

Calidad de vida relacionada con la salud en niños, niñas y adolescentes, municipios El Líbano y Honda (Tolima), 2018

Quality of life in relation to health in children and adolescents, El Líbano and Honda (Tolima) municipalities, 2018

Qualidade de vida relacionada com a saúde de crianças e adolescentes, municípios El Líbano e Honda (Tolima), 2018

Eliana Liseth Santofimio-Claro¹, Hugo Grisales-Romero².

¹ Nutricionista dietista, especialista en Epidemiología, Universidad del Tolima, Colombia. liseth087@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8371-330X>

² Doctor en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación de Demografía y Salud. Colombia. hugo.grisales@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5493-0009>

Recibido: 01/08/2019. Aceptado: 21/05/2020. Publicado: 10/07/2020

Santofimio-Claro EL, Grisales-Romero H. Calidad de vida relacionada con la salud en niños, niñas y adolescentes, municipios El Líbano y Honda (Tolima), 2018. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2020;38(3):e339336. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339336>

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niñas, niños y adolescentes entre 8 y 18 años, vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración, en los municipios de El Líbano y Honda, del departamento de Tolima. **Metodología:** Estudio de corte, en una muestra no aleatoria de 77 niñas, niños y adolescentes, de 35 hogares sustitutos, a quienes se les aplicó el KIDSCREEN-52, constituido por ocho dimensiones que puntúan en sentido positivo (autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, sentimientos, recursos económicos, actividad física y salud, amigos y apoyo social, y entorno escolar) y dos con sentido negativo (estado de ánimo y aceptación social). Para la estimación del

índice global de CVRS (IGCVRS), se utilizó el KIDSCREEN-10. **Resultados:** La media del IGCVRs fue de 69,9 puntos (desviación estándar = 18,2). Cuando se cotejó el puntaje promedio del IGCVRs con el de las dimensiones, la “aceptación social”, los “sentimientos”, el “entorno escolar” y la “autopercepción” alcanzaron, como mínimo, el puntaje promedio del IGCVRs, en contraste con los puntajes de las dimensiones “actividad física y salud”, “vida familiar”, “estado de ánimo”, “amigos”, “autonomía” y “dinero”. El 46,8 % valoró excelente su estado de salud, y el 9,1 %, regular. **Conclusión:** Es útil implementar una valoración basada en el perfil de vulnerabilidad-generatividad familiar y elaborar un perfil de la niña, del niño o de la o el

adolescente, teniendo en cuenta sus dificultades y problemáticas psicosociales, lo que mejorará los procesos de autonomía, estado de ánimo, vida familiar, autopercepción y apoyo social.

-----*Palabras clave:* calidad de vida relacionada con la salud, hogar sustituto, cuestionario KIDSCREEN-52, vulnerabilidad en salud, El Líbano, Honda (Tolima).

Abstract

Objective: To determine the quality of life related to health (CVRS) in girls, boys and adolescents between 8 and 18 years old, linked to home substitution-violation, in the municipalities of El Líbano and Honda in the department of Tolima. **Methodology:** A cross-sectional study in a non-random sample of 77 girls, boys and adolescents from 35 foster homes, to whom KIDSCREEN-52 was applied, consisting of eight dimensions that score positively (self-perception, autonomy, relationship with parents and family life, feelings, financial resources, physical activity and health, friends and social support, and school environment) and two negatively (mood and social acceptance). The KIDSCREEN-10 was used for the estimation of the overall CVRS index (IGCVRS). **Results:** The mean of the IGCVRs was 69.9 points (standard deviation = 18.2). When the average IGCVRs score was

compared with that of the dimensions, “social acceptance”, “feelings”, “school environment” and “self-perception” reached, as a minimum, the average IGCVRs score, in contrast to the scores of the “physical activity and health”, “family life”, “state of mind”, “friends”, “autonomy” and “money” dimensions. 46.8% rated their health status as excellent, and 9.1%, fair. **Conclusion:** It is useful to implement assessment based on the family vulnerability-generativity profile and create a profile for the girl, boy or adolescent, taking into account their psychosocial difficulties and problems, which will improve the processes of autonomy, state of encouragement, family life, self-perception and social support.

-----*Key words:* health-related quality of life, FOSTER home, KIDSCREEN-52 questionnaire, health vulnerability, El Líbano, Honda (Tolima).

Resumo

Objetivo: Determinar a qualidade de vida relacionada com a saúde (CVRS) em crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos, vinculados à modalidade lar substituto-vulnerabilidade, nos municípios de El Líbano e Honda, no estado de Tolima. **Metodologia:** Estudo de corte, numa amostra não aleatória de 77 crianças e adolescentes de 35 lares substitutos, a qual foi aplicada o KIDSCREEN-52, constituído por oito dimensões que marcam em sentido positivo (autopercepção, autonomia, relação com os pais e a vida familiar, sentimentos, recursos econômicos, atividade física e saúde, amigos e apoio social e ambiente escolar) e duas com sentido negativo (estado de ânimo e aceitação social). Para a estimativa do índice global de CRVS (IGCVRS) utilizou-se o KIDSCREEN-10. **Resultados:** A média do IGCVRs foi de 69,9% pontos (desvio padrão = 18,2). Quando a pontuação média do IGCVRs foi verifica-

da com a pontuação das dimensões, (aceitação social, sentimentos, ambiente escolar e autopercepção), atingiram como mínimo a pontuação média do IGCVRs, contrastando com as pontuações das dimensões (atividade física e saúde, vida familiar, estado de ânimo, amigos, autonomia e dinheiro). Um total de 46,8% avaliou como excelente seu estado de saúde e 9,1% como regular. **Conclusão:** É útil programar uma avaliação baseada no perfil de vulnerabilidade-geratividade familiar e elaborar um perfil da criança ou do adolescente, considerando suas dificuldades e problemas psicossociais, o que pode melhorar os processos de autonomia, estado de ânimo, vida familiar, autopercepção e apoio social.

-----*Palavras-chave:* Qualidade de vida relacionada com a saúde; lar substituto; questionário KIDSCREEN-52; vulnerabilidade em saúde; El Líbano, Honda (Tolima).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha definido la *calidad de vida* como “percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que él vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” [1]. Es esta la descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial, o percepciones de índole física, psicológica, de independencia, del medio (sensación de seguridad de una persona respecto del daño físico), espiritual y de relaciones sociales, como

experiencias subjetivas [2]. Hasta el momento no se ha encontrado una definición consensuada sobre la calidad de vida, la cual varía según el contexto en el que se esté utilizando. No obstante, se ha coincidido en afirmar que está constituida por una serie de dimensiones que, en su totalidad, generan una medida de lo que ellas, cambiantes según la problemática y el contexto en que esta se mida [3].

La *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) es una medición que establece la manera como una persona o conglomerado de personas, aprecia su salud física y mental en el tiempo, a partir de una amplia gama de

dimensiones diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes enfermedades en el ámbito poblacional, a fin de comparar y evaluar las variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente, que refleje su salud física, mental y social.

En la salud pública, la CVRS ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades [4].

Respecto a la infancia, dicho concepto describe el desarrollo físico, cognitivo, psicológico y social, tomando en cuenta la habilidad para desarrollar actividades según la instancia de crecimiento y desarrollo [5].

Los instrumentos para la medición de la CVRS se dividen en *genéricos* y *específicos*. Los primeros contienen una amplia gama de dimensiones o dominios, se aplican a la población general y a diversas enfermedades, y admiten su uso cuando para un determinado evento no existe un instrumento específico; los segundos incluyen solo los aspectos importantes de un determinado problema de salud de una población particular, por ejemplo, en la infancia, y presentan una mayor sensibilidad a los cambios que los genéricos ante el problema específico [6].

La valoración de la CVRS en las niñas, los niños y los y las adolescentes es compleja, debido a su proceso normal de maduración; a medida que un niño crece, su desarrollo tanto físico como intelectual cambia, así como su entendimiento sobre su salud y bienestar. Estos aspectos influyen en su percepción de la CVRS durante las diferentes etapas del desarrollo [7].

Características como el maltrato, la institucionalización temprana, la desarticulación de las familias, la soledad, la situación de calle, el trabajo, la violencia entre pares, la explotación sexual, entre otras, vulneran el derecho a un desarrollo sano, armónico y al bienestar propio de las niñas y los niños, lo que tiene profundas repercusiones en las concepciones de sí mismos y de la sociedad a la que pertenecen [8].

En particular, la calidad de vida de la que pueden gozar los niños, las niñas y los y las adolescentes depende del contexto en el que viven. Por ejemplo, aquellos que son internados en instituciones u otras modalidades por un periodo temporal o permanente, se enfrentan a diversas situaciones, como la adaptación, la convivencia con otros niños y adultos del hogar, cambios de un lugar a otro, separación de su familia biológica, entre otras, lo que es perjudicial para su desarrollo físico y psicosocial [9].

En Colombia, en el año 2016, se registraron 10 082 casos de maltrato contra niñas, niños y adolescentes, es decir, en promedio, 28 casos diarios. Aunque la victimización fue más frecuente en menores de 10 a 14 años (33,3 %), se ha identificado que el grupo de mayor ries-

go es el adolescente, entre los 15 y 17 años, con 6 de cada 10 casos, lo que indica un incremento de 1,13 puntos en relación con el año 2015. Los padres y las madres fueron los principales agresores, con un 29,9 y 28,1 % respectivamente. Entre el 2012 y el 2016 se incrementó el número de procesos administrativos de restablecimiento de derechos por maltrato infantil en un 63 %, de 6736 a 10 961 casos [10].

En los municipios de El Líbano y Honda, del departamento de Tolima, en Colombia, durante el año 2018 ingresaron 202 niñas, niños y adolescentes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de los cuales 190 fueron incorporados a la modalidad hogar sustituto-vulneración y 12 a la de casa hogar. En promedio, mensualmente ingresaron 16 niñas, niños y adolescentes en dicha modalidad, por diferentes razones [11]. Este panorama sustenta caracterizar la CVRS de las niñas, los niños y las y los adolescentes vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración,* en dichos municipios durante el segundo semestre del año 2018, lo que aportará información, a los tomadores de decisiones, para el diseño y la planeación de las estrategias que apunten a mejorar la CVRS de esta población en las situaciones problema que deleve la investigación.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte, en una muestra no aleatoria, con el fin de determinar la CVRS en niñas, niños y adolescentes que vivían en los hogares sustitutos, ubicados en los municipios de El Líbano y Honda, departamento de Tolima, durante el segundo semestre de 2018. Se incluyeron niñas, niños y adolescentes entre 8 y 18 años, vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración. Se excluyó del estudio a aquellos con permanencia en la modalidad menor que 30 días; a los que, en el momento de la investigación, les habían asignado una familia adoptiva; los que tenían alguna discapacidad y a quienes no desearon participar. De las personas habilitadas, 77 cumplieron los criterios de inclusión.

Se aplicó el instrumento KIDSCREEN-52 versión colombiana [12], el cual está constituido por variables ordinales, de 1 (Nunca) a 5 (Siempre), agrupadas en diez dimensiones: ocho que puntuaban en sentido positivo (autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, sentimientos, recursos económicos, actividad física y salud, amigos y apoyo social, y entorno escolar) y dos que puntuaban con sentido negativo (estado de ánimo y aceptación social). Este instrumento está

* Modalidad de atención para el restablecimiento de derechos, en la cual la autoridad administrativa competente, previo concepto del equipo interdisciplinario, determina las condiciones de vulneración de las niñas, los niños y los y las adolescentes.

protegido por *copyright* y derechos de autor, y su uso es gratuito para propuestas académicas que sean aprobadas por el grupo KIDSCREEN [13].

Fue diligenciado directamente por las y los participantes, a quienes se les explicó verbalmente cómo estaban compuestas las preguntas y el modo de diligenciamiento; se les aclaró que para las preguntas de la dimensión “vida familiar” no hace referencia a la última semana, sino al tiempo vivido en su medio familiar de origen (familia biológica).

Para calcular el índice global de CVRS (IGCVRS) se utilizó el KIDSCREEN-10 índex. Los creadores del instrumento avalaron su uso por correo electrónico.

Siguiendo los lineamientos del baremo del KIDSCREEN-52, el puntaje de cada dimensión es el resultado de sumar los puntajes de las respuestas obtenidas en cada variable que la constituía. El puntaje final, representado en el IGCVRs, se obtuvo de la suma de los puntajes de las respuestas obtenidas en los 10 ítems que constituyen el KIDSCREEN-10 índex.

Previo al análisis de los resultados, se decidió tipificar los puntajes obtenidos de cada una de las dimensiones y del IGCVRs, de 0 a 100 puntos, con el fin de facilitar su interpretación. El procedimiento consistió en calcular la media y la desviación estándar (DE) del puntaje de cada dimensión, los cuales actuaron como sustraendo y divisor de la media muestral en cada caso. Para la obtención del IGCVRs, se utilizó el KIDSCREEN-10 índex [13], cuya composición se deriva de la versión de 27 ítems

—KIDSCREEN-27— en 10 ítems. Con este instrumento se identificaron aquellos ítems que representaban un constructo latente unidimensional y global de la CVRS.

Las propiedades psicométricas de este índice son tales, que la distribución de los valores brutos es similar a una distribución normal, esperada y teórica.

En el análisis estadístico, se calcularon, para los puntajes de cada dimensión, la mediana y el rango intercuartil (RIQ), debido al incumplimiento del supuesto de normalidad de los puntajes, mediante la prueba de Shapiro Wilk; y la media y la DE para el IGCVRs, dado el supuesto de normalidad de los puntajes del KIDSCREEN-10 índex.

Se exploró también la relación de algunas variables demográficas con los puntajes de las dimensiones, mediante el análisis de correlación no paramétrico de Spearman. El análisis estadístico se realizó con el *software* SPSS versión 25 (de IBM, licencia Universidad del Tolima).

Se siguieron los aspectos éticos según la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia [14].

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad del Tolima, según consta en el Acta 4 de 2019.

Resultados

El número de hogares sustitutos participantes en el estudio fue de 35. En estos, la edad promedio y de ingreso

Tabla 1. Frecuencias de algunas características demográficas de los participantes y relacionadas con el hogar sustituto por sexo. Hogares sustitutos-vulneración, Honda y El Líbano, 2018

Característica	Sexo						
	Hombre (n = 36)			Mujer (n = 41)			
	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana	
Edad	11,7	2,5	12	12	2,9	12	
Edad al ingreso al hogar sustituto	11,2	2,6	11	11,7	3,1	11	
Tiempo en el hogar sustituto	10,6	14,7	3	9,7	10	5	
Número de adultos en el hogar	2,6	1,5	2	2,9	1,3	3	
Número de niñas, niños y adolescentes en el hogar	4,4	1,8	5	4	2,3	4	
Número de hogares sustitutos en los que ha permanecido	1,9	1,5	1,5	1,8	1,2	1	
		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nivel de escolaridad	Primaria	24	31,1	22	28,6	46	59,7
	Secundaria	12	15,6	19	24,7	31	40,3
Sufrir alguna limitación	No	34	44,2	35	45,4	69	89,6
	Sí	2	2,6	6	7,8	8	10,4
Declarado en adopción	No	30	39	33	42,8	63	81,8
	Sí	6	7,8	8	10,4	14	18,2

DE: Desviación estándar.

al hogar sustituto-vulneración fue mayor en las mujeres, aunque sin diferencias marcadas con respecto a los hombres (véase Tabla 1). En el 50 % de los casos, tanto la edad al momento de la encuesta como la edad de ingreso al hogar sustituto-vulneración fueron iguales en cada sexo.

Se conoció que la mitad de las mujeres llevaban, en el hogar sustituto-vulneración, más de 5 meses, y los hombres, más de 3. Aunque fue mayor el número promedio de hombres en los hogares sustitutos, las diferencias fueron mínimas con respecto a las mujeres.

Se observó también que el promedio de hogares sustitutos en los cuales habían vivido los participantes del estudio fue de máximo 2.

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de los que estaban vinculados a los hogares sustitutos refirieron haber tenido estudios primarios, con predominio

de los estudios primarios en los hombres y secundarios en las mujeres.

Del total de participantes, el 10,4 % dijo haber presentado algún tipo de limitación o problema de salud, principalmente deficiencias visuales —el 2,6 % en hombres y el 7,8 % en mujeres—. El 18,2 % fue declarado en adopción, de los cuales el 10,4 % son mujeres y el 7,8 % hombres.

Nótese que al aumentar la edad de ingreso de la niña, el niño y la y el adolescente al hogar sustituto-vulneración, disminuían significativamente los puntos en las dimensiones “vida familiar” (el mayor impacto), “estado de ánimo”, “autonomía” y “dinero”. También se encontró correlación significativa directa entre la edad de los participantes al momento del estudio con los puntajes de las dimensiones “vida familiar” (segundo mayor impacto) y “autonomía”, e inversa en la de “estado de ánimo” ($p < 0,10$ en todas las comparaciones dos a dos).

Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones constitutivas de la cvrs con la edad al ingreso, la edad al momento del estudio y al tiempo que lleva en el hogar sustituto-vulneración. Honda y El Líbano, 2018*

Dimensión	Edad actual		Tiempo que lleva en el hogar sustituto		Edad de ingreso al hogar sustituto	
	r**	p	r	p	r	p
Actividad física y salud	-0,048	0,680	0,112	0,330	-0,090	0,435
Sentimientos	-0,106	0,358	0,251	0,028	-0,140	0,223
Estado de ánimo	-0,229	0,045	0,187	0,104	-0,239	0,036
Autopercepción	-0,043	0,708	-0,081	0,485	-0,021	0,855
Autonomía	-0,212	0,064	0,168	0,144	-0,202	0,078
Vida familiar	-0,257	0,024	0,056	0,628	-0,295	0,009
Dinero	0,198	0,085	-0,069	0,554	0,197	0,085
Amigos	-0,036	0,757	0,049	0,673	-0,071	0,541
Entorno escolar	-0,119	0,305	0,012	0,921	-0,137	0,235
Aceptación social	0,114	0,326	-0,082	0,476	0,099	0,392

* Tanto los puntajes de cada dimensión como de la cvrs, de edad al momento del estudio, del ingreso al hogar y tiempo en este, no provinieron de una población con distribución normal, de acuerdo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

** r: Coeficiente de correlación de Spearman.

Asimismo, a medida que aumentaba el tiempo de estancia de las personas en el hogar sustituto-vulneración, crecían significativamente los puntajes de la dimensión “sentimientos” ($p < 0,05$) (véase Tabla 2).

Índice global de calidad de vida relacionada con la salud

El promedio del IGCvrs fue de 69,9 puntos (DE = 18,2). Aunque el promedio del IGCvrs en los hombres fue de 71,4 puntos (DE = 15,7) y en las mujeres de 67,6 puntos (DE = 20,0), dichas diferencias no fueron significativas ($p = 0,248$).

Cuando se cotejó el puntaje promedio del IGCvrs con el puntaje promedio de cada una de las dimensiones, se evidenció que los puntajes de “aceptación social”,

“sentimientos”, “entorno escolar” y “autopercepción” alcanzaron, como mínimo, el puntaje promedio del IGCvrs, en contraste con los puntajes de las dimensiones “actividad física y salud”, “vida familiar”, “estado de ánimo”, “amigos”, “autonomía” y “dinero” (véase Figura 1).

No se presentaron diferencias estadísticas en el promedio del puntaje del IGCvrs entre hombres y mujeres ($p = 0,248$).

Cuando se contrastaron los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones por sexo, aunque en cinco de ellas los puntajes medianos fueron mayores en las mujeres, estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$, en todos los casos) (véase Tabla 3).

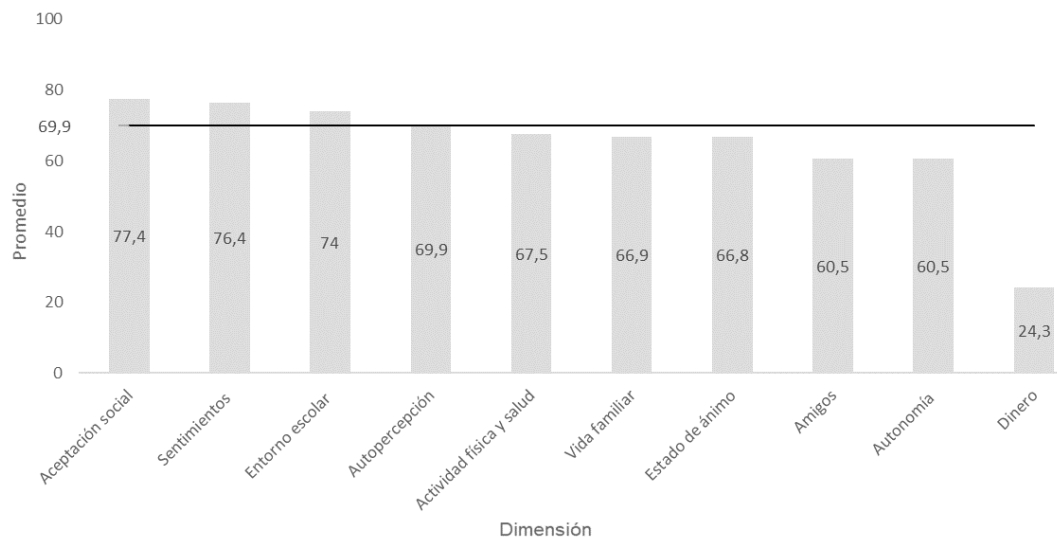


Figura 1. Promedio de los puntajes de cada dimensión y contraste con el promedio del IGCVRs, en niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración, Honda y El Líbano, 2018.

Tabla 3. Indicadores de resumen del puntaje de las diez dimensiones y la valoración de la relación estadística, en niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración, Honda y El Líbano, 2018.

Puntaje	Hombre (n = 36)			Mujer (n = 41)			P*
	P	Mediana	RIQ	P	Mediana	RIQ	
Puntaje IGCVRs	0,470	68,3	20,2	0,001	70,1	16,8	0,818
Actividad física y salud	0,002	71,9	31,3	0,006	75,0	43,8	0,854
Sentimientos	0,009	81,0	23,8	0,000	81,0	21,4	0,770
Estado de ánimo	0,010	71,4	26,8	0,007	71,4	35,7	0,529
Autopercepción	0,000	71,4	28,6	0,006	71,4	42,9	0,725
Autonomía	0,104	55,0	28,8	0,079	65,0	30,0	0,249
Vida familiar	0,001	80,0	52,5	0,002	70,0	30,0	0,786
Dinero	0,000	9,1	52,3	0,000	18,2	45,5	0,915
Amigos	0,042	58,3	28,1	0,074	66,7	35,4	0,980
Entorno escolar	0,001	78,6	27,4	0,001	81,0	28,6	0,406
Aceptación social	0,000	90,9	34,1	0,001	81,8	36,4	0,367

P: Prueba de Shapiro Wilk; RIQ: Rango intercuartil; IGCVRs: Índice global de calidad de vida relacionada con la salud.

* Prueba U de Mann Whitney.

Tabla 4. Frecuencias de la respuesta a la pregunta: “¿Cómo calificaría su estado de salud?”, en niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad hogar sustituto vulneración, Honda y El Líbano, 2018.

¿Cómo calificaría su salud?	n	%	Porcentaje acumulado (%)
Regular	7	9,1	9,1
Buena	19	24,7	33,8
Muy buena	15	19,5	53,3
Excelente	36	46,7	100,0
Total	77	100,0	

Al indagar a los participantes acerca de cómo calificaría su estado de salud de acuerdo con los criterios de valoración del KIDSCREEN-10 índice, el 44,2 % la juzgó entre buena y muy buena, en contraste con el 9,1 %, que la calificó como regular (Tabla 4).

Discusión

Este estudio, en 35 hogares sustitutos de los municipios de El Líbano y Honda, presenta la experiencia de la CVRS en niñas, niños y adolescentes vinculados a la modalidad hogar sustituto-vulneración, en los municipios de Honda y El Líbano, del departamento de Tolima.

Los resultados en la dimensión “sentimientos” reflejaron un estado psicológico bueno. Se destaca que los participantes con menor edad presentan mejores puntajes en dicha dimensión, lo que podría explicarse porque los jóvenes están en una edad (pubertad) en la cual, con frecuencia, enfrentan dificultades para relacionarse con los demás, y aunque estas vivencias son personales, su contenido depende en gran medida de la estructura y las características que tengan en el entorno y su hogar sustituto-vulneración [15]. Este hallazgo es similar al de Osorio [16] sobre CVRS en 110 adolescentes de las zonas urbana y rural de la provincia de García Rovira, Santander, en el que casi la cuarta parte de la población total de adolescentes expresó sentir satisfacción con la vida, con tendencia a verla con sentimientos positivos [16].

En contraste, Rodríguez [17], en un estudio en 120 adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios de la ciudad de Medellín, aplicando el instrumento KIDSCREEN-27, encontró que el puntaje más bajo fue en la dimensión “sentimientos”, lo que podría explicarse porque las necesidades básicas insatisfechas al interior del hogar son un desencadenante que afecta las relaciones internas y los sentimientos, mientras que las niñas, los niños y las y los adolescentes ubicados en hogares sustitutos podrían percibir mayor esperanza ante la vida y el disfrute de esta, al tener satisfechas sus necesidades.

De las dimensiones constitutivas del KIDSCREEN-52, la relacionada con el “dinero” fue la que presentó los puntajes más bajos, en general, y tanto en hombres como mujeres. Además, el puntaje de esta dimensión se correlacionó positivamente con la edad al momento del estudio y con la edad de ingreso al hogar sustituto-vulneración de la niña, el niño y la y el adolescente, lo que evidencia que a medida que avanza la edad, aumentan las responsabilidades en el manejo de los gastos económicos.

Asimismo, los participantes pertenecen a una modalidad de protección cuya madre sustituta administra los recursos económicos, situación que podría sugerir que el dinero con el que cuentan está restringiendo el estilo de vida que desean, lo que provocaría una sensación

de desventaja en comparación con otros de su edad. En contraste, Osorio [16] encontró que, en la zona rural y urbana de una provincia de Santander, el 83,9 % de la población adolescente se sintió cómoda con el dinero con el que contaban. Es posible que esta diferencia se explique por cuanto, en la presente investigación, la población está condicionada a una serie de normas establecidas, en las que el manejo del dinero lo realiza la madre sustituta, en contraste con la investigación mencionada, donde los participantes son adolescentes entre los 12 y los 16 años, que viven con sus familias biológicas o de origen, y que en la mayoría de los casos reciben dinero por las labores del campo u otras actividades que llevan a cabo con sus padres.

El puntaje promedio de la dimensión “amigos” fue el segundo más bajo de las diez dimensiones, y menor en los hombres; Osorio [16] y Heredia [18] encontraron, en investigaciones afines, que la mayoría de los adolescentes se sentían aceptados, apoyados e incluidos en su grupo de pares y eran capaces de confiar en sus compañeros, en contraste con lo hallado en este estudio. Es probable que estas diferencias se expliquen por los efectos nocivos de las experiencias vividas por los participantes de esta investigación, que fomentaron poco interés para establecer relaciones sociales, posiblemente por el temor que estas representan, lo que genera distanciamiento en la interacción con sus pares. Además, durante su estancia en el hogar sustituto-vulneración, se alejan de las personas que consideraban sus amigos en el entorno donde vivían con su familia de origen, por lo que la interacción con aquellas disminuye.

Con excepción de los puntajes correspondientes a las dimensiones “dinero” y “aceptación social”, a medida que aumentaba la edad, disminuía el puntaje de la “actividad física y salud”, “sentimientos”, “estado de ánimo”, “autopercepción”, “autonomía”, “vida familiar”, “amigos” y “entorno escolar”, lo que concuerda con los hallazgos de Guedes *et al.* sobre CVRS en 1357 adolescentes latinoamericanos, aplicando el instrumento KIDSCREEN-52 [19], y más recientemente con Heredia [18] en el estudio sobre CVRS en 92 niños, niñas y adolescentes en un hogar temporal de protección, en el que los puntajes de las dimensiones “actividad física y salud”, “sentimientos” y “vida familiar” presentaron una correlación inversa. Esta analogía en los resultados sugiere que los adolescentes están abocados a enfrentarse con mayor frecuencia a emociones y percepciones negativas: tristeza y soledad, sentimientos que afectan su calidad de vida y que inciden en la forma como se contemplan a sí mismos, en su relación con otros y a las diferentes circunstancias en las que se encuentran inmersos.

En cuanto a la dimensión “vida familiar”, las y los adolescentes perciben desapego hacia sus padres o familia biológica, debido a su situación de vulneración, como abandono, maltrato físico o psicológico, entre otras.

El aumento del puntaje en la dimensión “sentimientos”, cuando se incrementaba el tiempo de estancia en el hogar sustituto-vulneración, podría explicarse porque las niñas, los niños y las y los adolescentes, al encontrarse en una modalidad de protección, logran percibir estabilidad ante el cuidado de su familia sustituta y la superación de las situaciones psicosociales, mediante el buen trato, comunicación asertiva y demostraciones de afecto.

Es importante advertir que la variación en los puntajes obtenidos en las dimensiones, unos altos, otros bajos, podrían ser el reflejo del contexto en el que se hallan las niñas, los niños y las y los adolescentes de los municipios El Líbano y Honda, ya que en los hogares sustitutos puede existir mayor apoyo emocional para el desarrollo y menor percepción de autonomía e independencia, al igual que lejanía con su grupo familiar, posiblemente por las situaciones ocurridas en el hogar de origen.

A través de los hogares sustitutos, las niñas, los niños y las y los adolescentes encuentran el sustento afectivo fundamental por medio del cual son capaces de resignificar las consecuencias del abandono como experiencias pasadas que no definen totalmente su ser, teniendo la posibilidad de seguir con un desarrollo que no solo les permita adaptarse a las exigencias sociales, sino también descubrir, en sí mismos, nuevos avances en distintas áreas de su competencia individual [20]. Por ejemplo, el puntaje obtenido en la dimensión de “actividad física y salud”, que podría considerarse bajo, es posible que se explique porque, en los municipios El Líbano y Honda, los lugares deportivos no son tan llamativos para los participantes en la investigación, a diferencia de las ciudades, donde los espacios son mucho más amplios y con mayor variedad de prácticas deportivas disponibles.

El promedio del IGCVRS fue de 69,9 puntos, similar al resultante en el estudio llevado a cabo por Heredia [18], de 67,6, lo que tiene su sustento en que, en ambas investigaciones, la población estudio había vivido vejámenes como el maltrato físico y el psicológico, y el abandono; y, además, tenían escasas habilidades interpersonales, hábitos de crianza inadecuados, baja autoestima, problemas de salud mental, precariedad económica, pobreza educativa y cultural [21]. Sin embargo, se observan puntajes más bajos en la investigación realizada por García *et al.* [22], en la cual analizaron las posibles relaciones entre la CVRS con el estado nutricional y los niveles de actividad física y condición física en adolescentes chilenos. Los resultados obtenidos mostraron un menor IGCVRS, de 43,8 puntos. Las diferencias observadas pueden ser debidas a que “el exceso de peso puede provocar limitaciones o alteraciones en las conductas cotidianas como el nivel de actividad física, las actividades sociales, bienestar psicológico y entre otros aspectos de la vida diaria de los escolares [...]”, generando perturbaciones en la imagen corporal percibida,

lo que es un factor muy influyente en los escolares y adolescentes de un conjunto extenso de sociedades [23].

Dado el bajo puntaje de la dimensión “amigos” en la población estudio, se sugiere generar estrategias enfocadas a mejorar las relaciones interpersonales y de socialización para aquella, mediante la creación de espacios lúdico-recreativos para el encuentro entre los beneficiarios de la modalidad hogar sustituto-vulneración. Ello redundaría en un cambio en la percepción que tienen respecto a la generación de amigos y aumentaría el estado de ánimo por medio del fortalecimiento del desarrollo de habilidades e inteligencia emocional.

También es importante que las defensorías de familia y entidades administradoras de servicios fortalezcan las intervenciones de aprendizaje-educación con los padres biológicos y la preparación para un futuro reintegro de la niña, el niño y el y la adolescente a su medio familiar de origen. Ello posibilitaría “procesos de aprendizaje a través de la propia experiencia o en redes colaborativas, mediante la reflexión en acción, como estrategias de educadores familiares y talleres para padres” [24].

Se sugiere que, desde el primer contacto que tienen los defensores de familia con los casos, se implemente, en conjunto con el equipo psicosocial, la evaluación basada en el perfil de vulnerabilidad-generatividad familiar como fuente de información, para definir la medida de protección pertinente para el menor de edad. Este perfil conduce a una comprensión de la complejidad de los múltiples factores que la afectan, teniendo en cuenta no solo a las personas y familias, sino también los contextos socioeconómicos y políticos, los cuales deben ser transformados con la acción colectiva de las redes sociales e institucionales [24].

Entre las limitaciones de la investigación se encuentra que, al ser un estudio realizado por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, las inferencias no trascienden los hogares sustitutos donde se aplicaron los cuestionarios KIDSCREEN-52. Además, no se contó con investigaciones previas sobre CVRS en hogares sustitutos de protección, por lo que no se tuvo una línea base que permitiera confrontar los hallazgos producto de esta investigación con referentes o estudios similares.

Agradecimientos

Al Comité Europeo del grupo KIDSCREEN, por avalar la utilización del instrumento en la presente investigación; al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, por permitir la realización del presente estudio en dicha institución, y a las niñas, los niños y las y los adolescentes que participaron en el estudio.

Conflicto de interés

Ninguno.

Financiación

Recursos propios.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

Contribución de los autores

Eliana Liseth Santofimio Claro ideó, planteó, formuló y justificó la pregunta de investigación, con base en una amplia estrategia de búsqueda de literatura al respecto; también fue protagonista en la redacción del manuscrito y tuvo participación en el análisis estadístico y la discusión. Hugo Grisales Romero fue pionero en el análisis estadístico y la discusión, y, en general, en la revisión del manuscrito.

Referencias

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization, *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).
2. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. Ginebra: OMS [internet]; 2002 [citado 2018 dic. 2]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67719/WHO_EDM_TRM_2000.1_spa.pdf
3. Hernández S, Sosa C. Evaluación de las prácticas de crianza y su impacto en la calidad de vida infantil en una muestra de escuelas PEC y NO PEC en el municipio de Puebla. [Tesis de licenciatura]. [Puebla]: Universidad de las Américas Puebla; 2005. [citado 2018 nov. 28]. Disponible: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/resumen.html
4. Fleury EM, Lana Da Costa CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, 2004;20(2):580-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
5. Cordero M, Cesani M. Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso y obesidad en contextos de fragmentación socioterritorial de la provincia de Tucumán (Argentina). *Nutr. Clin. Diet. Hosp*. 2019; 39(1):146-155. DOI: <https://doi.org/10.12873/391cordero>
6. Benito CS. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? *Arch Bronconeumol*. 2005;41(3):107-9. DOI: <https://doi.org/10.1157/13071579>
7. Valdebenito L, Larraín S. El maltrato deja huella. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar. Santiago de Chile: Unicef; 2007.
8. Mieles MD, Acosta A. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2012;10(1):205-17.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. Sección Editorial y de publicaciones. Nueva York: Unicef; 2002.
10. Niñez Ya, Sociedad civil por la niñez y la adolescencia. La niñez no da espera. Una mirada a su situación desde la sociedad civil. Bogotá: Niñez ya [internet]; 2018 [citado 2018 sep. 3]. Disponible en: http://fundacionexe.org.co/wp-content/uploads/2018/02/Ni%C3%B1ezYA_Libro.pdf
11. BLS Ltda. SIM. Sistema de Información Misional. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Versión 4 [software]. Disponible en: <https://sim.icbf.gov.co/sim/>
12. Jaimes M. Adaptación cultural a la población escolar colombiana del KIDSCREEN y del VSP-A, instrumentos de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños (as) y adolescentes. [Tesis de doctorado] [Alicante:]; Universidad de Alicante [internet]; 2008 [citado 2018 oct. 13]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68834>
13. Grupo KIDSCREEN. KIDSCREEN. [internet]. 2011 [citado 2018 sep. 6]. Disponible en: <http://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/cuestionario-kidscreen/kidscreen-52/13>
14. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
15. Alberola J. El bienestar psicológico como resultado de las relaciones persona-entorno [internet]. 2018 [citado 2018 sep. 7]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/el-bienestar-psicologico-como-resultado-de-las-relaciones-persona-entorno-575.html>
16. Osorio K. Comparación de la calidad de vida de adolescentes de zonas urbana y rural de la provincia de García Rovira, Santander. [Monografía]. [Santander:]; Universidad Santo Tomás; 2015. [citado 2019 ene. 11] Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/293/Calidad%20de%20vida%20de%20adolescentes%20de%20zonas%20urbana%20y%20rural.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Rodríguez C, Arango C. Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín (Colombia). *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2013;12(25):113-32.
18. Heredia D, Grisales H. Calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes que viven en un hogar temporal, Colombia. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*, 2019;17(2):1-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.17205>
19. Guedes D, Astudillo H, Morales J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2014;35(1):46-52.
20. Rodríguez A. Cuidado temprano para la infancia en hogares sustitutos: estudio descriptivo en Bogotá. [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia [internet]; 2010 [citado 2018 jul. 19]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2569/1/458546.2010.pdf>
21. Alarcón L, Araujo A, et al. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*. 2010;13(2):103-15.
22. García J, Olivares P, López P, et al. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional (IMC) y los niveles de actividad física y condición física en adolescentes chilenos. *Nutr Hosp*. 2015; 32(4):1695-702. DOI: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9182>
23. Gálvez A, Rosa A, García E, et al. Estado nutricional y calidad de vida relacionada con la salud en escolares del sureste español. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):737-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8468>
24. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Proceso promoción y prevención. Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de familias. Bogotá: ICBF [internet]; 2008 [citado 2018 nov. 26]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lineamientos_tecnicos_para_la_inclusion_y_atencion_de_familias.pdf



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>