



# **INFORME SOBRE EL BIENESTAR EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**



OBSERVATORIO SOCIAL

Noviembre 2023

*Informe sobre el bienestar en niñas, niños y adolescentes. Ende 2022.*  
Noviembre de 2023

División Observatorio Social  
Subsecretaría de Evaluación Social  
Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Participaron en la elaboración de este documento: Rubén Ananías y Jenny Encina, con el apoyo de las y los profesionales del equipo de la División Observatorio Social y la jefatura de división.

## Contenidos

I.	Introducción .....	4
II.	La Medición del bienestar y calidad de vida .....	5
A.	Medición del Bienestar más allá del PIB. ....	5
B.	¿Cómo Medir el Bienestar?.....	6
C.	Medición del Bienestar Infantil. ....	6
III.	Estudios sobre calidad de vida y bienestar de niños, niñas y adolescentes en Chile.....	9
IV.	KIDSCREEN.....	11
A.	KIDSCREEN-27 .....	13
V.	Resultados .....	14
A.	Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022).....	14
B.	Caracterización de Niñas, Niños y Adolescentes.....	14
C.	Resultados según KIDSCREEN-27 .....	19
VI.	Conclusiones.....	27
	Anexo 1: Análisis de Confiabilidad y Validez del KIDSCREEN-27 en la Encuesta ENDIDE.....	29
1.	Confiabilidad .....	29
2.	Validez .....	30

## I. Introducción

En los últimos 30 años la medición de pobreza por ingresos ha sido uno de los principales indicadores que guían a la política social. Desde el año 2015, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia publica estadísticas de pobreza multidimensional, con el objetivo de complementar el diagnóstico de la medición de pobreza por ingresos y aproximarse de manera más compleja al bienestar de los grupos más vulnerables.

En la búsqueda de modelos que complementen el bienestar material con las condiciones de calidad de vida, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia eligió el modelo de bienestar planteado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2011). En base a este marco conceptual, se diseña la Encuesta de Bienestar Social, aplicada por primera vez el año 2021 a personas de 18 años y más pertenecientes a hogares que, previamente, habían contestado la encuesta Casen.

Estos y otros avances han permitido al Estado caracterizar de manera crecientemente compleja los niveles de bienestar de la población adulta. Sin embargo, aún se requiere complementar estos esfuerzos con diagnósticos más detallados del bienestar de los niños, niñas y adolescentes del país. Esto, en línea y considerando la Convención de Derechos del Niño, ratificada por Chile en 1990, y especialmente en el marco de la reciente promulgación, a inicios de 2022, de la ley 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia. En este contexto, y para contribuir a estos esfuerzos de caracterización, la División Observatorio Social introdujo en la Encuesta de Discapacidad y Dependencia, ENDIDE 2022, una escala estandarizada e internacionalmente validada de medición de bienestar y calidad de vida en niños, niñas y adolescentes.

Es importante destacar que ENDIDE tuvo por objetivo obtener las cifras oficiales de prevalencia de discapacidad y dependencia en el país, para lo cual se aplicó a una muestra representativa de la población general (desde los 2 años). En otras palabras, ENDIDE no está circunscrita solo a personas en situación de discapacidad y dependencia, por lo cual sus resultados son representativos de la población general de 2 años y más.

El análisis del bienestar en la población de 17 años o menos, que se presenta en este documento, se realiza a través de un instrumento de medición denominado KIDSCREEN. En el marco de ENDIDE, dicho instrumento se implementó en su versión de 27 preguntas y cinco dimensiones, conocido como KIDSCREEN-27. El instrumento fue administrado, de manera autoaplicada, a niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años.

El presente documento resume los resultados de la aplicación del KIDSCREEN-27 en ENDIDE 2022, y se divide en cinco partes. La primera introduce los conceptos de bienestar y su importancia para la medición de la calidad de vida de la población. En segundo lugar, se presentan antecedentes de estudios sobre calidad de vida y bienestar de niños, niñas y adolescentes en Chile. En la tercera parte del documento se describe el KIDSCREEN-27, mientras que la cuarta parte presenta los resultados del análisis del bienestar en la población de 10 a 17 años. Finalmente, la quinta parte presenta una breve sección de conclusiones.

## II. Medición del bienestar y calidad de vida

### A. Medición del bienestar, más allá del PIB

La pregunta respecto de cómo medir el bienestar de las personas, como complemento a los indicadores tradicionales de desempeño económico de las sociedades y los hogares, se enmarca en una discusión y un desarrollo metodológico que se ha ido intensificando en los últimos años y que busca satisfacer las nuevas interrogantes que han surgido, en parte, como respuesta a expresiones de descontento y malestar social en múltiples países, incluso en contextos de alto nivel de ingresos y crecimiento económico. Una mirada multidimensional del desarrollo plantea que las necesidades de las personas y los aspectos que estas valoran no se reducen al crecimiento económico, aunque lo incluyen, y no necesariamente se satisfacen de forma proporcional al aumento de los ingresos (PNUD, 2012). Una medición multidimensional del bienestar permitiría comprender si la vida de las personas está mejorando, y a su vez, identificar factores que impulsan cambios que ellas valoran de manera positiva o negativa (OECD, 2017).

Un antecedente clave de los trabajos que buscan ampliar el PIB como medida del bienestar es el “Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social” (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2009)<sup>1</sup>, en que se exponen las limitaciones del PIB como el único indicador de medición del progreso y establece la necesidad de desarrollar una nueva métrica para evaluar el bienestar que incorpore el bienestar material, la calidad de vida y el medioambiente y su sostenibilidad. Otras iniciativas relevantes en esta línea incluyen el informe “Más allá del PIB - Evaluación del progreso en un mundo cambiante”, de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social en el Parlamento Europeo<sup>2</sup> y la iniciativa de Indicadores sobre Calidad de Vida implementada por la OCDE.

Las iniciativas mencionadas se construyen sobre el enfoque de capacidades y buscan seleccionar un conjunto de indicadores de bienestar comparables para las economías avanzadas y emergentes. Además, reflejan las necesidades de los individuos y brindan información sobre la calidad de vida y el progreso social a los responsables de la política pública.

---

<sup>1</sup> En febrero de 2008, la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social (CMPEPS, en sus siglas francesas) fue formada para determinar los límites del PIB como indicador de los resultados económicos y del progreso social, reexaminar los problemas relativos a la medición, identificar datos adicionales que podrían ser necesarios para obtener indicadores del progreso social más pertinentes, evaluar la viabilidad de nuevos instrumentos de medición y debatir sobre una presentación adecuada de datos estadísticos.

<sup>2</sup> Informe 27 de abril de 2011. Procedimiento 2010/2088(INI) sobre “Más allá del PIB – evaluación del progreso en un mundo cambiante” Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Parlamento Europeo.

## B. ¿Cómo medir el bienestar?

El bienestar es un concepto que se usa en un amplio espectro de espacios de la sociedad, aunque no existe una definición única. Pese a ello, existe consenso en que, para lograrlo, se requiere satisfacer diversas necesidades humanas, así como desarrollar la capacidad de las personas de perseguir sus propios logros, prosperar y sentirse satisfechas con la vida (OCDE, 2011).

Dado que el bienestar es un fenómeno complejo y relevante, es necesario generar una definición que genere consenso e incorpore todas sus dimensiones y las interrelaciones que existen entre ellas, y una medición práctica y útil para las discusiones públicas actuales (Sen, 1987).

Como se ha mencionado, en un esfuerzo por realizar mediciones de este concepto, la OCDE desarrolló el indicador sobre Calidad de Vida. El objetivo fue establecer indicadores de bienestar comparables e integrales para las economías avanzadas y emergentes, que respondan a las necesidades de los ciudadanos y den luces del progreso social a los responsables de la política pública. La iniciativa de la OCDE refleja elementos del enfoque de capacidades (Sen, 1985; Alkire y Sarwar, 2009; Anand, Durand y Heckman, 2011), mediante una batería de dimensiones que abordan factores que pueden ampliar las opciones y oportunidades de las personas para vivir la vida que valoran, destacando que el bienestar humano consiste en el desarrollo de las propias capacidades.

El marco propuesto por la OCDE distingue entre bienestar actual y bienestar futuro. El bienestar actual es medido en dos dominios: condiciones materiales y calidad de vida. Estos dominios dan origen a once dimensiones. En el dominio de las condiciones materiales se incluyen los ingresos y riqueza; empleo y salario; y vivienda. Por su parte, en el dominio de calidad de vida se considera el estado de salud; balance entre vida personal y trabajo; educación y habilidades; relaciones sociales; compromiso cívico y gobernanza; calidad medioambiental; seguridad física; y bienestar subjetivo,

El bienestar futuro, por último, busca relevar la necesidad de dar sustentabilidad al bienestar, a través de la evolución de diferentes stocks de capital. Requiere, por tanto, analizar las condiciones del sistema económico, social y ecológico a lo largo del tiempo (OCDE, 2011).

## C. Medición del bienestar infantil.

La población de niños, niñas y adolescentes es reconocida como un grupo que, a lo largo de su desarrollo, experimenta grandes cambios físicos, cognitivos y emocionales, que afectan sus resultados futuros a nivel educacional, socioemocional, laboral y de participación en la sociedad. Múltiples estudios señalan el impacto a largo plazo que pueden tener las experiencias en la infancia sobre las trayectorias de vida futuras de los niños, niña y adolescentes (Heckman, 2008). En efecto, los eventos negativos y estresores asociados a las desventajas sociales podrían generar interrupciones en su formación, en su desarrollo y en su bienestar. Por otro lado, en las etapas iniciales de la infancia, el cerebro es altamente plástico, por lo que intervenciones que apunten a mejorar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes no solo son costo-efectivas, sino que además pueden generar impactos positivos en el largo plazo.

En este contexto, medir el bienestar infantil como indicador de la calidad de vida de los niños es relevante para las políticas públicas, debido a los efectos que puede tener en las vidas de los niños,

niñas y adolescentes, pero también por sus impactos en la sociedad en general. Existen en factores que influyen de manera particular en la calidad de vida durante la infancia y adolescencia (Francesconi & Heckman, 2016; Heckman, 2006; Heckman et al., 2011), tales como el ambiente escolar, las características sociodemográficas del barrio y el grupo de pares, la transición hacia la adultez y las elecciones ocupacionales.

Aunque no hay un consenso internacional sobre cómo medirlo, en general, hay dos métodos para definir y medir el bienestar infantil. El primero considera al bienestar como un concepto multidimensional, en el que hay que definir las dimensiones e indicadores relevantes. El segundo método consiste en preguntar directamente a los niños sobre cómo ven su bienestar (OCDE, 2009).

Respecto al desarrollo de instrumentos y dimensiones, la OCDE publicó en 2009 "Comparative child well-being across the OECD", en donde presenta indicadores para aproximarse a la medición del bienestar infantil mediante 6 dimensiones: bienestar material; vivienda y medioambiente; educación; salud y seguridad; conductas de riesgo; y calidad del ambiente escolar. Estos indicadores son obtenidos de fuentes oficiales de cada país, tanto de registros administrativos como mediante encuestas.

Por su parte, UNICEF reporta el bienestar objetivo mediante indicadores construidos a partir de bases de datos oficiales. También ha generado indicadores de bienestar subjetivo en colaboración con el grupo de estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)<sup>3</sup>. A partir de los datos levantados por una encuesta durante 2009 y 2010, HBSC-UNICEF generó un informe sobre "Determinantes sociales de salud y bienestar en personas jóvenes". Este informe consta de diversos indicadores relacionados con bienestar infantil en los países participantes (Currie et al. 2013). Adicionalmente, en el año 2013, UNICEF publicó resultados del índice para medir bienestar en países desarrollados, el cual incorporaba 5 dimensiones del bienestar: bienestar material; salud y seguridad; educación; conductas y riesgos; vivienda; y medio ambiente.

En el caso de Latinoamérica, la mayoría de las experiencias han aproximado el bienestar de los niños, niñas y adolescentes mediante encuestas de salud, nutrición y desarrollo infantil temprano<sup>4</sup>. Sin embargo, el foco de las encuestas existentes no está puesto específicamente en el bienestar y, por lo tanto, priman indicadores objetivos de salud y educación por sobre indicadores subjetivos y que levanten información respecto de las opiniones, sentimientos y vivencias de los propios niños, niñas y adolescentes.

El año 2014, el gobierno de Costa Rica, a través del Ministerio de Planificación y en coordinación con UNICEF, realizó un índice de bienestar de la niñez y adolescencia (IBINA) para medir el bienestar en población de 0 a 17 años. En dicho estudio, se aproxima el bienestar mediante 3 dimensiones: condiciones materiales de vida; procesos de formación y entorno del hogar; e ingresos.

---

<sup>3</sup> Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Realiza encuestas en escuelas a través de cuestionarios auto-aplicados a niños y adolescentes. Las preguntas cubren aspectos demográficos, sobre familia, nivel socioeconómico, pares, ambiente escolar, salud y comportamiento.

<sup>4</sup> La iniciativa más conocida es la encuesta Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados creada por Unicef. En otros casos, se destaca: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (2012); Encuesta Longitudinal de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud en Uruguay (2019); Encuesta Longitudinal de Primera Infancia en Chile (2010, 2012, 2017, 2024); Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados en Costa Rica (2011); y Encuesta Longitudinal Colombiana (2011)

El Cuadro 1 a continuación muestra un resumen de las dimensiones utilizadas por algunos autores e instituciones para medir el bienestar en niños y adolescentes. Se puede apreciar cómo diversos estudios coinciden en dimensiones con esquemas muy similares, especialmente en lo que se refiere a bienestar material, educación, salud, vivienda y entorno. Además, hay coincidencia en la importancia de temas asociados al comportamiento y las relaciones sociales de los niños, niñas y adolescentes, ya sean con las amistades o con la familia.

**Cuadro 1:** Dimensiones del bienestar en niños, niñas y adolescentes.

Institución/ Autor	Dimensiones
Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (2013)	Familia y entorno social
	Circunstancias económicas
	Atención
	Medioambiente, salud física y seguridad
	Comportamiento
	Educación
	Salud
OECD (2009)	Bienestar material
	Vivienda y medioambiente
	Educación
	Salud y seguridad
	Comportamientos de riesgo
	Calidad de vida en la escuela
UNICEF (2007)	Bienestar material
	Salud y seguridad
	Bienestar educativo
	Compañeros y relaciones familiares
	Conductas y riesgos
	Bienestar subjetivo
UNICEF España y Observatorio de la Infancia y Adolescencia (2010)	Educación
	Salud y seguridad
	Bienestar material
	Entorno familiar y social
	Infancia vulnerable
	Estilos de vida
	Bienestar subjetivo
Bradshaw & Richardson (2009)	Salud
	Bienestar Subjetivo
	Relaciones personales
	Recursos materiales
	Educación
	Comportamiento y riesgo
	Vivienda y medioambiente
Observatorio niñez y adolescencia (2014)	Entorno Familiar y Social
	Salud
	Educación
	Actividades culturales y Recreación
	Derechos y Libertades Civiles; y
	Autonomía Progresiva.

Fuente: Basado en Índice de Bienestar de la Niñez y la Adolescencia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. 2014. (Costa Rica & UNICEF 2014)

### III. Estudios sobre calidad de vida y bienestar de niños, niñas y adolescentes en Chile.

Aunque la medición del bienestar ya lleva varias décadas de investigación acumulada, la disponibilidad de estudios para el caso chileno, orientados a la medición del bienestar infantil, es escasa. Como se ha mencionado, internacionalmente hay evidencia de encuestas cuantitativas y cualitativas enfocadas a temas específicos, que podrían asociarse con el bienestar o con aspectos relacionados<sup>5</sup>, a lo cual se puede sumar estudios que parten de una base teórica y tratan de definir indicadores para cuantificar y dar seguimiento al bienestar o calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes<sup>6</sup>. En estos estudios se pueden ver dos líneas de investigación respecto al informante: una consiste en preguntar directamente a los niños, y la segunda recopila información de sus cuidadores, adultos responsables o de información oficial.

En el caso chileno, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el marco de su alianza con el Consejo Nacional de la Infancia, realizó durante el año 2017 la **Primera Encuesta de Desarrollo Humano en Niños, Niñas y Adolescentes**, con el objetivo de evaluar desde la perspectiva de los propios niños, niñas y adolescentes diversos aspectos relativos a su Desarrollo Humano (PNUD, 2018).

Este estudio elaboró un cuestionario en base a evidencia teórica y estudios sobre desarrollo humano, a partir del cual se realizaron pruebas cualitativas en un piloto de 30 niños y 2 grupos focales de niños, niñas y entrevistadores, para ajustar el cuestionario y obtener el instrumento final. El marco muestral se obtuvo del directorio de estudiantes matriculados por establecimiento y curso del año 2016, facilitado por el Ministerio de Educación. De este directorio, se entrevistó a 3.073 niños, niñas y adolescentes, de 12 a 17 años, en 272 establecimientos educativos.

La novedad de este estudio es que realizó un análisis factorial de las respuestas, para comprender de qué manera los propios niños, niñas y adolescentes asociaban en sus estructuras de respuestas ciertas variables. Con este análisis, se logró diferenciar el ejercicio teórico que se tuvo al momento de la construcción del instrumento y las propias asociaciones que generan los y las estudiantes.

La metodología de análisis arrojó una categorización en trece áreas que los niños, niñas y adolescentes consideran fundamentales para su desarrollo humano: 1) percepción de la educación y satisfacción escolar; 2) evaluación de la experiencia familiar; 3) satisfacción con barrio y vivienda; 4) percepción acerca de la situación económica familiar; 5) confianza en acceder a atención médica de calidad; 6) satisfacción con vínculos significativos; 7) hacer lo que me gusta hacer; 8) exposición a situaciones de violencia; 9) autoimagen; 10) expectativas futuras y proyecto; 11) bienestar subjetivo. Estos resultados también muestran gran coincidencia con las dimensiones del bienestar en niños y adolescentes descrita en la sección II.C.

---

<sup>5</sup> Health Behavior in School-Aged Children (HBSC), Cuestionario Simce, Encuesta de la Juventud, Encuesta de Salud Escolar, entre otras.

<sup>6</sup> Costa Rica & UNICEF 2014, OCDE 2009, UNICEF 2013

El Observatorio de la Niñez e Infancia en Chile, en su cuarto informe **Infancia Cuenta en Chile 2014**, implementó un sistema de indicadores para monitorear, de manera integral, la situación de la infancia en el país, a partir de cifras oficiales. El objetivo fue evaluar y dar seguimiento a indicadores de bienestar y de ejercicio de derechos, basándose en la Convención sobre los Derechos del Niño, mediante 52 indicadores agrupados en 5 dominios: (i) entorno familiar y social; (ii) autonomía y ejercicio progresivo; (iii) salud; (iv) educación, actividades culturales y de recreación; y (v) Derechos y libertades civiles.

El año 2019, la **Defensoría de la Niñez** realizó un estudio de opinión en niños, niñas y adolescentes, para recoger y analizar las opiniones, requerimientos e ideas de los niños, niñas y adolescentes respecto a sus derechos y otras temáticas que les fueran relevantes. Identificando el nivel de conocimiento que tienen respecto a sus derechos, las temáticas sociales y culturales que más les importan, y determinando las expectativas e inquietudes que los niños, niñas y adolescentes tienen respecto a la sociedad, su presente, su futuro y las instituciones y políticas públicas con las que se relacionan.

Este estudio se realizó en 264 establecimientos educacionales y entrevistó a 5.541 alumnos de 10 a 17 años (4° básico a 4° medio). Luego de las movilizaciones sociales que se iniciaron el 18 de octubre del 2019, el estudio se adaptó y continuó levantando información sobre la opinión de los niños de forma presencial en sus hogares, mientras que al cuestionario original se le agregaron preguntas sobre la percepción de los niños, niñas y adolescentes acerca del así denominado estallido social. En este segundo levantamiento se entrevistó a 1.540 hogares.

Algunas encuestas cuantitativas dirigidas a niños, niñas y adolescentes que han apuntado a temas específicos asociados al bienestar, recolectan información directamente de los niños. En general, estos instrumentos son sometidos a pruebas cognitivas, pilotos cualitativos y cognitivos, y cuentan con apoyo visual mediante tarjeteros, dibujos o ejemplos.

La **Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes, EANNA**, realizada en el 2012 y aplicada nuevamente en 2023, tiene por objetivo medir la prevalencia del trabajo infantil en la población de 5 a 17 años, aunque levanta información relativa a las distintas actividades que los niños, niñas y adolescentes realizan, tales como asistencia al colegio, deporte y participación. En su versión 2012, esta encuesta se levantó en una muestra de aproximadamente 10 mil niñas, niños y adolescentes, y contó con cuestionarios separados en dos tramos de edad (5 a 9 años y 10 a 17 años), más un cuestionario autoaplicado para adolescentes desde los 10 años y un cuestionario a los padres o cuidadores principales.

La **Encuesta de Calidad de Vida 2016 (ENCAVI)** busca conocer la percepción sobre la calidad de vida de personas desde los 15 años. La encuesta es aplicada de forma presencial, pero posee un formato autoaplicado para las preguntas referidas a vida sexual, consumo de sustancias, salud mental y violencia<sup>7</sup>. El total de entrevistas logrado fue de cerca de siete mil encuestas.

---

<sup>7</sup> Preguntas incluidas del instrumento KIDSCREEN que evalúa el estado de salud y la calidad de vida de niños y adolescentes desde los 8 años.

La **Encuesta Nacional de Juventudes**, realizada por el INJUV en diez versiones, entre 1993 y 2022, incorporó en su última versión una muestra de 9.700 casos de personas jóvenes de 15 a 29 años, a los cuales se le preguntan diversas temáticas relacionadas a la calidad de vida, agrupadas en las dimensiones de desarrollo laboral y vocacional; desarrollo cívico y social; desarrollo físico y mental; y agendas juveniles (expectativas y proyectos de vida; actitudes sociales).

El año 2019, el Ministerio del Deporte realizó la primera **Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte** en menores de cinco a 17 años. Esta encuesta se aplicó a niños, niñas y adolescentes y buscó recoger información sobre el comportamiento y actividad de los menores de edad, en una muestra de 5.052 personas. El año 2021 se aplicó una nueva versión de la encuesta, con una muestra objetivo de 6.160 entrevistas.

Durante el año 2020 se realizaron algunos estudios enfocados en los efectos de la pandemia sobre las vidas de los niños, niñas y adolescentes, que buscaron indagar en los cambios en las rutinas diarias, educación, salud y sentimientos. Estos estudios tuvieron como informante al cuidador del niño e incluyeron la Consulta Nacional sobre la situación de la primera infancia por crisis Covid (Red de Primera Infancia); el estudio Educación en el hogar en tiempos de Pandemia (CIAE, U de Chile); y la Radiografía Nacional de Jóvenes frente a la crisis sanitaria de Covid-19 (MDSF). La metodología de recolección fue principalmente mediante plataformas *online*. Estos estudios se orientan a padres o cuidadores de niños, niñas y adolescentes y no tuvieron representatividad estadística de la población general.

Respecto a algunos estudios relacionados a la aplicación de instrumentos relativos al bienestar subjetivo en niños, se puede mencionar el estudio de Oyadenel et al. (2014), que muestra los resultados de la Encuesta Internacional sobre Bienestar Subjetivo infantil (ISCWeB), aplicada en Chile en el año 2012. El cuestionario fue aplicado a una muestra de 2.734 niños y niñas, de ocho, diez y doce años, mediante la modalidad autoaplicada en estudiantes de tercero, quinto y séptimo básico. Otro estudio relevante sobre bienestar subjetivo es el de Casas et al. (2015), quienes comparan el bienestar subjetivo en Brasil, Chile, España y Rumania, utilizando tres escalas de bienestar<sup>8</sup> en una muestra de 8.709 estudiantes del primer curso de enseñanza secundaria.

#### IV. KIDSCREEN

Las mediciones de calidad de vida ligadas a la salud han cobrado relevancia en la investigación epidemiológica y pediátrica. Su conceptualización multidimensional y comprensiva de la salud ha sido de utilidad para la evaluación de la eficacia de los tratamientos médicos, servicios de salud y monitoreo de la salud poblacional. Esto, con el objetivo de identificar desigualdades y desarrollar estrategias y planes preventivos para mejorar la salud de la población.

---

<sup>8</sup> Student Life Satisfaction Scale (SLSS), Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS) y Personal Wellbeing Index- School Children, versión 5 ítems (PWI-SC5).

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization Quality of Life Group*) recomendó el enfoque de calidad de vida asociado a variables de salud para explorar las dimensiones relevantes de la calidad de vida en la población de niños, niñas y adolescentes. Para ello, sugirió el desarrollo de cuestionarios estandarizados, los que serían aplicados según grupos de edad y en diferentes países. El contenido de las escalas de medición se generaría a través de grupos focales, en distintos países (Ravens-Sieberer et al., 2005). A partir de este esfuerzo, se dio origen al proyecto KIDSCREEN.

El proyecto KIDSCREEN fue financiado por la Comisión Europea y se aplicó en 12 países: Austria, Suiza, República Checa, Alemania, Grecia, España, Francia, Hungría, Países Bajos, Polonia, Suecia y Reino Unido. Para el desarrollo del instrumento se constituyó un panel de expertos que pudiera consensuar los aspectos de la conceptualización y operacionalización. A través de grupos focales, se levantó información en cada país y, junto al panel de expertos, se definieron las dimensiones más relevantes del indicador. Finalmente, se realizó un estudio piloto del cuestionario, con el cual se hizo una reducción de ítems, dando origen a un instrumento con 52 ítems que evalúa la calidad de vida relacionada a la salud (Ravens-Sieberer et al., 2005, 2008).

El KIDSCREEN, a través de los 52 ítems finalmente seleccionados, permite evaluar diez dimensiones de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes:

1. **Bienestar físico:** explora el nivel de actividad física, energía y estado físico (*fitness*) de la población de niños, niñas y adolescentes.
2. **Bienestar psicológico:** explora el bienestar psicológico, incluyendo emociones positivas y satisfacción con la vida.
3. **Ánimo y emociones:** cubre cuánto los niños, niñas y adolescente experimentan ánimos y emociones depresivas o sentimientos estresantes.
4. **Autopercepción:** explora cómo los niños, niñas y adolescentes perciben la apariencia de sus cuerpos, junto con la satisfacción con su apariencia, ropa y accesorios personales.
5. **Autonomía:** explora si los niños, niñas y adolescentes tiene oportunidades para el tiempo social y de ocio.
6. **Relaciones parentales y vida doméstica:** explora la relación con los padres y el ambiente en el hogar.
7. **Apoyo social y pares:** explora la naturaleza de las relaciones que tienen los niños, niñas y adolescentes con sus pares.
8. **Ambiente escolar:** explora las percepciones de los niños, niñas y adolescentes respecto de su capacidad cognitiva, capacidad para aprender y concentración, además de los sentimientos hacia la escuela.
9. **Aceptación social (*bullying*):** explora aspectos de sentimientos de rechazo por parte de los pares en la escuela.

**10. Recursos financieros:** evalúa la percepción de los niños, niñas y adolescentes sobre los recursos financieros del hogar.

EL KIDSCREEN está diseñado en formato de escala Likert de cinco puntos y con un periodo de referencia de una semana. Los puntajes son calculados para cada dimensión y transformados en valores T (*T-Values*) con media 50 y desviación estándar de 10.

A partir del KIDSCREEN se han realizado una serie de estudios de calidad de vida de niños, niñas y adolescentes en Chile, desde el punto de vista pediátrico (Cádiz D et al., 2011; Hidalgo-Rasmussen et al., 2015; Molina et al., 2014; Vilugrón Aravena et al., 2020, 2022). Aunque estos estudios han utilizado el KIDSCREEN para medir la calidad de vida de las personas de 0 a 17 años, están limitados a pequeños grupos poblacionales y analizan muestras pequeñas. Por tanto, existe escasa información sobre la calidad de vida y bienestar en niños, niñas y adolescentes a nivel poblacional.

### A. KIDSCREEN-27

El Kidscreen-27 es un cuestionario diseñado para personas entre 8 y 18 años, que presenta propiedades psicométricas adecuadas en niños y adolescentes chilenos (Urzúa et al., 2009)<sup>9</sup>. Está conceptualmente basado en la definición de calidad de vida relacionada con la salud como un constructo multidimensional que evalúa cinco dimensiones:

1. **Bienestar físico:** inquiriere sobre los niveles de actividad física, energía y estado físico (5 ítems).
2. **Bienestar psicológico:** explora emociones positivas, satisfacción con la vida y sentimientos de equilibrio emocional (7 ítems).
3. **Relación con los padres y autonomía:** estudia la relación con los padres, atmósfera del hogar y sentimientos de tener la edad apropiada para independizarse, así como el grado de satisfacción con los recursos económicos disponibles (7 ítems).
4. **Apoyo social y pares:** evalúa la forma natural de relacionarse con otros niños, niñas y adolescentes (4 ítems).
5. **Ambiente escolar:** examina la percepción de los niños, niñas y adolescentes respecto de su capacidad cognitiva, de aprendizaje y concentración, y sus sentimientos acerca de la escuela (4 ítems).

---

<sup>9</sup> Se utiliza tanto en población sana como en aquellos que padecen enfermedades crónicas.

## V. Resultados

### A. Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022)

El análisis del bienestar en población de personas menores de 18 años se basa en la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, ENDIDE 2022. Esta encuesta tiene por objetivo estimar la prevalencia de la discapacidad y dependencia en Chile, caracterizando el funcionamiento y las condiciones de vida relacionadas con estas variables en el territorio.

ENDIDE 2022 fue un proyecto liderado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, por intermedio de la División Observatorio Social de la Subsecretaría de Evaluación Social, con la colaboración del Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). Además, recibió aportes y retroalimentación de organizaciones de la sociedad civil, especialmente la Comunidad de Organizaciones Solidarias, Pacto por la Discapacidad y Atención sin etiquetas.

La población objetivo de la encuesta fueron las personas de dos años o más, que residen en viviendas particulares en el territorio nacional, excluyendo las áreas de difícil acceso excluidas del Marco muestral del INE para la encuesta Casen en Pandemia 2020. La aplicación de la encuesta se realizó en modalidad cara a cara, aplicada en las viviendas de las personas, mediante Tablet (modalidad CAPI, por sus siglas en inglés)<sup>10</sup>. En total, se aplicaron cuatro cuestionarios: Cuestionario del Hogar; Cuestionario del Adulto (personas de 18 y más años); cuestionario del Cuidador(a); y Cuestionario a niños, niñas y adolescentes (personas de 2 a 17 años). Se entrevistó a una muestra total de 35.536 personas de dos años y más.

Una parte del cuestionario a niños, niñas y adolescentes se administró en modalidad autoaplicada e incluyó la aplicación del KIDSCREEN en la población de 10 a 17 años. Para la construcción de cada dimensión se utilizaron los puntajes Rasch. Una vez realizado esto, los puntajes Rasch se estandarizaron en base a la media y desviación estándar de la muestra total. Finalmente, los puntajes fueron transformados en valores con una media de 50 y desviación estándar de 10.

### B. Caracterización de niños, niñas y adolescentes

Los resultados que se presentan a continuación caracterizan a la población de niños, niñas y adolescentes que respondieron la batería KIDSCREEN. Cabe notar que, para la sección de caracterización demográfica, no se realizaron análisis estadísticos de diferencias.

De acuerdo con la tabla 1, el total de niños, niñas y adolescente que respondieron el KIDSCREEN-27 representan, una vez considerados los factores de expansión, a una población de 1.674.026 personas. Con relación a la composición por sexo, el 49,1% corresponden a mujeres y el 50,9% a hombres. La edad promedio fue 13,6 años. De acuerdo con los datos de Casen 2022, en ese mismo grupo etario, la proporción de hombres fue 50,6% y 49,4% para el caso de las mujeres.

---

<sup>10</sup> *Computer-assisted personal interviewing* (Entrevista personal asistida por computadora).

**Tabla 1:** Número de niños, niñas y adolescentes que

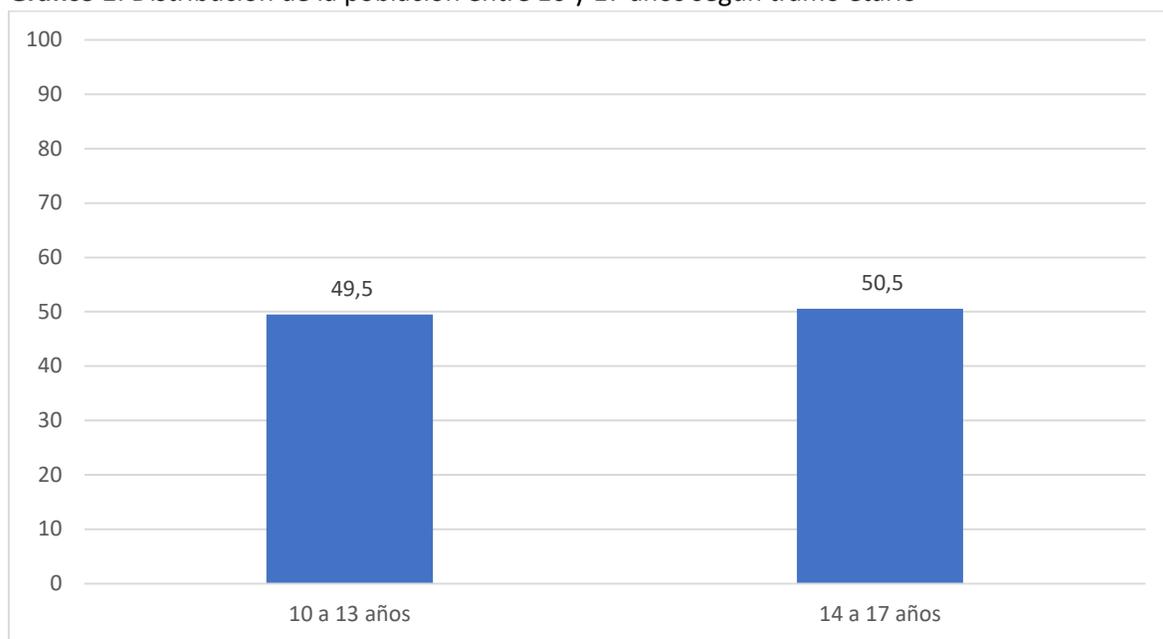
	Estimación	Total expandido	Edad promedio
<b>Hombre</b>	49,1	822.235	13,6
<b>Mujer</b>	50,9	851.791	13,6
<b>Total</b>	100	1.674.026	13,6

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

El Gráfico 1 muestra la población de niños, niñas y adolescentes al desagregar por rango etario considerando los grupos 10 a 13 años y de 14 a 17 años. Como se puede observar, los grupos son similares en tamaño: el grupo de 10 a 13 años posee el 49,5% de la muestra de niños, niñas y adolescentes entre 10 y 17 años.

**Gráfico 1:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según tramo etario

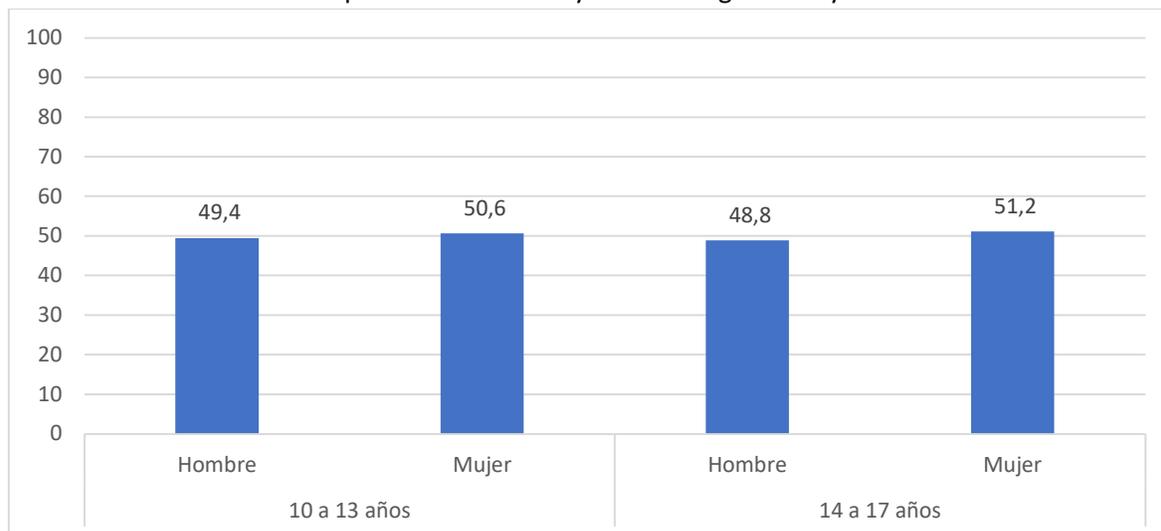


Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

Al desagregar el grupo etario por sexo se puede observar que, en el grupo de 10 a 13 años, el 49,4% corresponde a hombres, mientras que en el grupo de 14 a 17 años los varones representan el 48,8%. En cuanto a las mujeres, en el grupo de 10 a 13 años representan el 50,6% y en el grupo de 14 a 17 años representan el 51,2%.

**Gráfico 2:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según sexo y tramo etario

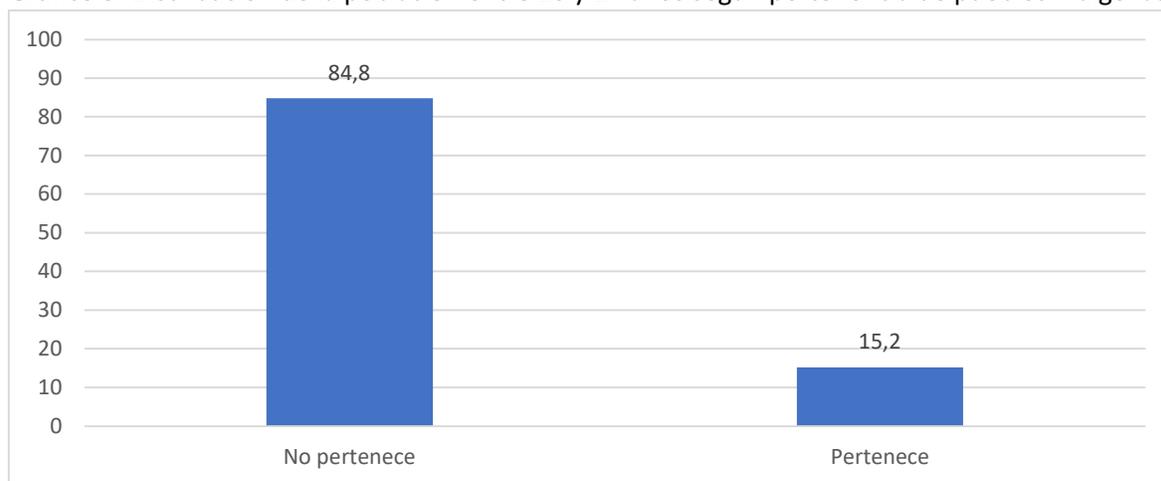


Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

En cuanto a la distribución de la población según pertenencia a pueblos indígenas, se puede observar que el 84,8% de la población de personas entre 10 y 17 años señaló no pertenecer a algún grupo indígena (ver gráfico 3). De acuerdo con los datos de Casen 2022, el 85,9% de la población entre 10 a 17 años pertenece a un pueblo indígena, siendo similar a lo encontrado en ENDIDE 2022.

**Gráfico 3:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según pertenencia de pueblos indígenas



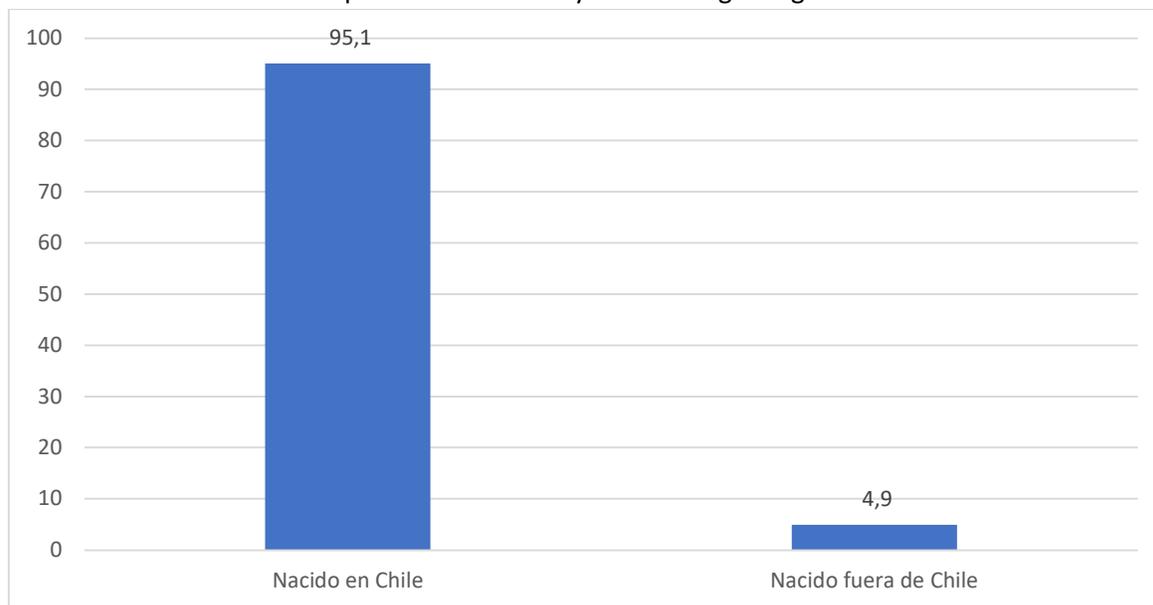
Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

En relación con la distribución de las personas de 10 a 17 años según lugar de nacimiento (ver gráfico 4), se observa que el 95,1% de la población corresponde a personas nacidas en Chile. De acuerdo

con la última estimación de Casen 2022, el total de personas de 10 a 17 años nacidas en Chile corresponde a 92,2%, mientras que el total de personas nacidas fuera de Chile es 7,8%.

**Gráfico 4:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según lugar de nacimiento



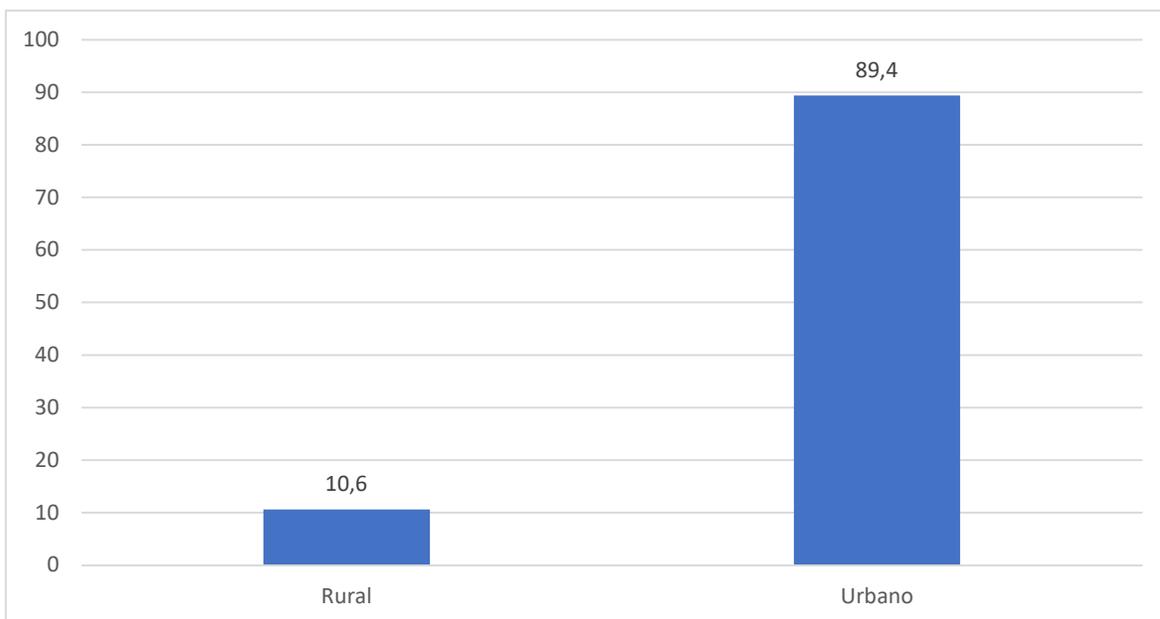
Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

El gráfico 5 muestra la distribución de la población que respondió el KIDSCREEN-27, según área urbana y rural. Los datos señalaron que alrededor de nueve de cada diez personas viven en zonas urbanas, mientras que una de cada diez vive en zonas rurales. Estos resultados son similares a los encontrados en CASEN 2022, en donde el 88,8% de la población de 10 a 17 años viven en áreas urbanas, mientras tanto que el 11,2% vive en zonas urbanas.

Al considerar la dimensión socioeconómica de los hogares, mediante de los quintiles de ingreso autónomo per cápita del hogar (ver gráfico 6), se observa que la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes se encuentra en el quintil I, mientras que la menor proporción se encuentra en el quintil V. En el quintil I se encuentran aproximadamente tres de cada diez niños, niñas y adolescentes de entre 10 a 17 años, mientras que en el quintil V se encuentran uno de cada diez. En términos generales, se puede observar que la proporción de niños, niñas y adolescentes disminuye a medida que aumenta el quintil de ingresos autónomos.

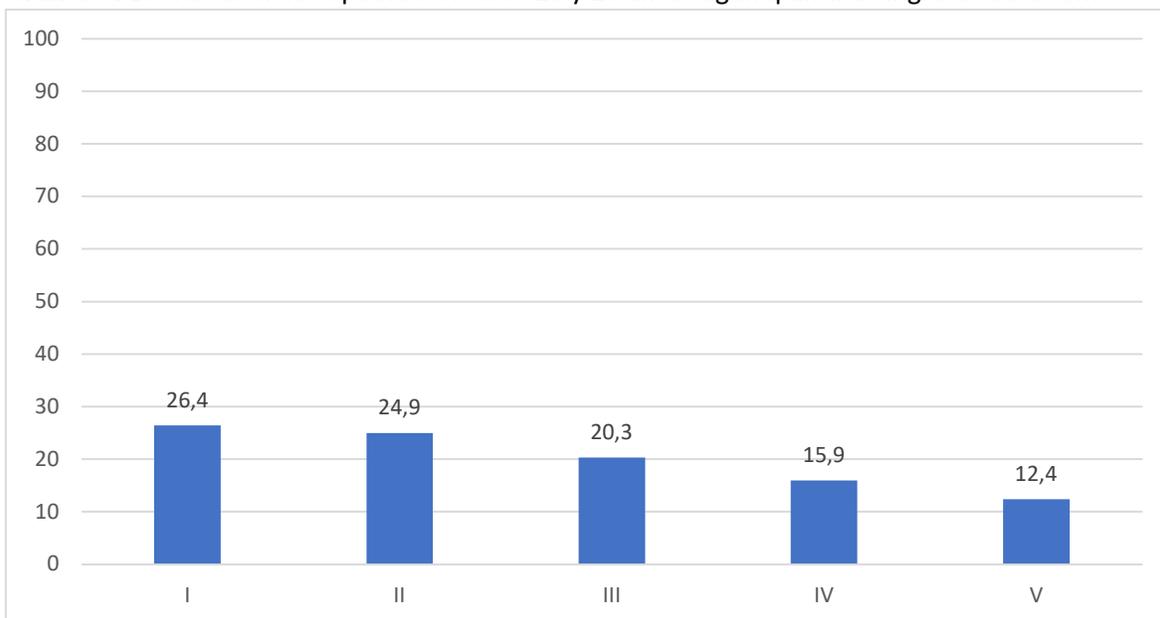
**Gráfico 5:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según área



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

**Gráfico 6:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según quintil de ingresos autónomo

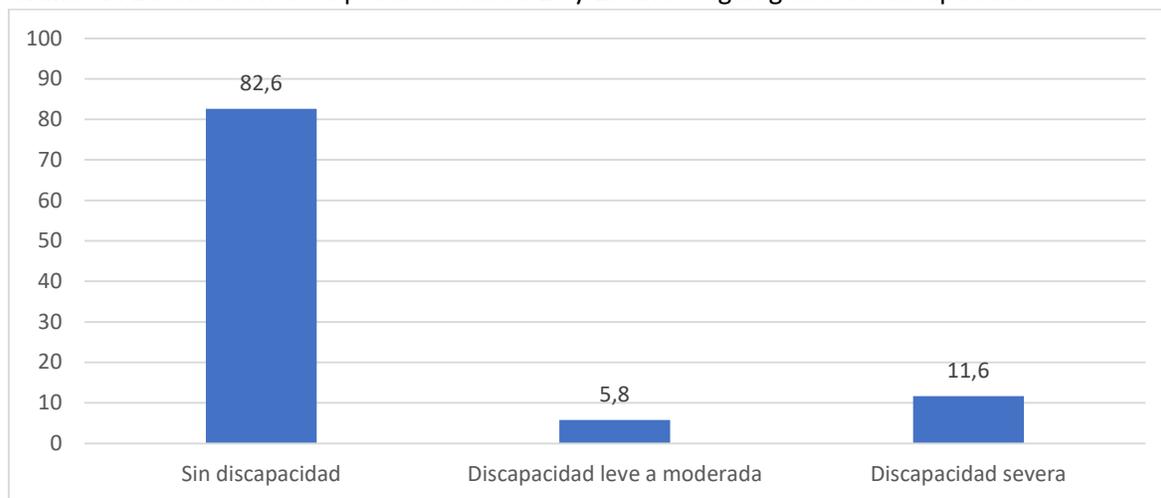


Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

El gráfico 7 muestra la proporción de personas entre 10 y 17 años según grado de discapacidad. Los datos señalan que 17,4% de la población presentó algún grado de discapacidad. En efecto, algo más de una de cada diez personas entre 10 y 17 años presentó discapacidad severa, y algo más de una de cada 20 presentó alguna discapacidad leve o moderada.

**Gráfico 7:** Distribución de la población entre 10 y 17 años según grado de discapacidad



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: No se realizaron pruebas de diferencias significativas.

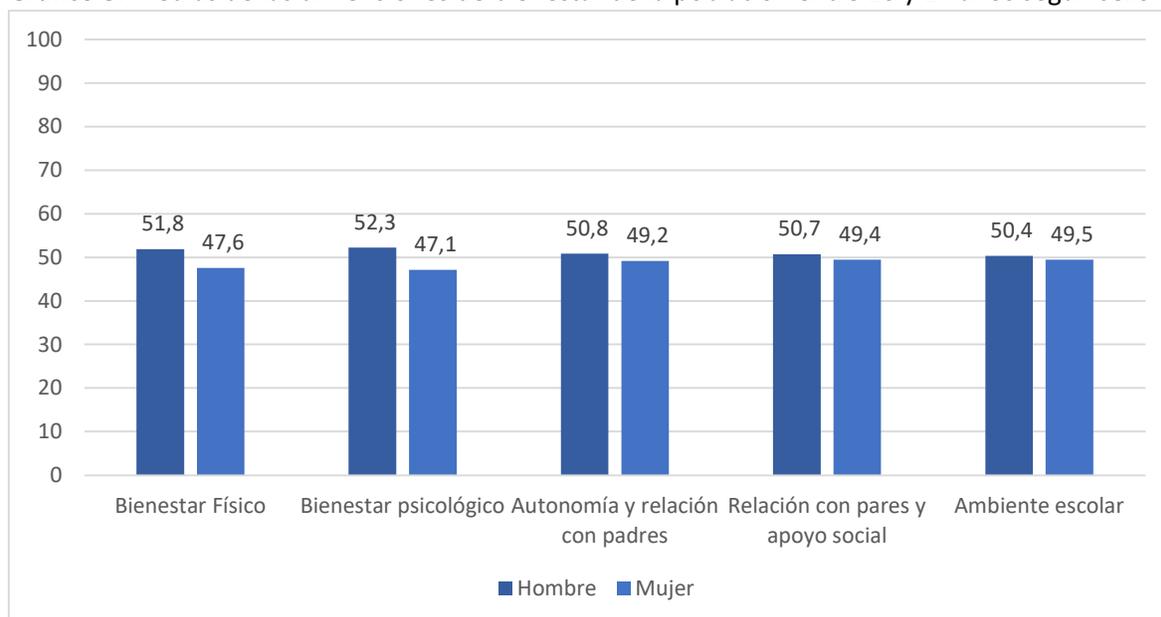
### C. Resultados de la aplicación de KIDSCREEN-27

Los resultados que se muestran a continuación se construyeron a partir de la metodología que adoptó el Observatorio Social para el análisis de los puntajes de KIDSCREEN-27. La construcción de cada dimensión se realizó a partir del puntaje Rasch. Luego, los puntajes se estandarizaron en base a la media y desviación de la muestra total. Finalmente, los puntajes fueron transformados en valores con una media de 50 y desviación estándar de 10.

El gráfico 8 muestra las medias de los puntajes estandarizados de las cinco dimensiones del bienestar y calidad de vida para la población entre 10 y 17 años, según sexo. Los resultados señalan que la población de niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años en todas las dimensiones obtuvieron puntajes cercanos a la media.

Al analizar los datos según el sexo de las personas entre 10 y 17 años, es posible afirmar que en la mayoría de las dimensiones los hombres reportan mayores niveles de bienestar. En efecto, las mujeres presentaron una media menor estadísticamente significativa, en comparación a los hombres, en cuatro de las cinco dimensiones: bienestar físico (51,8 versus 47,6), psicológico (52,3 versus 47,1), autonomía y relaciones con los padres (50,8 versus 49,2), relación con pares y apoyo social (50,7 versus 49,4). Sólo en la dimensión ambiente escolar no se observan diferencias estadísticamente significativas. La brecha más amplia se encuentra en la dimensión de bienestar psicológico, con una diferencia de 5,2 puntos porcentuales (pp.), la menor brecha se observa en la dimensión relación con pares y apoyo social, con una diferencia de 1,3 pp.

**Gráfico 8:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según sexo



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres, relación con pares y apoyo social.

Con relación a la evidencia nacional, los resultados encontrados son similares a los reportados por Urzúa et al. (2009), quienes encontraron que los hombres poseen una mayor media en bienestar físico. A su vez, contrastan con lo reportado por estos autores, pues sus resultados señalan que las mujeres presentaron mayor media en las dimensiones de relaciones de pares y apoyo social y de ambiente escolar.

Tomando en consideración la evidencia internacional, Bisegger et al. (2005) encuentran que las mujeres tienen menor puntaje en las dimensiones de bienestar físico, psicológico y mayor puntaje en las relaciones de pares y ambiente escolar. Además, no encuentra diferencias por sexo en la subdimensión de autonomía. Villalonga-Olives et al. (2010) señalan, por su parte, que las mujeres reportan puntajes menores en la dimensión de bienestar físico. Por su parte, Meade & Dowswell (2015) observan que en la dimensión de bienestar físico, bienestar psicológico y autonomía, los hombres obtienen mayores puntajes. Además, Meade & Dowswell (2016) encuentran que hay diferencias significativas en las dimensiones de bienestar físico y psicológico, autonomía y relación con los padres, y a su vez señalan que el puntaje es mayor en hombres. Resultados similares obtuvieron Freire & Ferreira (2016). Finalmente, Mikkelsen et al. (2022) encuentran que las mujeres adolescentes tienen un nivel más bajo en bienestar físico, psicológico y de ambiente escolar.

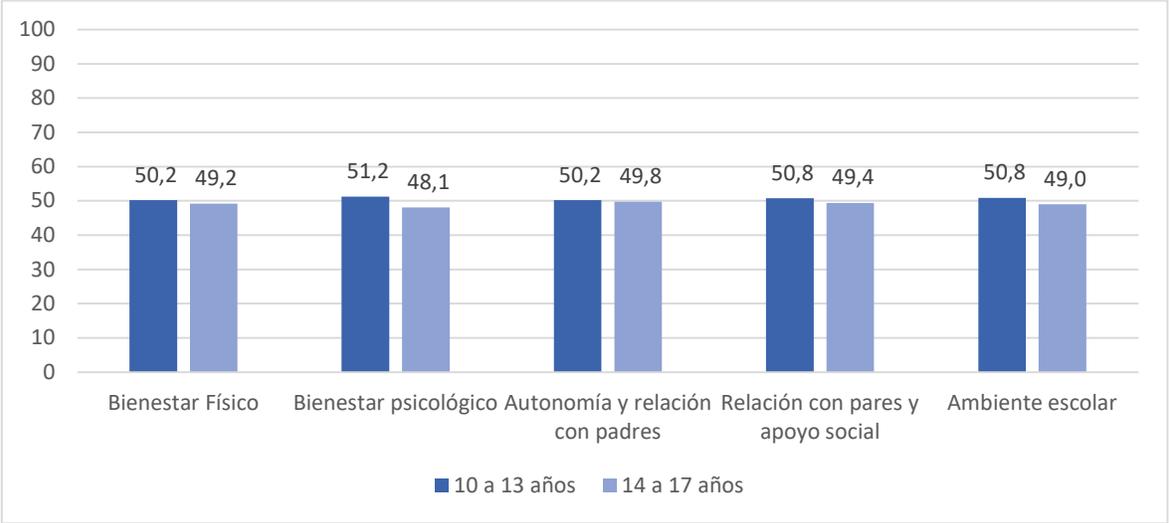
Los resultados anteriores muestran que existe cierta consistencia en la evidencia sobre el menor puntaje que obtendrían las mujeres en los indicadores de bienestar físico y psicológico. Sin embargo, no existe claridad sobre si las mujeres obtienen mayores o menores puntajes que los hombres en las dimensiones de ambiente escolar. En relación con autonomía y relación con los padres, la evidencia apunta a que los hombres tienen mayores puntajes, aunque no todos los estudios encuentran diferencias significativas.

Considerando el análisis según grupos etarios, un primer aspecto a destacar es que cuatro de las cinco dimensiones del bienestar presentaron diferencias estadísticamente significativas (ver gráfico 9), siendo el grupo de menor edad (10 a 13 años) el que presentó una mayor media de bienestar en las distintas dimensiones, en comparación con sus pares de mayor edad (14 a 17 años). En efecto, los puntajes en las dimensiones de bienestar físico (50,2 versus 49,2), bienestar psicológico (51,2 versus 48,1), relación con pares y apoyo social (50,8 versus 49,4) y ambiente escolar (50,8 versus 49,0) presentaron diferencias significativas entre los grupos de edad. La mayor brecha se observa en bienestar psicológico, con una diferencia de 3,2 pp., y la menor se reporta en bienestar físico, con 1 pp. de distancia entre ambos grupos.

La evidencia nacional señala que las personas entre 8 y 11 años presentan, en comparación con las personas de 12 a 18 años, mejores puntajes en la dimensión de bienestar físico, psicológico, relación con los padres y autonomía, y en el ambiente escolar (Urzúa et al., 2009). A nivel internacional, se encontró una relación negativa entre la edad y las cinco dimensiones del bienestar. Adicionalmente, la dimensión de bienestar físico se deteriora en mayor medida al aumentar la edad, mientras que la dimensión de pares es la que se deteriora más lento. Similares resultado encontraron Freire & Ferreira (2016), quienes evidencian que la dimensión de bienestar físico, psicológico y relación con pares y apoyo social es mayor en los grupos de menor edad. Finalmente, Meade & Dowswell (2016) encuentran que el bienestar físico y psicológico se deteriora con la edad y que lo hace en mayor medida para las mujeres.

Aunque Bisegger et al. (2005) encuentran una relación negativa entre la edad y el bienestar, la evidencia apunta que los puntajes de bienestar físico y psicológico disminuyen con la edad de manera consistente, a diferencia de otras dimensiones. Adicionalmente, esta disminución es distinta según el sexo de los niños, niñas y adolescentes, siendo mayor en el caso de las mujeres.

**Gráfico 9:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según grupo etario



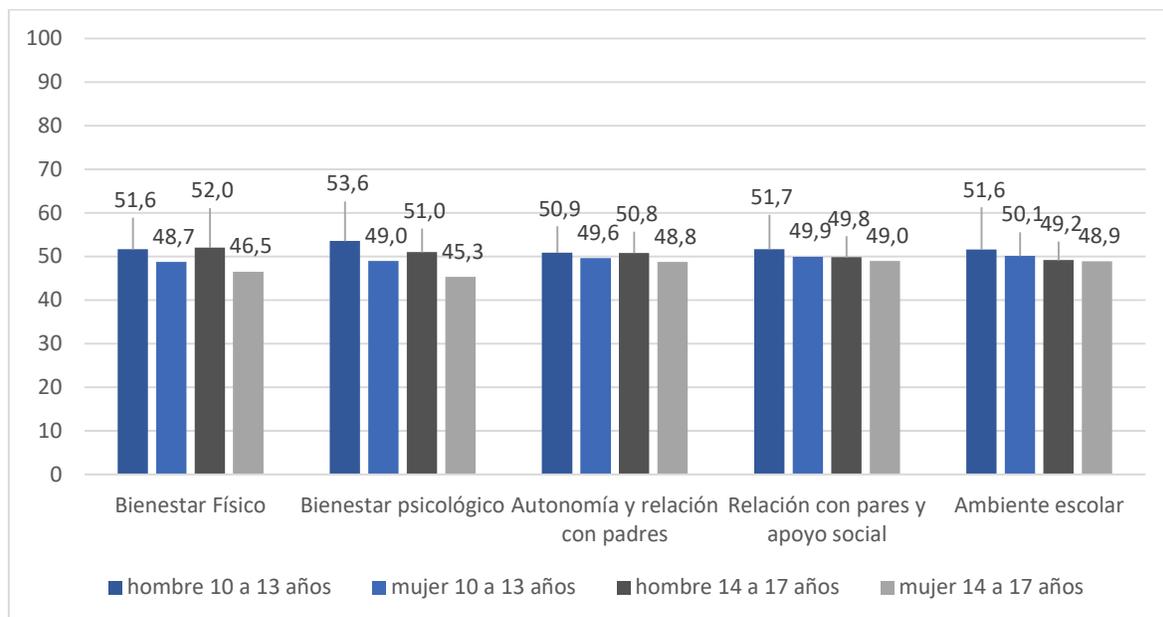
Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas según tramo etario en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, relación con pares y apoyo social y ambiente escolar

En el siguiente gráfico, se observan las diferencias en las dimensiones de bienestar según sexo y grupo etario. Como se puede observar, en el grupo de 10 a 13 años existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuatro de las cinco dimensiones (gráfico 10). En efecto, los hombres reportaron mayor puntaje en la dimensión de bienestar físico (51,6 versus 48,7), bienestar psicológico (53,6 versus 49,0), relación con los pares y apoyo social (51,7 versus 49,9) y en ambiente escolar (51,6 versus 50,1). En el tramo de 14 a 17 años los hombres reportaron mayores medias en tres de las cinco dimensiones: bienestar físico (52,0 versus 46,5), bienestar psicológico (51,0 versus 45,3), y autonomía y relación con los padres (50,8 versus 48,8).

Al comparar cómo varía el bienestar por tramo etario para cada sexo, se observó que las mujeres del tramo de 10 a 13 años, en comparación a las mujeres de 14 a 17 años, reportaron mejor bienestar en las dimensiones de bienestar físico (48,7 versus 46,5) y bienestar psicológico (49,0 versus 45,3). En el caso de los hombres del grupo de 10 a 13 años presentó, en comparación con el grupo de 14 a 17 años, una media mayor en bienestar psicológico (53,6 versus 51,0), relación con pares y apoyo social (51,7 versus 49,8) y ambiente escolar (51,6 versus 49,2).

**Gráfico 10:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según sexo y tramo de edad



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

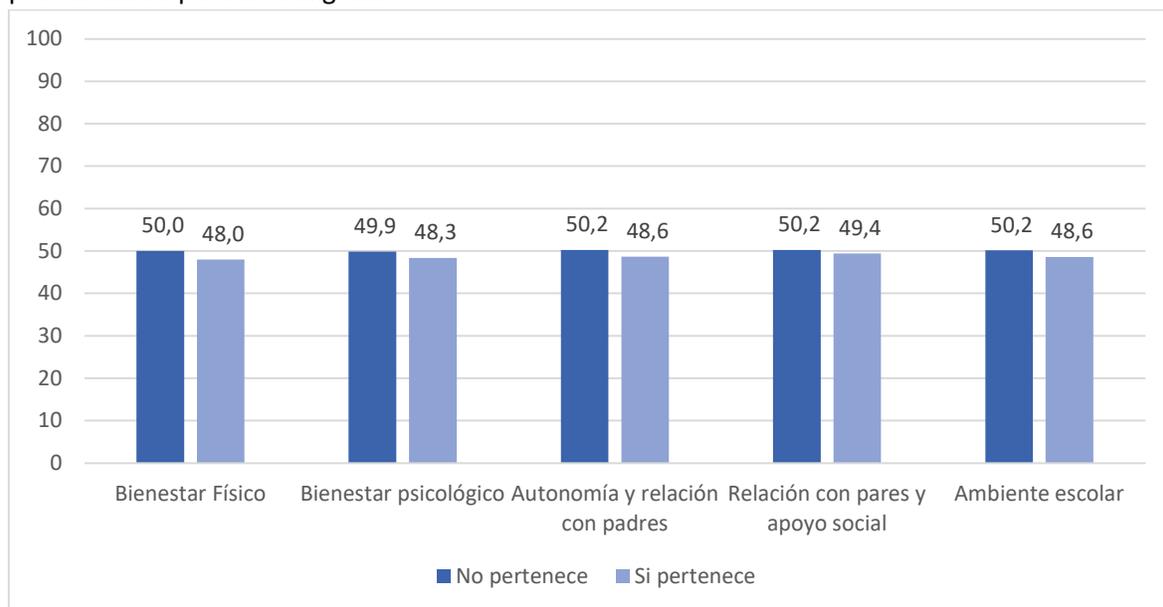
Nota:

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el tramo de edad 10 a 13 años en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, relación con pares y apoyo social y ambiente escolar. A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el tramo de edad 14 a 17 años en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres.

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres de 10 a 13 años y 14 a 17 años en las dimensiones de bienestar físico y bienestar psicológico. A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres de 10 a 13 años y 14 a 17 años en las dimensiones: bienestar psicológico, relación con pares y apoyo social y ambiente escolar.

El gráfico 11 muestra las medias de las dimensiones del bienestar y calidad de vida de las personas de 10 a 17 años según pertenencia a pueblos indígenas. A partir de la información, es posible señalar que existen diferencias significativas en cuatro de las cinco dimensiones. En efecto, la dimensión de bienestar físico (50,0 versus 48,0), psicológico (49,9 versus 48,3), de autonomía y relación con los padres (50,2 versus 48,6) y ambiente escolar (50,2 versus 48,6), presentaron diferencias según pertenencia a algún grupo indígena, mientras que no se encontraron diferencias en las medias de la dimensión relación con los pares entre personas que pertenecen y no pertenecen a pueblos indígenas. Entre las dimensiones que presentaron brechas, el bienestar físico fue la que presentó mayor diferencia (2 pp.), mientras que bienestar psicológico presentó la menor diferencia (1,5 pp.).

**Gráfico 11:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según pertenencia a pueblos indígenas

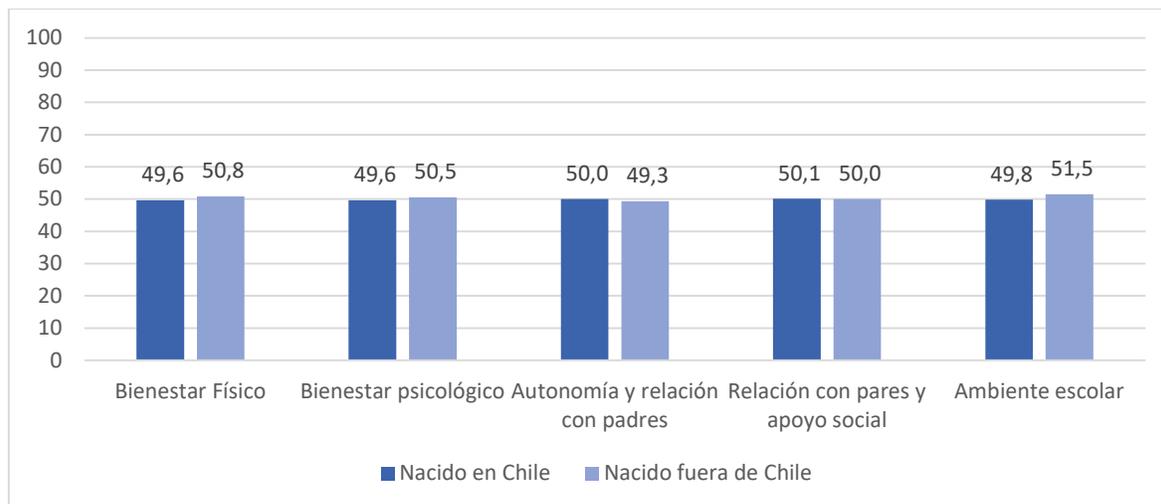


Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre personas que señalan pertenecer a pueblos indígenas y no pertenecer, en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres y ambiente escolar.

Al analizar las dimensiones de bienestar considerando el lugar de nacimiento de la población de 10 a 17 años, se puede observar, en el gráfico 12, que la población nacida fuera de Chile presenta un nivel mayor de bienestar sólo en la dimensión de ambiente escolar (49,8 versus 51,5). En esta dimensión, la brecha fue de 1,8 pp.

**Gráfico 12:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según lugar de nacimiento

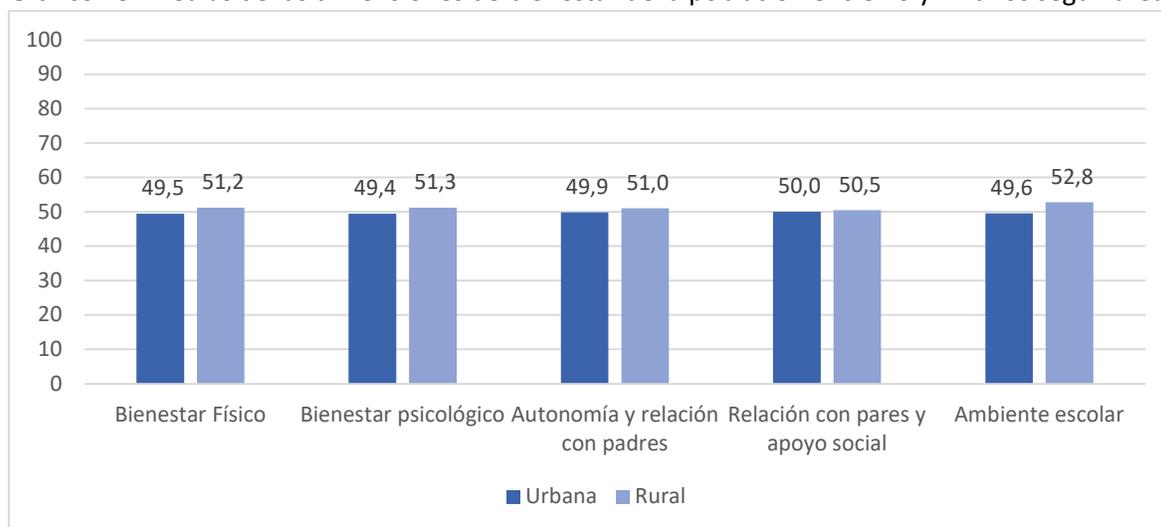


Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre personas que señalan haber nacido en Chile y haber nacido fuera de Chile sólo en la dimensión de ambiente escolar.

De acuerdo con el gráfico 13, tres de las cinco dimensiones presentaron diferencias significativas entre niños, niñas y adolescentes que habitan en las áreas urbana y rural. Las dimensiones de bienestar físico (49,5 versus 51,2), psicológico (49,4 versus 51,3) y ambiente escolar (49,6 versus 52,8) presentaron una media mayor en las áreas rurales. La mayor diferencia se presenta en la dimensión de ambiente escolar, donde se estima una brecha de 3,2 pp., mientras que la menor distancia se aprecia en la dimensión de bienestar físico (1,7 pp.). No se encontraron diferencias significativas en autonomía y relación con padres, y en relación con pares y apoyo social.

**Gráfico 13:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según área



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre áreas en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico y ambiente escolar.

Adicionalmente, se evaluó la dimensión socioeconómica de los hogares, a través de los quintiles de ingreso autónomo per cápita del hogar (ver gráfico 14). En la dimensión de bienestar físico existen diferencias, pues el quintil III presentó una media mayor en comparación al quintil II (50,5 versus 49,0) y IV (50,5 versus 48,3). En relación con el bienestar psicológico, se observaron diferencias entre el quintil III y IV, siendo mayor la media en el quintil III (50,6 versus 48,6). Respecto a la dimensión apoyo social y pares, se hallaron diferencias entre el quintil II y III, siendo mayor el quintil III (49,1 versus 50,6). En la dimensión de ambiente escolar se presentaron diferencias entre el III y IV quintil (50,8 versus 48,7), siendo el III quintil el de mayor media.

Al analizar las diferencias entre el quintil I y los restantes, se observa que existe diferencias con el quintil IV en la dimensión ambiente escolar, siendo el quintil I el que presenta mayor media (50,4 versus 48,7). Por su lado, al comparar el quintil V con los restantes se observaron diferencias con el quintil I, II y IV. En la dimensión de bienestar físico el V quintil obtuvo una media mayor que el quintil I (49,6 versus 51,6). Mientras que al comparar con el quintil II se presentaron diferencias en el bienestar físico (49,0 versus 51,6), autonomía y relación con los padres (49,3 versus 51,2), relación de pares y apoyo social (49,1 versus 51,2), siendo mayor la media en el V quintil. En relación con la comparación con el quintil IV, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de bienestar físico (48,3 versus 51,6) y autonomía y relación con los padres (49,5 versus 51,2).

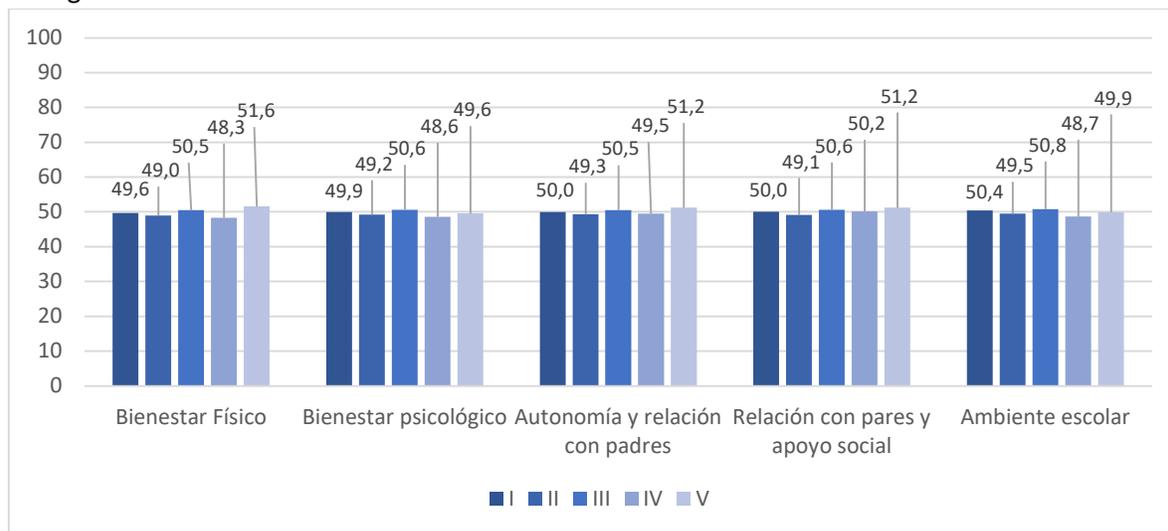
Por otra parte, se observa que las mayores brechas se presentaron entre el quintil IV y V para el bienestar físico, donde la diferencia fue -2,62pp. Entre el quintil II y Quintil V la diferencia para la dimensión de autonomía y relación con los padres se estimó en -1,93, mientras que en relación con los pares y apoyo social la brecha resultante fue de -2,08 pp. Entre el III y IV la mayor brecha se presentó en las dimensiones de bienestar psicológico con un valor de -2,03pp y ambiente escolar con 2,13 pp.

Con todo, pese a que las gradientes socioeconómicas no son particularmente marcadas si se las compara con otros fenómenos sociales en Chile, sí se observa que los niños, niñas y adolescentes del quintil V tienden a tener mayores niveles de bienestar, excepto en las dimensiones de ambiente escolar y bienestar psicológico.

En relación a la evidencia internacional se ha documentado que el bienestar es más bajo en los estratos socioeconómicos más bajos (Rajmil et al., 2013). Los resultados encontrados no permiten establecer una relación clara entre el quintil de ingresos de la población y todas las dimensiones del bienestar.

Por último, al analizar las dimensiones del bienestar de las personas entre 10 y 17 años según situación de discapacidad, las cinco dimensiones del bienestar presentan diferencias significativas. Como se puede observar en el gráfico 15, la población de niños, niñas y adolescentes sin discapacidad presentan una media mayor en todas las dimensiones del bienestar, en comparación a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad: bienestar físico (50,8 versus 44,5), bienestar psicológico (51,0 versus 43,2), autonomía y relación con los padres (50,9 versus 45,7), relación con pares y apoyo social (51,1 versus 45,1), y ambiente escolar (51,1 versus 44,3). La mayor brecha se presentó en la dimensión de bienestar psicológico, donde la diferencia se estimó en 7,8 pp., mientras que la menor se observa en relación de pares y apoyo social, con un valor de 5,2 pp.

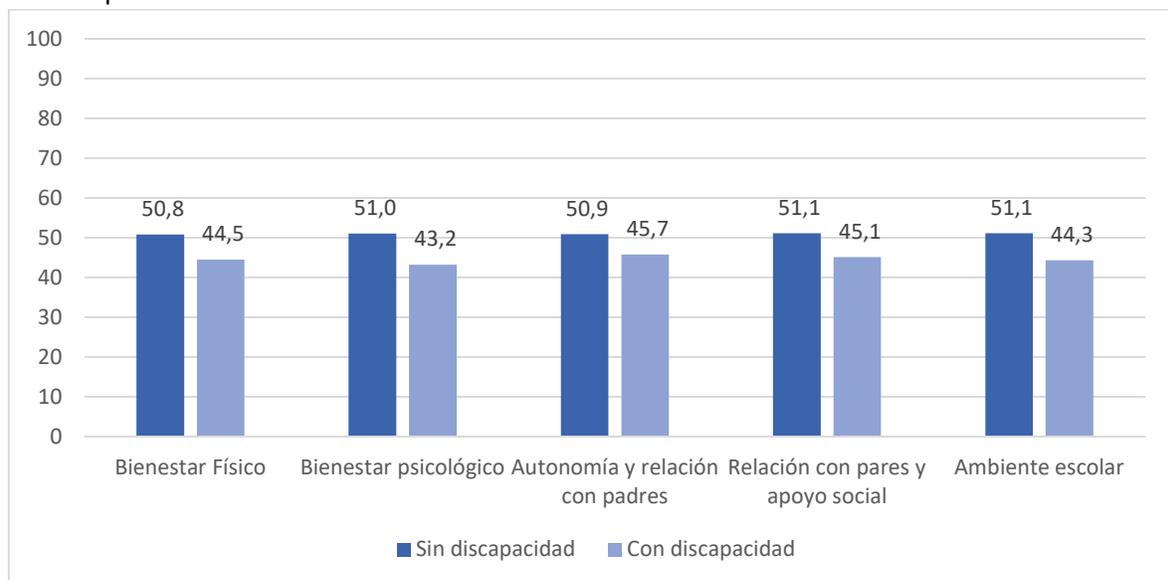
**Gráfico 14:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según quintil de ingresos autónomos



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quintiles en las dimensiones. En la dimensión de bienestar físico hay diferencias significativas entre los quintiles I, II, IV en comparación con el quintil V; entre los quintiles II y IV en comparación con el quintil III. En la dimensión bienestar psicológico se encontraron diferencias entre los quintiles III y IV. En la dimensión de autonomía y relación con los padres existen diferencias entre los quintiles II y IV en comparación con el quintil V. En la dimensión de relación con pares y apoyo social las diferencias significativas se hallan entre los quintiles III y V en comparación con el quintil II. Finalmente, en la dimensión de ambiente escolar se encontraron diferencias significativas entre los quintiles I y III en comparación con el quintil IV.

**Gráfico 15:** Medias de las dimensiones de bienestar de la población entre 10 y 17 años según grado de discapacidad



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Nota: A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre personas según situación de discapacidad en todas las dimensiones.

## VI. Conclusiones

La infancia y la adolescencia es un periodo fundamental del desarrollo humano, que tiene impactos a lo largo de todo el ciclo de vida. Por ello, y dada la relevancia de la política pública en esta etapa, es necesario monitorear el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. El conocimiento sobre las dimensiones que conforman el bienestar es información que puede aportar en el desarrollo de políticas de protección social que promuevan una mejor calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, y que repercute en el bienestar de los adultos que llegarán a ser.

En este contexto el KIDSCREEN-27, implementado en la ENDIDE 2022, es un instrumento que aborda cinco dimensiones del bienestar y calidad de vida de las personas de 10 a 17 años. A través de este instrumento, es posible hacer un diagnóstico del bienestar en la infancia y adolescencia. Adicionalmente, permite identificar cuáles son los grupos demográficos que presentan mayores brechas en las dimensiones del bienestar y que requieren mayor intervención desde el punto de vista de la política de protección social.

Entre los principales resultados encontrados a través del KIDSCREEN-27, destacan las diferencias según sexo, pertenencia a pueblos indígenas, situación de discapacidad y grupo etario. En efecto, las niñas, las personas en el grupo etario de 14 a 17 años, las personas que declaran pertenecer a algún pueblo indígena y los niños, niñas y adolescentes con algún grado de discapacidad, presentan menores niveles de calidad de vida en algunas o en todas las dimensiones analizadas mediante este instrumento. Finalmente, no se observa con claridad la relación negativa que existe en la literatura entre el nivel socioeconómico y el bienestar y calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, a excepción de algunas dimensiones como el bienestar físico y en las brechas observadas entre el quinto quintil y el resto de los grupos, en algunas de las dimensiones.

Más en particular, las mujeres presentaron brechas en cuatro de las cinco dimensiones al comparar con los hombres: bienestar físico; psicológico; autonomía y relaciones con los padres; y relación con pares y apoyo social.

En el caso de la edad y la calidad de vida, se observa que los adolescentes de 14 a 17 años tienen menor calidad de vida reportada en comparación al grupo de 10 a 13 años en cuatro de las cinco dimensiones: bienestar físico; bienestar psicológico; relación con pares y apoyo social; y ambiente escolar. Cabe reiterar que la evidencia internacional muestra que, en esta etapa de la vida, las mujeres tienen un deterioro mayor en la calidad de vida y bienestar a medida que aumenta su edad.

En cuanto a la población que declara pertenecer a algún grupo indígena, presentaron brechas en cuatro de las cinco dimensiones: bienestar físico; bienestar psicológico; autonomía y relación con los padres; y ambiente escolar.

Finalmente, las personas con algún grado de discapacidad presentan menores niveles de bienestar y calidad de vida en las cinco dimensiones observadas. Además, presentan las mayores brechas que las observadas entre otros grupos de la población, en todas las dimensiones. Los datos señalan que la mayor brecha se presenta en la dimensión de bienestar psicológico. La menor brecha se estimó en la dimensión en relación de pares y apoyo social, pero esta es de más de 5 puntos porcentuales, lo que excede las brechas observadas entre cualquier otro subgrupo aquí estudiado.

La población en área rural tiene un bienestar y calidad de vida más alta que aquellos niños, niñas y adolescentes que viven en áreas urbanas. Los datos señalaron que tres de las cinco dimensiones presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las áreas urbanas y rurales: bienestar físico, psicológico y ambiente escolar.

En el agregado, las dimensiones de bienestar físico y psicológico obtuvieron resultados más bajos en todos los grupos de comparación.

Como muestra este informe, la calidad de vida y bienestar es concepto complejo y multidimensional. Se requiere información para identificar grupos con menor calidad de vida y bienestar, así como evaluar y desarrollar políticas sociales para mejorar el bienestar de la población. La protección social de las niñas, niñas y adolescente con menor calidad de vida, que este estudio ayuda a identificar, es una inversión para el desarrollo social y una economía sustentable.

## Anexo 1: Análisis de confiabilidad y validez del KIDSCREEN-27 en la encuesta ENDIDE 2022

### 1. Confiabilidad

Para medir la consistencia interna de las cinco dimensiones se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. En primer lugar, se realizó un análisis con todas las dimensiones y, posteriormente, uno separado por cada una de las dimensiones teóricas.

El coeficiente de Cronbach para todas las variables fue de 0,92. Con la eliminación de preguntas el coeficiente bajó a 0,91, a excepción de la pregunta K4 que mantuvo el resultado en 0,92. En cuanto al análisis por dimensiones, como se puede observar en la tabla A.1., todas las dimensiones presentaron un alfa de Cronbach superior a 0,7, lo cual es un resultado adecuado para la consistencia interna de cada una de las dimensiones. La segunda dimensión presentó el alfa de Cronbach más alto (0,86), mientras que la primera dimensión presentó el coeficiente más bajo (0,73). Adicionalmente, la eliminación de ítems no implicó la mejora del alfa de Cronbach, sugiriendo que existe consistencia interna en cada dimensión.

**Tabla A.1.** Alfa de Cronbach para todas las variables

Variable	Alfa al eliminar ítem	Variable	Alfa al eliminar ítem	Variable	Alfa al eliminar ítem	Variable	Alfa al eliminar ítem	Variable	Alfa al eliminar ítem
k1i	0,91	k6	0,91	k13	0,91	k20	0,91	k24	0,91
k2	0,91	k7	0,91	k14	0,91	k21	0,91	k25	0,91
k3	0,91	k8	0,91	k15	0,91	k22	0,91	k26	0,91
k4	0,92	k9i	0,91	k16	0,91	k23	0,91	k27	0,91
k5	0,91	k10i	0,91	k17	0,91				
		k11i	0,91	k18	0,92				
		k12	0,91	k19	0,92				
<b>Alfa de Cronbach</b>					<b>0,92</b>				

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

**Tabla A.2.** Alfa de Cronbach por dimensión

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
Alfa de Cronbach Dimensión	0,73	0,86	0,80	0,82	0,75

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

## 2. Validez

Para determinar la validez del constructo, se utilizó el análisis de componentes principales y un análisis factorial confirmatorio. En primer lugar, se utilizó el análisis de componentes principales para estudiar estructura factorial de los constructos. Para estudiar la posibilidad de realizar un análisis factorial, se llevó a cabo a partir de análisis de esfericidad de Bartlett y la adecuación a partir de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). De acuerdo con la relación teórica que existe entre las dimensiones, es decir, la existencia de relaciones entre las distintas dimensiones del bienestar, se realizó el análisis de componentes principales a través del método de rotación Oblimin. En segundo lugar, para confirmar la estructura de cinco dimensiones, se utilizó el análisis factorial confirmatorio.

Los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2(351) = 27330,9, p - \text{valor} = 0,000$ ) y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,93) indicaron que es idóneo realizar un análisis factorial. A partir de la extracción de factores por componentes, se sugiere una estructura de seis dimensiones, que explica 61,1% de la varianza.

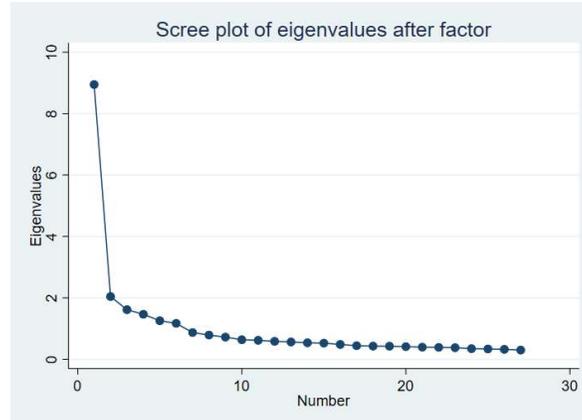
**Tabla A.3.** Proporción de la varianza explicada por los factores

Factor	Varianza	Diferencia	Varianza explicada	Varianza Acumulada Explicada
Factor1	3,77815	0,52022	0,1399	0,1399
Factor2	3,25793	0,16976	0,1207	0,2606
Factor3	3,08817	0,43024	0,1144	0,375
Factor4	2,65793	0,6356	0,0984	0,4734
Factor5	2,02233	0,32949	0,0749	0,5483
Factor6	1,69284	.	0,0627	0,611

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

La extracción de seis factores se obtiene a partir del criterio de selección de tantos factores como estos tengan un autovalor propio mayor a 1. Del mismo modo, el análisis del scree-plot sugiere una estructura de seis dimensiones, pues a partir de sexto factor comienza una zona más plana. Adicionalmente, se puede observar que el sexto factor se encuentra muy cercano al valor propio 1.

**Gráfico A.1.** Número de factores a extraer según valores propios



Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

El análisis paralelo muestra que la retención de seis factores es adecuada en comparación a la opción de cinco factores, puesto que los resultados muestran que el valor propio de la muestra y las réplicas tienen una diferencia cercana a 0,07. Finalmente, el análisis de *minimum average partial* muestra que la extracción de cuatros es idónea, los datos muestran un aumento del *minimum average partial* en el quinto factor. Las variables que conforman el sexto factor corresponden a las K18 y K19, que refieren a la dimensión de Autonomía del KIDSCREEN-52. En consecuencia, se sugiere trabajar con cuatro a seis factores.

**Tabla A.4.** Análisis de selección de número de componentes a extraer

Factores	Componentes principales	Análisis paralelo	Diferencia	Minimum Average parcial
1.	8,947282	1,196508	7,75	0,01588185
2.	2,04396	1,169787	0,87	0,01414655
3.	1,614693	1,149112	0,47	0,01424645
4.	1,464977	1,131184	0,33	0,0139977
5.	1,255561	1,114853	0,14	0,01520234
6.	1,170878	1,099359	0,07	0,01459655
7.	0,8706556	1,085119	-0,21	.

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

Para demostrar la estructura factorial de cinco dimensiones, se realizó un análisis factorial confirmatorio. La Tabla A.5 presenta la información respecto a los índices de ajuste obtenidos por el modelo. El modelo de cinco dimensiones mostró una bondad de ajuste aceptable:  $\chi^2(312) = 4506,585$ ,  $p - valor = 0,000$ . Además, se utilizaron las medidas absolutas de diferencias *standardized root mean square residual* (SRMR), *root mean square error of approximation* (RMSEA) y *Comparative fit index* (CFI), para medir el ajuste del modelo. Los valores de SRMR mostraron que el modelo tiene un ajuste aceptable (0,06). Por su parte, RMSEA obtuvo un valor 0,07, lo cual señala un ajuste adecuado. Finalmente, los valores resultantes del CFI indican que el modelo tiene un buen ajuste (CFI=0,81).

**Tabla A.5.** Índices de bondad de ajuste de estructura factorial

	Estimador	Grados de libertad	P-valor
<b>Test de bondad de ajuste</b>	4506,585	312	0,000
<b>RMSR</b>	0,06		
<b>RMSEA</b>	0,07		
<b>CFI</b>	0,81		

Fuente: Encuesta Discapacidad y Dependencia 2022. Cuestionario a niños, niñas y adolescentes.

## Referencias

- Alkire, S., & Sarwar, M. (2009). Multidimensional measures of poverty & well-being.
- Alfaro, Jaime & Guzmán Piña, Javier & Oyarzún Gómez, Denise & Reyes, Fernando & Sirlopú, David & Varela, Jorge. (2016). Bienestar subjetivo de la infancia en Chile en el contexto internacional. Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo - 2015/2016
- Anand, P., Durand, M., & Heckman, J. (2011). The measurement of progress—some achievements and challenges. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 174(4), 851-855.
- Ben-Arieh, A. and I. Frones (2007b), "Indicators of Children's Well Being – Concepts, Indices and Usage", *Social Indicators Research*, Vol. 80, pp. 1-4.
- Ben-Arieh, A. (2008). The child indicators movement: Past, present and future. *Child Indicators Research*, 1, 3-16. Bradshaw, J. & Lau, M. (2010). Child Well-being in the Pacific Rim. *Child Indicators Research*, 3(3), 367-383.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & the European Kidscreen group.(2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- Und Präventivmedizin*, 50(5), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2>
- Bradshaw (2019). An Index of Child Well-Being in Europe. Bradshaw, J., Richardson, D. *Child Ind Res* 2, 319–351 (2009). <https://doi.org/10.1007/s12187-009-9037-7>
- Bradshaw, J. & Richardson, D. (2009). An index of child well-being in Europe. *Child Indicators Research*, 2(3), 319-351.
- Cádiz D, V., Urzúa M, A., & Campbell B, M. (2011). Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Revista chilena de pediatría*, 82(2), 113-121. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062011000200005>
- Casas, F. (1997). Children's rights and children's quality of life: Conceptual and practical issues. *Social Indicators Research*, 42, 283-298. Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona. Paidós.
- Casas, F. (2010). El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentros en Psicología Social*, 5(1), 85–101.
- Casas, F., Sarriera, J. C., Alfaro, J., González, M., Malo, S., Bertrán, I., Figuer, C., Abs, D., Bedin, L., Paradiso, A., Weinreich, K. & Valdenegro, B. (2011). Testing the Personal Wellbeing Index on 12–16 year-old adolescents in 3 different countries with 2 new items. *Social Indicators Research*, 105(3), 461-482.
- Casas, F., Alfaro, J., Sarriera, J., Bedin, L., Grigoras, B., Băltătescu, S., Malo, S., & Sirlop., D. (2015). Children's subjective well-being: A comparability study of 3 psychometric scales in 4 Latin-language speaking countries. *Psicoperspectivas*, 14(1), 6-18.

Consejo Nacional De La Infancia (2015). Estudio "Propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes" realizado por Miguel Araujo y Equipo. Santiago, Chile

Costa Rica & UNICEF (2014). Índice de Bienestar de la Niñez y la Adolescencia. Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, UNICEF. 2014.

Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med.* 2008;66:1429-36.

Currie C, Gabhainn S, Godeau Eç (2009) International HBSC Network Coordinating Committee. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010 survey. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit; 2011.

Currie C, Zanotti, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. (2013) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Defensoría de la Niñez (2019). Encuesta de opinión, derechos de niños, niñas y adolescentes, temáticas relevantes. [https://www.defensorianinez.cl/estud\\_y\\_estadi/estudio-de-opinion-a-ninos-ninas-y-adolescentes-2019/](https://www.defensorianinez.cl/estud_y_estadi/estudio-de-opinion-a-ninos-ninas-y-adolescentes-2019/)

Francesconi, M., & Heckman, J. J. (2016). Child Development and Parental Investment: Introduction. *The Economic Journal*, 126(596), F1-F27. <https://doi.org/10.1111/eoj.12388>

Freire, T., & Ferreira, G. (2016). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 11-24. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1262268>

Heckman, J. J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. *CESifo DICE Report*, 6(2), 3-8

Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *LIFE CYCLES*, 312.

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & Yavitz, A. (2011). The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program.

Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R., González, E., &

George, M. (2015). Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 143(6), 716-723. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600004>

Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: Gender and age comparison. *Quality of Life Research*, 24(12), 2933-2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1033-4>

Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0415-9>

Mikkelsen, H. T., Småstuen, M. C., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., & Rohde, G. (2022). Changes in health-related quality of life in adolescents and the impact of gender and selected variables: A two-year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02035-4>

Molina Cartes, R., Sepúlveda, R., Molina, T., Martínez, V., González, E., Leal, I., George, M., Montaña, R., & Hidalgo, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), 149. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2014.31976>

Observatorio Niñez y Adolescencia (2014). Segundo informe: Infancia Cuenta Chile. <http://www.facso.uchile.cl/noticias/103670/observatorio-ninez-y-adolescencia-presenta-segundo-informe>

OECD (2011), *How's Life? 2011: Measuring Well-being*. OECD. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/23089679>.

OECD (2009). Comparative child well-being across the OECD. En: Organization for Economic Cooperation and Development. *Doing Better for Children*. OECD Publishing; 2009. pp. 21-63. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/family/43570328.pdf>

OECD (2017), *How's Life? 2017: Measuring Well-being*, OECD Publishing, Paris, [https://doi.org/10.1787/how\\_life-2017-en](https://doi.org/10.1787/how_life-2017-en).

Oyanedel, J., Alfaro, J., Varela, J., & Torres, J. (2014). ¿Qué afecta el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las niñas y niños chilenos? Resultados de la Encuesta Internacional sobre Bienestar Subjetivo Infantil. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

PNUD (2012). *Desarrollo Humano en Chile. Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2012

PNUD (2018). *Primera encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2012

Rajmil L, Roizen M, Urzúa A, Hidalgo-Rasmussen C, Fernández G, Dapuelto J. (2012). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value Health* 2012; 15: 312-22

Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Alonso, J., & The European KIDSCREEN group. (2013). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 95-105. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0479-9>

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., & Kidscreen Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2008). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11(4), 645-658. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>

Sen, A. (1985). Desarrollo: ¿ Ahora, hacia dónde?. *Investigación económica*, 44(173), 129-156.

Sepúlveda R, Molina T, Molina R, Martínez V, González E, George M, et al. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1283-92.

Stiglitz, Sen y Fitoussi (2009). Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social

Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. (2008). Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente *Med Clin (Barc)* 2008; 130 (17): 650-4.

UNICEF (2013). Oficina de Investigación. Bienestar infantil en los países ricos: un panorama comparativo. Report Card n. ° 11 de Innocenti. Florencia: UNICEF; 2013.

UNICEF (2020). Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana.

UNICEF (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children.

Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L., & Tapia, K. (2009). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Auto Reporte de la Calidad de Vida KIDSCREEN-27 en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 27(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000100008>

# ENDIDE |

Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022

