
Comparación entre el nivel de salud de una muestra de adolescentes inmigrantes y nativos

L. Roa Santervás^a, M. González Cerrajero^b, C. Suárez^c

^aMédico de Familia. CS Villanueva de la Cañada. Servicio Madrileño de Salud (Área 6). Madrid.

^bMédico de Familia. CS Reina Victoria. Servicio Madrileño de Salud (Área 5). Madrid.

^cJefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de La Princesa. Servicio Madrileño de Salud (Área 2). Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:595-604

Leonor Roa Santervás, leonor.roa@web.de

Resumen

Objetivos:

1.º Conocer la afluencia de los adolescentes inmigrantes a las consultas de Atención Primaria (AP) y saber si existen diferencias con los nativos justificables por su nivel de salud.

2.º Identificar los factores que contribuyen en mayor grado a las diferencias en nivel de salud.

Material y métodos: estudio transversal descriptivo en fase única con cuestionario autoadministrado, realizado en un instituto de Bachillerato de Madrid con 60 adolescentes, 30 nativos y 30 inmigrantes, de edades comprendidas entre los 14 y los 17 años. Las mediciones principales fueron las dimensiones y subdimensiones del cuestionario sobre nivel de salud (CHIP-AE) y las variables sociodemográficas.

Resultados: la media de estancia en nuestro país de los inmigrantes fue de 3,7 años –desviación estándar (DE) 1,36–. Ante un problema de salud, el 36,7% de los adolescentes inmigrantes consultaba con su médico de AP frente a un 26,7% de los nativos. El 75,58% de los que no consultaba no lo hacía por difícil acceso. Las diferencias encontradas en las distintas dimensiones y subdimensiones de la escala para adolescentes inmigrantes y nativos eran significativas en cuanto a enfermedades agudas graves. Las principales diferencias en el CHIP-AE se encuentran entre adolescentes de distinto sexo.

Conclusiones: los adolescentes inmigrantes de nuestra muestra consultan más con su médico de AP (pediatra o médico de familia), declaran haber tenido menos enfermedades y presentan peores resultados en variables biopsicosociales que los nativos. De los factores estudiados el que más contribuye a diferencias en la salud es el sexo.

Palabras clave: Adolescente, Inmigrante, Atención Primaria, Nivel de salud.

Abstract

Objectives:

1.º To establish the Primary Care demands of immigrant adolescents compared to those of native teenagers and study if those differences are due to their health status.

2.º To identify the reasons that determine the differences in health status.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Material and methods: unique phase cross sectional survey with self filled questionnaire set in a high school of Madrid (Spain). 60 teenagers (30 natives and 30 immigrants) of ages between 14 and 17 years answered the CHIP-AE (health status questionnaire). The main outcome measures were domains and subdomains of the CHIP-AE and demographic markers.

Results: the average stay in our country for immigrants was 3.7 years (SD 1.36). When facing a health problem, 36.7% of immigrant teenagers visited their Primary Care physician against 26.7% of the native youth. Seventy-five point fifty-eight percent of those who did not visit their doctors did not do it because of difficult access. Differences found for severe acute diseases in CHIP-AE scale among foreign and native teenagers resulted to be statistically significant. The most important differences in the CHIP-AE are found between adolescents of different sex.

Conclusions: immigrant teenagers of our sample visit more their Primary Care physician. They admit to have less episodes of illness though with worse results in psychological aspects than natives. Among all the factors seen in the study, the one that determines more differences in health is sex.

Key words: Adolescent, Immigrant, Primary care, Health status.

Introducción

La adolescencia constituye una etapa muy importante del desarrollo, puesto que en ella se consolidan estilos de vida que van a influir en el nivel de salud de la vida adulta^{1,2}.

A pesar de su gran importancia, los adolescentes son los menos estudiados en los últimos años en lo que se refiere a nivel de salud y Atención Primaria (AP), de ahí que desconozcamos exactamente su nivel de frecuentación al pediatra y al médico de familia, las razones por las que acuden y si lo hacen adecuadamente.

Existen estudios que demuestran que el nivel de salud de los adolescentes españoles es equiparable al de adolescentes de otros países^{3,4}. Estos estudios no reflejan lo que sucede con los adolescentes inmigrantes.

Nuestro objetivo fue valorar la afluencia de los adolescentes a los médicos de AP (pediatra o médico de familia) y ver si ésta se justificaba por diferencias en la salud entre los adolescentes inmigrantes y nativos. Como objetivo secundario nos planteamos identificar el factor que en mayor grado contribuía a la diferencia en la salud, teniendo en cuenta la procedencia, el sexo y la asistencia o no a consulta.

Material y método

Se trata de un estudio transversal descriptivo para el cual se seleccionó a todos los inmigrantes de un instituto de Bachillerato de la zona norte de Madrid que habían nacido entre los años 1988 y 1990 (ambos inclusive). Para cada inmigrante se seleccionó al azar a un adolescente nativo nacido en el mismo año

y con el mismo sexo. La muestra final la formaban 30 inmigrantes y 30 nativos. Todos ellos contestaron un cuestionario sobre nivel de salud en noviembre de 2004.

Se realizó una búsqueda informática en Medline para buscar un cuestionario. De

todos los encontrados⁵⁻⁷ el único que era validado para la población española y que aportaba los valores de referencia fue el CHIP-AE (Child Health and Illness Profile)^{4,7,8}. Se trata de un instrumento genérico desarrollado en EE. UU. que permite comparar el nivel de salud entre distintos gru-

Tabla I. Dimensiones y subdimensiones del CHIP-AE

Dimensiones	Subdimensiones
Satisfacción	Satisfacción con la salud Autoestima
Bienestar	Bienestar físico Bienestar emocional Limitación de la actividad
Resistencia	Participación familiar Resolución de problemas Actividad física Seguridad en el hogar
Riesgos	Riesgo individual Amenazas a logros Influencia de pares
Enfermedades	Agudas leves Agudas graves Recurrentes Clínicas Quirúrgicas
C. funciones	Psicosociales Rendimiento académico

Tabla II. Preguntas añadidas al cuestionario para nuestro estudio

Nuevas preguntas

- País de nacimiento
- Años en España si se trata de inmigrante
- Persona de consulta ante problema de salud: padres, profesores, amigos, médico de AP, otros
- Razón por la que no se consulta con el médico de AP: difícil acceso, contárselo a los padres, falta de comprensión

pos de adolescentes y profundizar en factores que intervienen en la percepción de la salud a través de seis dimensiones y 20 subdimensiones (tabla I). Además, se acompaña de una serie de variables socio-demográficas a las cuales en nuestro estudio añadimos algunas preguntas para conocer el origen de los adolescentes y saber con quién consultaban sus problemas de salud y por qué (tabla II).

Los ítems incluidos en el CHIP-AE se puntúan en su mayor parte con un rango de 1 a 5 en una escala tipo Likert, en sentido positivo hacia la salud y un período recordatorio de cuatro semanas. Las subdimensiones se puntúan como la media de los ítems y las dimensiones con la de las subdimensiones que las constituyen. Para facilitar la interpretación de las puntuaciones se ha estandarizado una media arbitraria de 50 con una DE de 10. En esta estandarización se tuvieron en cuenta la puntuación obtenida por un individuo en una dimensión o subdimensión, así como la media y la DE del grupo de referencia⁸.

Se calcularon las medias, las DE, las medianas y los percentiles de las puntuaciones de cada subdimensión y dimensión del CHIP-AE para el total de la muestra y en cada estrato se compararon la procedencia, el sexo y la consulta con el médico. La comparación de medias se realizó mediante la *t* de Student. Se com-

pararon los resultados encontrados por procedencia, sexo y consulta al médico.

Resultados

Nuestra muestra estaba formada por un total de 60 adolescentes, de los cuales el 50% era inmigrante y el otro 50% había nacido en nuestro país de padres españoles (nativos). El 60% eran hombres y el 40% mujeres. El 20% tenía 14 años, el 36,7% 15, el 30% 16 y el 13,3% 17; cursaban 4.^º de la ESO (56,7%), 1.^º de Bachillerato (21,7%) y 2.^º de Bachillerato (21,7%).

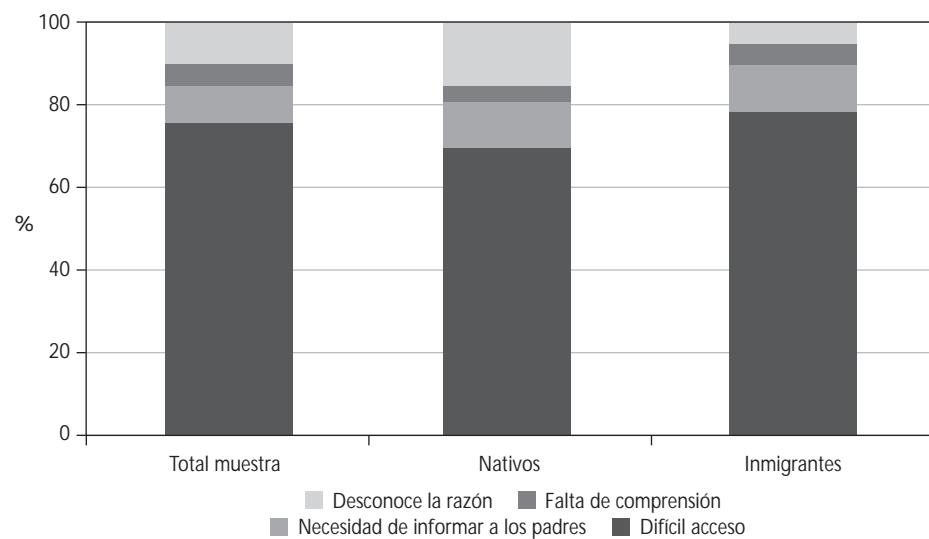
La muestra formada por adolescentes inmigrantes unificaba a adolescentes con distintos países de procedencia: Argentina 20%, Colombia 20%, Bolivia 10%, Perú 10%, Ecuador 10%, otros 30%. La edad media de estancia en nuestro país era de 3,7 años (DE 1,36).

El nivel de estudios de los progenitores fue más alto en los nativos. En las madres inmigrantes se encontraron algunos casos de analfabetismo.

La persona a la que se consulta para las distintas subpoblaciones se refleja en la tabla III. Los adolescentes que no consultaban con su médico de AP mostraron las razones de por qué no lo hacían (figura 1).

En las tablas IV y V se presentan los valores de las medias y DE de las dimensio-

Figura 1. Razones por las que no se consulta con el médico de AP en las distintas selecciones de la muestra.



nes y las subdimensiones del CHIP-AE del total de la muestra, según su procedencia, según su sexo y según si consultaban con el médico de AP.

Discusión

El estudio confirma la existencia de diferencias entre los adolescentes inmi-

grantes y nativos en cuanto a su afluencia y su nivel de salud. Se realizó en una localidad de nivel sociocultural alto. Tanto las madres como los padres de estos adolescentes inmigrantes y no inmigrantes presentaban estudios universitarios y trabajaban en su gran mayoría. Los adolescentes llevaban en

Tabla III. Persona a la que se consulta ante un problema de salud (porcentajes)

	Padres		Profesores		Amigos		Médico de AP		Otros	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Total	10	90	96,7	3,3	75	25	68,3	31,7	88,4	11,6
Nativos	13,3	86,7	100	0	76,6	23,4	73,3	26,7	93,3	6,7
Inmigrantes	6,7	93,3	93,3	6,7	73,3	26,7	63,3	36,7	83,3	16,7

Tabla IV. Valores del CHIP-AE para el total de la muestra, nativos, inmigrantes (puntuaciones de la media y la desviación estándar) y diferencias entre nativos e inmigrantes en las distintas dimensiones y subdimensiones (diferencia, significación y error típico de la diferencia)

Dimensiones Subdimensiones	Total muestra X (DE)	Nativos X (DE)	Inmigrantes X (DE)	Nativos frente a inmigrantes Dif. (significación) error típico dif.
Satisfacción	49,81 (11,17)	51,57 (10,67)	48,06 (11,55)	3,51 (0,22) 2,87
Satisfacción con la salud	50,25 (10,89)	50,80 (10,64)	49,69 (11,29)	0,11 (0,69) 2,83
Autoestima	49,45 (11,16)	51,88 (10,94)	47,02 (11,03)	4,86 (0,09) 2,83
Bienestar	51,38 (11,79)	52,29 (11,30)	50,47 (12,37)	1,82 (0,55) 3,06
Bienestar físico	49,46 (13,16)	50,21 (14,07)	48,71 (12,37)	1,49 (0,66) 3,42
Bienestar emocional	51,51 (12,36)	52,66 (10,77)	50,36 (13,85)	2,30 (0,47) 3,20
Limitación de la actividad	52,28 (7,08)	52,39 (7,73)	52,16 (6,49)	0,23 (0,90) 1,84
Resistencia	51,93 (8,83)	53,39 (7,89)	50,46 (9,59)	2,92 (0,20) 2,26
Participación familiar	50,72 (9,86)	52,02 (9,53)	49,41 (10,16)	2,61 (0,30) 2,54
Resolución de problemas	49,40 (9,58)	50,05 (9,14)	48,74 (10,12)	1,30 (0,60) 2,49
Actividad física	49,99 (9,06)	50,99 (1,61)	48,99 (9,33)	1,99 (0,398) 2,34
Seguridad en el hogar	53,80 (5,70)	54,01 (5,53)	53,60 (5,95)	0,41 (0,78) 1,48
Riesgos	50,53 (10,28)	50,38 (10,40)	50,69 (10,32)	-0,31 (0,90) 2,67
Riesgo individual	49,53 (10,32)	49,82 (9,49)	49,23 (11,24)	0,58 (0,82) 2,68
Amenazas a logros	52,25 (10,26)	51,81 (9,92)	52,69 (10,74)	-0,87 (0,74) 2,67
Influencia de pares	49,71 (9,44)	49,46 (10,47)	49,96 (8,46)	-0,49 (0,84) 2,45
Enfermedades	50,73 (9,46)	49,79 (9,89)	51,68 (9,08)	-1,88 (0,44) 2,45
Agudas leves	51,24 (11,57)	49,12 (13,00)	53,36 (9,71)	-4,23 (0,15) 2,96
Agudas graves	50,92 (8,50)	48,70 (10,25)	53,13 (5,64)	-4,43 (0,04) 2,13
Recurrentes	79,47 (25,18)	80,14 (24,19)	78,81 (26,53)	1,32 (0,84) 6,55
Clinicas	50,51 (9,16)	49,09 (11,73)	51,93 (5,40)	-2,83 (0,23) 2,35
Quirúrgicas	48,10 (11,49)	48,94 (11,62)	47,26 (11,48)	1,68 (0,57) 2,98
Psicosociales	51,34 (9,82)	52,00 (11,77)	50,68 (7,54)	1,31 (0,60) 2,55
C. Funciones				
Rendimiento académico	52,54 (15,45)	49,31 (12,45)	55,77 (17,57)	-6,46 (0,10) 3,93
<i>Dif.: Diferencia.</i>				

nuestro país tiempo suficiente como para interiorizar algunas costumbres nuestras, pero no demasiado como para olvidar sus raíces.

En nuestra muestra los adolescentes inmigrantes son los que más consultan con su médico de AP (36,7% frente al 26,7% de los nativos). En este caso se ha tenido

Tabla V. Diferencias entre los valores de las dimensiones y subdimensiones del CHIP-AE para los adolescentes hombres y mujeres y para los que consultaban con su médico de AP y los que no lo hacían (diferencia, significación y error típico de la diferencia)

Dimensiones Subdimensiones	Hombres frente vs mujeres Dif. (significación) error típico dif.	No consulta médica vs sí consulta médica Dif. (significación) error típico dif.
Satisfacción	4,84 (0,1) 2,90	-2,21 (0,47) 3,06
Satisfacción con la salud	7,29 (0,01) 2,73	1,08 (0,72) 3,02
Autoestima	1,15 (0,69) 2,96	-4,78 (0,12) 3,03
Bienestar	9,27 (0,002) 2,88	-1,77 (0,58) 3,24
Bienestar físico	10,22 (0,002) 3,23	-2,77 (0,44) 3,63
Bienestar emocional	9,04 (0,005) 3,06	-1,80 (0,60) 3,43
Limitación de la actividad	2,45 (0,19) 1,85	0,47 (0,81) 1,96
Resistencia	7,68 (0,69) 2,34	-3,36 (0,17) 2,43
Participación familiar	-6,16 (0,01) 2,49	-3,40 (0,22) 2,75
Resolución de problemas	-5,52 (0,02) 2,44	-4,33 (0,08) 2,49
Actividad física	7,68 (0,001) 2,18	1,24 (0,69) 2,55
Seguridad en el hogar	-1,98 (0,18) 1,49	-2,92 (0,66) 1,55
Riesgos	-5,03 (0,06) 2,65	0,53 (0,85) 2,87
Riesgo individual	-4,35 (0,11) 2,68	0,76 (0,79) 2,91
Amenazas a logros	-5,17 (0,05) 2,64	-3,33 (0,24) 2,84
Influencia de pares	-3,17 (0,20) 2,47	3,42 (0,19) 2,58
Enfermedades	2,68 (0,28) 2,49	2,73 (0,29) 2,60
Agudas leves	5,91 (0,05) 2,97	0,63 (0,84) 3,22
Agudas graves	-2,83 (0,20) 2,22	0,35 (0,87) 2,27
Recurrentes	48,80 (0,00) 1,93	8,69 (0,22) 7,01
Clinicas	1,18 (0,62) 2,43	0,11 (0,95) 2,13
Quirúrgicas	0,70 (0,81) 3,05	0,75 (0,81) 3,23
Psicosociales	-0,13 (0,95) 2,61	2,94 (0,27) 2,68
C. Funciones		
Rendimiento académico	3,49 (0,39) 4,08	-0,73 (0,86) 4,30

Dif.: Diferencia.

en cuenta sólo la demanda por parte de los adolescentes en las consultas de AP; existen estudios en otros países en los que se observa también una mayor afluencia a los centros de AP por parte de

los inmigrantes y una menor afluencia a los especialistas⁹. Nuestros resultados confirmarían lo que a AP se refiere.

Se trata de un estudio cuantitativo de la afluencia. Al no tener en cuenta las

razones por las que consultan, no podemos descartar razones injustificadas de consulta que se explicarían por una escasa educación sanitaria en el grupo de inmigrantes.

El nivel de salud de los adolescentes inmigrantes sí podría justificar su mayor afluencia a los centros de salud puesto que, a pesar de ser ellos los que presentan mejores puntuaciones en las subdimensiones: enfermedades agudas graves (en las que se obtenía una diferencia significativa frente a los no inmigrantes), agudas leves y enfermedades clínicas, presentan peores puntuaciones en aspectos psicosociales de la salud como son, en este caso, los tratados por las subdimensiones autoestima, participación familiar y bienestar emocional.

Los resultados referentes a las enfermedades agudas graves se explican conociendo los países de origen y los sistemas de salud en ellos. Las personas con este tipo de enfermedades no suelen ser las que posteriormente emigran. Existen estudios que muestran peores puntuaciones en cuanto a enfermedades en adolescentes de nivel socioeconómico alto que justificarían los peores resultados de los adolescentes españoles en cuanto a enfermedades agudas leves y graves⁷.

La escala utilizada en este estudio está validada para la población española;

desconocemos si en la población utilizada para la validación se incluyó a adolescentes inmigrantes. Serían necesarios estudios que nos aseguraran que las escalas utilizadas reflejan de forma fiable el nivel de salud de los adolescentes inmigrantes, dado que en los que llevan poco tiempo en nuestro país el uso de la misma escala podría suponer un sesgo.

En este estudio hemos tenido en cuenta, además del nivel de salud, las razones aportadas por los adolescentes para no consultar con su médico. La mayoría no lo hacía por considerar que el acceso a éste es difícil y en un menor porcentaje por tener que informar a sus padres. Este resultado coincide en parte con el de un estudio realizado en el área norte de Madrid en el que la mayoría de los adolescentes confesaba no hablar con su médico porque iba acompañado por un adulto o por miedo a que se lo comentase el médico a sus padres². Estos resultados deberían animar a los médicos de AP a informar a los adolescentes de cómo acceder al centro de salud en cada visita y a profundizar en técnicas de entrevista con los adolescentes.

En cuanto a los objetivos secundarios del estudio, parece que las diferencias más importantes entre las distintas subpoblaciones de adolescentes son las que

se encuentran entre los distintos sexos y no las derivadas de la procedencia o de si se consulta con el médico o no.

Las diferencias encontradas para los distintos sexos son más importantes y en mayor número significativas. Todas ellas confirman lo esperado en relación con las muestras de referencia de otras poblaciones⁴.

A la vista de nuestros resultados harían falta estudios con un número mayor de pacientes para confirmar las diferencias observadas y valorarlas en poblaciones con distinto nivel sociocultural; de la misma manera, sería interesante valorar los motivos de consulta de estos adolescentes puesto que en este estudio sólo se tuvo en cuenta la consulta al médico de forma cuantitativa.

Los profesionales de AP deberíamos hacer un esfuerzo especial en el trato a los adolescentes, valorando la importancia de los aspectos biopsicosociales de la salud. No se trata de ver enfermedades donde no las hay, pero sí de prevenir las que puedan derivar de las dificultades asociadas a la inmigración y a un período vital en el que las personas son de por sí más vulnerables.

Conclusiones

1. Los adolescentes inmigrantes de nuestra muestra:

- Consultan más con su médico de AP, aunque no se ha analizado la justificación de dichas consultas.
 - Declaran haber tenido menos enfermedades agudas graves y clínicas; la explicación más probable de estos resultados es la selección natural que de por sí constituye la emigración.
 - Presentan peores resultados en variables psicosociales de la salud como son la autoestima, el bienestar emocional y la participación familiar.
2. Las diferencias encontradas en la salud por sexos:
- Son más importantes que las encontradas por lugar de origen (nativo frente a inmigrante).
 - Confirman los resultados de estudios previos donde los varones obtienen mejores resultados en todas las esferas que valoran el nivel de salud, excepto en enfermedades graves y conductas de riesgo.
3. Entre los adolescentes que consultan con el médico de AP y los que no:
- Las diferencias en la salud son poco importantes.
 - Los que no consultan declaran haber padecido menos enfermedades, pero tienen peor autoestima y desarrollan más conductas de riesgo.

Agradecimientos

A Luis Rajmil por facilitarnos todo lo relacionado con el cuestionario y su interpretación, a Francisco Rodríguez por

su ayuda con la estadística y a Uwe y Hannah Spangler por introducir datos con paciencia.

Bibliografía

1. Rodríguez A, Botija P, Timoner J, Sanz M, García F, Iglesias MJ. El adolescente y su salud. Madrid: SMMFyC; 2001. p. 7-12.
2. Hidalgo MI, Garrido G, Agis MC, Casquero R, Parra I, Sánchez A, y cols. Estado de salud y conductas de riesgo de una muestra de los adolescentes de Madrid. Unidad de investigación del Hospital La Paz de Madrid. Madrid: 1998. p. 1-24.
3. Serra Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Riley A, Starfield B. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit*. 2003;17:181-9.
4. Rajmil L, Serra Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish version of the child health and illness profile-adolescent edition (CHIP-AE). *Med Care*. 2003;41:1153-63.
5. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia y adolescencia: revisión de la literatura y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit*. 2001;15 (Supl 4): S31-43.
6. Serra Sutton V, Herdman M, Rajmil L, Santed R, Ferrer M, Simeóni MC, y cols. Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante perçue de l'adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:701-12.
7. Rajmil L, Serra Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vázquez JR. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Qual Life Res*. 2003;12:303-13.
8. Rajmil L, Serra Sutton V, Starfield B, Alonso J, Riley AW. Manual versión española del perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE). Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona: 2003. p. 5-57.
9. Wen SW, Goel V, Williams JL. Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario. *Ethn Health*. 1996;1:99-109.

