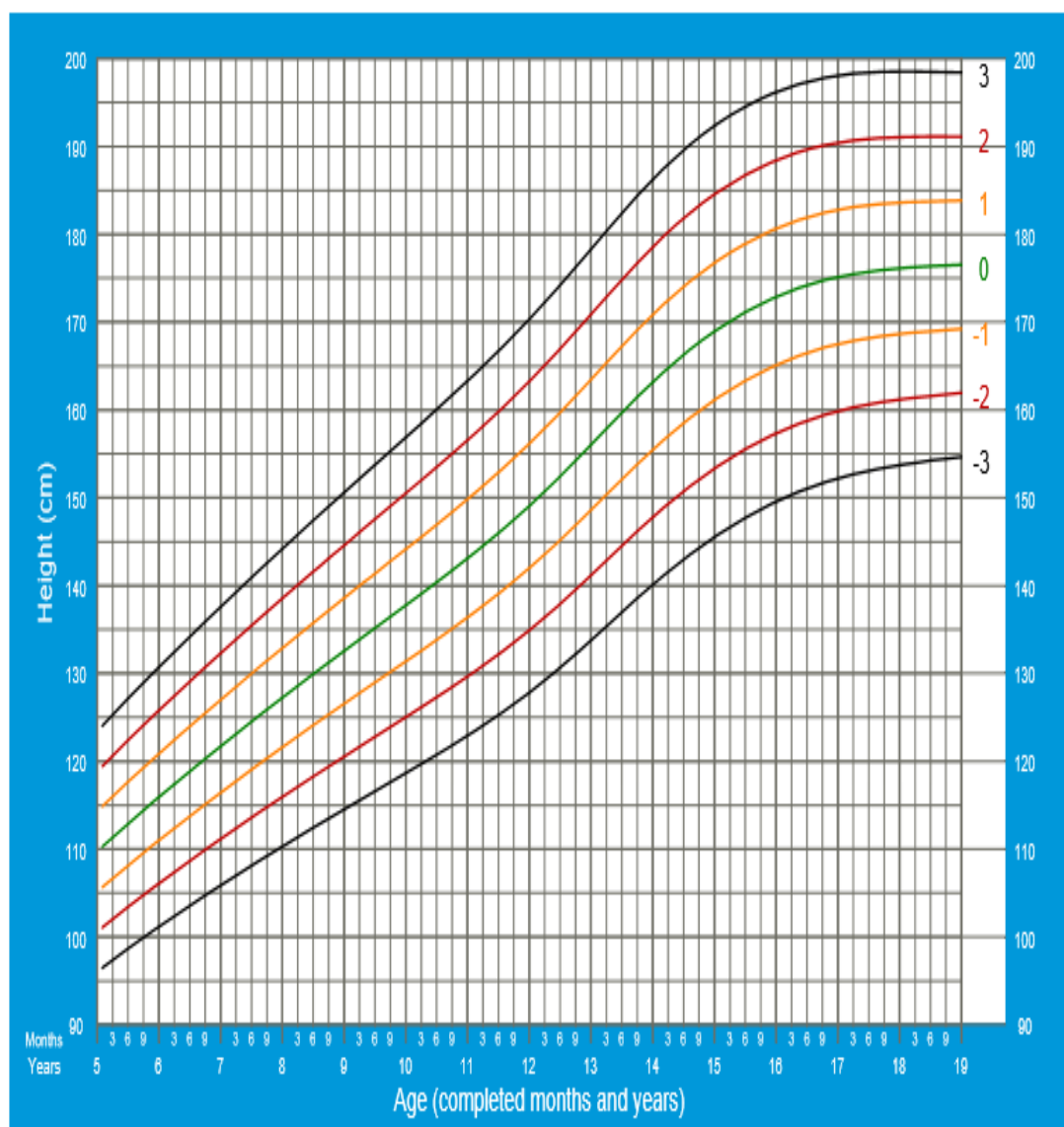
9. Cohen P, Rogol AD, Deal CL, Saenger P, Reiter EO, Ross JL, et al. Consensus statement on the diagnosis and treatment of children with idiopathic short stature: Pediatric Endocrine Society, and the European Society for Paediatric Endocrinology Workshop. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 210—217 Finkelstein BS, Imperiale TF, Speroff T, et al. Effect of growth hormone therapy on height in children with idiopathic short stature: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156 :230–240.
10. Carrascos A., Fernández Longás A., Gracia Bouthelier R. c, J.P Talla baja idiopática *An Pediatr (Barcelona)*. 2011.
11. Roizen M, Figueroa C, Salvia L, miembros del Comité de Calidad de Vida y Salud. Calidad de vida relacionada con la salud en pediatría. Instrumentos utilizados para su evaluación. *Arch Argent Pediatr* 2014;112 (6):571-576.
12. Vélez Claudia, García García Hector Iván, Medición de la calidad de vida en niños latreia julio-septiembre 2012 Vol. 25 (3): 240-249.
13. Ferriss AL. A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life.* 2006 Jun 17;1(1):117-23.
14. Wheeler PG, Bresnahan K, Shephard BA, Lau J, Balk EM. . La talla baja y deterioro funcional: una revisión sistemática. *Arco Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 236-243.
15. Ruiz M, Pardo A. Calidad de vida relaciona con la salud: definición y utilización en la práctica médica *Spanish Research Articles* 2005 2 (1) 31-43
16. DL Patrick, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care.* 1989;27(3 Suppl):S217-S232.

17. Kruger P, Engelbrecht S. Quality of Life: Nomadological Insights—A Nomadic Exploration of Quality of Life in Long-Term Conditions. *Applied Research in Quality of Life*. 2010 Jan 12;5(1):73–7.
18. Bullinger M, Sommer R, Pleil A, Mauras N, Ross J, Newfield R^{6,7}, Silverman L et.al. .Evaluation of the American-English Quality of Life in Short Stature Youth (QoLISSY) questionnaire in the United States. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 2; 13-43.
19. Oswiecimska J, Rocznik W, Romanowicz D, Szymlak A, Mikolajczak A, Malczyk Z et al..Quality of life in transition phase in adolescents and young adults with severe and partial growth hormone deficiency. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014;35 (8):676-83.
20. Sommer R, Daubmann A, Quitmann J, Ravens-Sieberer U, Bullinger Understanding the impact of statural height on health-related_quality_of_life_in German adolescents: a population-based analysis. *M.Eur J Pediatr*. 2015 Jul;174 (7):875-82.
21. Geisler A, Lass N, Reinsch N, Uysal Y, Singer V, Ravens-Sieberer U, Reinehr T. Quality of life in children and adolescents with growth hormone deficiency: association with growth hormone treatment. *Horm Res Paediatr*. 2012;78(2):94-9.

❖ Varones (5 a 19 años) Talla para la edad

Height-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Fuente: Curvas de crecimiento OMS -2007

ANEXO N°2

Cuestionario QoLISSY

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA: EDAD: SEXO:

DOMINIO FISICO

1. ¿Hasta qué punto piensa que su talla le impide hacer cosas que otros niños pueden hacer?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

2.¿Debido a mi talla yo tengo problemas diariamente?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

3. ¿Debido a mi talla yo tengo dificultades para conseguir cosas que otros niños de mi edad consiguen?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

4. ¿Debido a mi talla yo dependo de otros?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

5. ¿Debido a mi talla yo debo mirar a otros niños de mi vida hacia arriba?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

6. ¿Me molesta que otros de mi edad pueden ser atractivos y yo no puedo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

DOMINIO SOCIAL

7. ¿Me molesta que me pregunten acerca de mi talla en el colegio?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

8. ¿Me siento pequeño en comparación de otros de mi edad?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

9. ¿Otros me confunden por ser más pequeño?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

10. ¿Debido a mi talla consigo que se burlen de mí?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

11. ¿Debido a mi talla me tratan de manera diferente?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

12. ¿Lo único que notan de mi es mi talla?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

13. ¿Debido a mi talla tengo dificultad para conseguir la ropa que me gusta?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante dificultad	Extremadamente dificultad
5	4	3	2	1

14. ¿Dude no participar en algunas cosas debido a mi talla?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

DOMINIO EMOCIONAL

15. ¿Debido a mi talla me siento diferente a los demás de mi edad?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante diferente	Muy diferente
5	4	3	2	1

16. ¿Me molestan los comentarios sobre mi talla?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante molesto	Muy molesto
5	4	3	2	1

17. ¿Debido a mi talla soy tímido?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante tímido	Muy tímido
5	4	3	2	1

18 ¿Estoy contento con mi talla?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante contento	Muy contento
1	2	3	4	5

19. ¿Soy inseguro(a) debido a mi talla?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante inseguro(a)	Muy inseguro(a)
5	4	3	2	1

20. ¿Me siento triste debido a mi talla?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante triste	Muy triste
5	4	3	2	1

21. ¿A pesar de mi talla me siento cómodo con la manera que soy ?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante cómodo	Muy cómodo
1	2	3	4	5

22. ¿Mi talla me molesta?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante molesto(a)	Muy molesto(a)
5	4	3	2	1

ANEXO N°3

FICHA CLINICA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA:.....

H. CLINICA:

DATOS FILIACION:

SEXO: MAS FEM

EDAD:

✓ Grupo:

- TALLA: cm
- PERCENTIL DE

❖ TALLA BAJA () TALLA NORMAL ()

✓ PUNTAJE TOTAL:

○ PUNTAJE DOMINIO FÍSICO:

○ PUNTAJE DOMINIO SOCIAL:

○ PUNTAJE DOMINIO EMOCIONAL: