

Calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes que viven en un hogar temporal, Colombia

Dayana Marcela Heredia-Bolaños

Gerente de Sistemas de información en Salud,
Universidad de Antioquia, Colombia*

Hugo Grisales-Romero, Ph.D.

Profesor de la Universidad de Antioquia,
Colombia **

✉ marcela0792@gmail.com

Resumen (analítico)

Estudio transversal cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en 92 niños y adolescentes, entre los 8 y los 18 años de edad, que vivían en un hogar temporal de un municipio colombiano. Se aplicaron pruebas para la diferencia de promedios, de correlación y se construyó un modelo logístico con el fin de identificar los factores que se asociaron al desenlace, la CVRS. No se encontraron diferencias entre los promedios del puntaje de la CVRS según sexo ($p = 0.094$) y además estos en las dimensiones actividad física y salud, sentimientos, autopercepción, autonomía, vida familiar, relación con los pares y entorno escolar fueron mayores que el promedio de la CVRS; ser mujer y haber sufrido algún tipo de limitación, influyen en tener puntajes de la CVRS menores de 70 puntos.

Palabras clave

Niño desfavorecido, orfanato, huérfano, niño abandonado, persona sin hogar.

Tesaurus

Tesaurus de Ciencias Sociales de la Unesco.

Para citar este artículo

Heredia-Bolaños, D. M., & Grisales-Romero, H. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes que viven en un hogar temporal, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1-19. doi: 10.11600/1692715x.17205

Historial

Recibido: 13.06.2018

Aceptado: 31.08.2018

Publicado: 30.06.2019

Información artículo

El artículo presenta los resultados de la investigación «Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes que viven en hogares de paso o temporales sin ánimo de lucro», iniciada en septiembre de 2015 y finalizada en junio de 2016. **Área:** Ciencias Sociales. **Subárea:** Sociología.

Health-related quality of life for children and adolescents living in a temporary home, Colombia

Abstract (analytical)

This is a cross-sectional study that had the objective of determining the health-related quality of life (HRQoL) for 92 children and adolescents between 8 and 18 years of age who lived in a temporary home in a Colombian municipality. Tests were applied for the correlation of the difference of averages and a logical model was developed to identify the factors that were associated with the HRQoL outcome. No differences were found between the averages of the HRQoL scores according to sex ($p = 0.094$). The aspects of physical activity and health, feelings, self-perception, autonomy, family life, relationships with peers and school environment were higher than the average HRQoL. Being a woman and having suffered some type of limitation caused participants to have HRQoL scores below 70 points.

Keywords

Disadvantaged children, orphanage, orphans, abandoned children, homeless people.

Qualidade de vida relacionada com a saúde de crianças e adolescentes que moram em lar temporário, Colômbia

Resumo (analítico)

Foi realizado um estudo transversal que teve por objetivo determinar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) de 92 crianças e adolescentes, com idade entre 8 e 18 anos, que moram em um lar temporário em um município colombiano. Foram realizadas avaliações para determinar a diferença média e suas correlações, além disso, foi determinado um modelo logístico com o fim de identificar os principais fatores associados a QVRS. Não se encontraram diferenças entre as médias do valor da QVRS para o gênero ($p = 0.094$), entretanto, para o caso de atividade física y saúde, sentimentos, autoimagem, autonomia, vida familiar, relacionamento com os pais e ambiente escolar os valores foram maiores do que a média da QVRS; o fato de ser mulher e ter sofrido algum tipo de Deficiência, influenciaram na obtenção de valores da QVRS abaixo de 70 pontos.

Palavras-chave

Criança desfavorecida, orfanato, órfão, criança abandonada, sem-teto.

Información autores

[*] Gerente de Sistemas de información en Salud de la Universidad de Antioquia. Orcid: [0000-0001-8346-6161](https://orcid.org/0000-0001-8346-6161). Índice H5: 0. Correo electrónico: marcela0792@gmail.com

[**] Doctor y magíster en Epidemiología de la Universidad de Antioquia. Matemático y especialista en Estadística de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor titular de la Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Demografía y Salud. Orcid: [0000-0001-5493-0009](https://orcid.org/0000-0001-5493-0009). Índice H5: 8. Correo electrónico: hugo.grisales@udea.edu.co

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002a), la calidad de vida es la «percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto que está influenciado por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como por su relación con su entorno» (p. 246).

Por ello, las propuestas de crear condiciones para mejorar la calidad de vida en general de la población infantil y juvenil, en particular, tienen un profundo significado político en la medida en que deben abarcar la participación de los implicados en la evaluación de lo que los afecta y en la elaboración de iniciativas para resolver las problemáticas o mejorar las situaciones en las que se desenvuelve su vida. Así mismo, el conocimiento de la situación real de la niñez y de la adolescencia, desde su propia perspectiva, permitirá comprender un poco más el tipo de sociedad que hemos construido y que ha producido esa determinada forma de vivir. (Mieles & Acosta, 2002, 209)

La importancia de la crianza en el seno familiar de los niños y adolescentes no necesita justificación. La familia es el lugar en el cual los niños aprenden, conocen y se sienten parte de un universo específico; es el primer contexto para su desarrollo, pero si en ella la disfuncionalidad es la protagonista, puede llegar a producirles problemas de carácter afectivo y social (Bonilla & Sosa, 2005). De acuerdo con la Unicef España (2012), los niños que viven en familia con sus padres, donde predomina el respeto de todos los que la constituyen, son más felices y se sienten más seguros ante los hechos cotidianos que les depara la vida. Con esta mirada, la calidad de vida en general y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en particular se pueden afectar, especialmente cuando hay fracturas en la convivencia, lo que obliga a menudo a la intervención de instituciones de protección especial que se dedican al cuidado de los niños y adolescentes como alternativa a la disfuncionalidad familiar (Organización Mundial de la Salud, 2002b; Unicef, 2002).

Sin embargo, no solo es la separación de los padres la causa única de la internación; otras situaciones que conducen a la separación temporal o permanente de los menores de sus padres o familiares son la pobreza, los problemas de adicción a las drogas o alcohol, la renuncia voluntaria de la custodia, el maltrato, la muerte de los padres, el arresto de estos o la presencia de abusos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2010; López & Palummo, 2013; Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar & Unicef, 2011; Unicef, 2006). También es frecuente que los menores de edad terminan viviendo en hogares temporales, internados, instituciones de protección especial al menor, centros de día o sitios de cuidado diario, ya sea porque los padres o la persona que tiene su custodia así lo deciden (Child Welfare Information Gateway, 2012).

Las instituciones de protección especial son lugares que brindan acogida a los menores, en especial a aquellos que tienen más probabilidad de padecer alguna clase de riesgo. Estas pueden ser públicas, privadas, mixtas, con ánimo de lucro o sin él, de tipo transitorio o permanente (Luna, Celesia, Kapustiansky, Palummo, & Tissera, 2016). Allí se les debe garantizar atención directa de tiempo completo, de modo que los menores de edad puedan tener un normal desarrollo de su vida, sin ningún tipo de limitaciones y dentro de unos parámetros que les garanticen una buena CVRS (Child Welfare Information Gateway, 2012; Unicef, 2006). Estas instituciones tienen como finalidad velar por la protección y bienestar de los menores de edad (Unicef, 2006), lo que, teóricamente, garantizaría una adecuada calidad de vida en general y relacionada con la salud en particular, es decir, es un medio para la creación de condiciones óptimas para el normal desarrollo de los niños en materia de educación, salud física y psicológica y condiciones materiales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018).

A escala mundial se conocen las llamadas *aldeas infantiles*, el proyecto Amigos de los Niños de la Calle, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, entre otros (Agencia de la ONU para los Refugiados, 2008; Aldeas Infantiles SOS, 2016; Alor, 1999); en el caso específico de Colombia, el protagonismo lo ha tenido el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2016), el más reconocido en el ámbito nacional. En Medellín, instituciones como la Fundación Poder Joven —compuesta por la Casa Karah y la Casa Maren—, la Fundación Carla Cristina, la Corporación Elena y Juan (municipio de Envigado), por mencionar algunas, se han dedicado a esta labor altruista. No obstante, se ha dicho que la estancia en estas no es garantía de una buena calidad de vida; se ha demostrado que los derechos de los niños se han visto vulnerados cuando conviven en instituciones de cuidado especial, sobre todo si estas son de gran tamaño, dado que entran en

juego la capacidad de la institución y la población real atendida (Do Pobo, 2007; Luna et al., 2016). Pero si las instituciones de cuidado residencial tienen un impacto negativo en la salud y en el desarrollo de los niños, habría que sustituirlas por otras modalidades de cuidado de alta calidad (López & Palummo, 2013).

Se ha argumentado que la falta de atención personalizada en esas instituciones aparea una ausencia de vínculo emocional entre los niños y las personas a su cargo, además de una carencia de estímulo e interacción, aspectos que producen retrasos en el desarrollo (López & Palummo, 2013). Por esta razón, el acogimiento en instituciones, ofrecido a niños y adolescentes vulnerables, debe ser la última solución para brindarle atención a esta población por parte del Estado, ya que lo recomendable es ubicarlos dentro de un hogar en su entorno familiar, ya sea dentro de su familia inmediata o dentro de la familia ampliada, o cuando esto no sea posible, buscar que los acojan en un hogar fuera de su entorno familiar o recurrir a la adopción (Defensoría del Pueblo & Unicef Panamá, 2011). A pesar de los pros y los contras de la existencia de los hogares temporales o sustitutos, son modalidades de atención para el restablecimiento de los derechos de los niños y adolescentes que pretenden proporcionarles experiencias positivas de vida con sus derechos vulnerados.

Como se planteó en párrafos anteriores, el hecho que los menores estén privados de cuidados parentales o que se encuentren viviendo en instituciones de protección especial puede ser la causa de que se le vulneren sus derechos, lo cual tiene efectos negativos en su CVRS. «La adopción de un enfoque vinculado a la CVRS ha permitido aumentar la comprensión y el conocimiento de la salud de los niños y adolescentes, y ayudar a establecer políticas que han promovido su salud y bienestar» (Gaspar, Gaspar, & Simões, 2012, p.). En este sentido, la medición de la CVRS ha ido aumentando con el tiempo como medio de seguimiento de la salud de la población, para detectar subgrupos de la población con menor CVRS y la evaluación del impacto de las intervenciones en la salud pública en una población dada (Gaspar, Gaspar, & Simões, 2012); «de ahí la importancia de la profundización de la línea de trabajo en participación de la niñez y la adolescencia en sus propios asuntos, que generen los conocimientos necesarios para comprender su situación y en los relacionados con propósitos globales de la sociedad, pero desde sus realidades y percepciones y no desde la manipulación de los adultos» (Mieles & Acosta, 2002, p. 209).

La sustentación previa justifica identificar y analizar las características de la CVRS de los niños y adolescentes vinculados a la modalidad de hogar temporal de una institu-

ción colombiana, lo que aportará información para la implementación de estrategias de intervención y mejoramiento continuo, que permitan incorporar, prevenir o corregir los factores que afectan la calidad de vida, contribuyendo al desarrollo y la protección integral de la niñez. Los niños y adolescentes son el futuro de Colombia, la generación que desde hoy puede concebir y producir el anhelado cambio para lograr el desarrollo humano y la paz que requiere el país (Niñez ya, 2018).

Método

Se condujo un estudio de corte transversal con el fin de determinar la CVRS en personas entre 8 y 18 años que llevaban, como mínimo, una semana en un hogar de paso de una corporación en un municipio del departamento de Antioquia (Colombia), en el año 2016. De las 120 personas habilitadas para el estudio, 28 no cumplieron con los criterios de inclusión, se negaron a participar o presentaron enfermedades o problemas motores que impidieran el diligenciamiento del instrumento, por lo que el tamaño efectivo de la muestra se redujo a 92 personas.

Se aplicó el instrumento Kidscreen-52 en una escala Rasch (Rodríguez, Camargo, & Orozco, 2012), en la versión validada en Colombia, que presentó una fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.89 en ocho dimensiones, y en las dos restantes —rechazo social y autopercepción— obtuvo una fiabilidad menor que la esperada: 0.63 y 0.59, respectivamente (Jaimes, 2008). Este instrumento consta de diez dimensiones, cada una constituida por variables medidas en escala ordinal, de 1 a 5, a saber: actividad física y salud, sentimientos de autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social y entorno escolar. Estas tenían preguntas cuyas respuestas en sentido positivo puntuaban el más alto valor (5), en contraste con las variables que conformaban las dimensiones estado de ánimo y aceptación social, que las constituían preguntas en sentido negativo que puntuaban con respuesta reversa, esto es, 1 siempre y 5 casi nunca. Para la obtención de puntaje de cada dimensión se suman los puntajes producto de las respuestas de cada variable y el puntaje final (resultado de la sumatoria de los puntajes obtenidos en las dimensiones) constituye el indicador de la calidad de vida.

Este instrumento está protegido por copyright, aunque su uso es gratuito para propuestas académicas aprobadas por el grupo Kidscreen (Group Kidscreen, 2004, 2011); por

ello se hizo una solicitud formal de aprobación, la cual fue obtenida. Además de esto, se contó con el apoyo del personal del hogar temporal del área de psicología en la aplicación del cuestionario, previo entrenamiento, con el propósito de mitigar cambios en el estado anímico de los participantes generados a causa de las preguntas que se formularon en la encuesta, ya que existía la posibilidad de que estos se vieran afectados. Al 17.4 % (16 personas) se les hizo entrevista, en tanto que el 82.6 % restante (76 personas) autodiagnosticó el instrumento diseñado para tal fin. Después que se aplicó este, las respuestas se digitaron en el programa Excel™ y luego se exportaron al SPSS™ (v. 21).

Una vez obtenidos los puntajes de cada una de las dimensiones y de la calidad de vida general, los investigadores optaron por tipificarlos, de 0 a 100, para hacer más fácil su interpretación, donde, para el caso de la variable trazadora, la CVRS, un mayor puntaje expresa mejor CVRS. La tipificación, Z_{\min} , Z_{\max} se hizo conociendo el menor y mayor valor obtenido en cada dominio (esto es, X_{\min} y X_{\max}) y la comprobación de la distribución normal de las puntuaciones de la calidad de vida general con la prueba de Shapiro-Wilk. Se calcularon indicadores muestrales de la media y la desviación estándar muestral, como proxy de los indicadores poblacionales desconocidos, para luego llevar a cabo la tipificación de la calidad de vida general. Sea Z el número de desviaciones estándar que están comprendidas entre el promedio y un cierto valor de variable X . Como $Z = \frac{X - \mu}{\sigma}$ entonces $X = \mu + \sigma \times Z$. Reemplazando el valor de X_{\min} y X_{\max} en esta ecuación, se obtiene que $\sigma = \frac{100}{Z_{\max} - Z_{\min}}$ y $\mu = -\sigma \times Z_{\min}$. Así, llevando el valor de Z_{\min} y Z_{\max} a estas dos ecuaciones, se obtienen los valores de la desviación estándar y de la media. Al reemplazar los dos valores anteriores en $X = \mu + \sigma \times Z$, donde Z corresponde a los valores tipificados, el puntaje variará entre 0 y 100 puntos.

En el análisis estadístico se consideró una descripción utilizando los indicadores clásicos de resumen para cada dimensión y para la CVRS, en tanto que en la relación de algunas de las variables sociodemográficas con cada dimensión se emplearon pruebas t para diferencia de promedios y de correlación de Pearson; finalmente, se analizó el puntaje general de calidad de vida tanto individual como en función del sexo y la edad por medio de un análisis multivariado de regresión logística.

El presente estudio lo aprobó el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública en el Acta 149 del 26 de agosto de 2016, así como la corporación donde está adscrito el hogar temporal.

Resultados

De la muestra de 92 niños, niñas y adolescentes entre 8 y 18 años de edad, convivientes del hogar temporal, el 52 % son mujeres y, cuando se consideró la distribución de la edad según sexo, fue mayor el promedio de los hombres: 11.4 años (DE = 3.4 años) vs. 10.8 años (DE = 2.7 años), pero dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas (prueba para diferencia de promedios en muestras independientes, IC (95 %: (-0.6 1.9), $p = 0.302$). Se encontró que el 20.7 % de los encuestados refirió haber tenido limitaciones físicas, de las cuales las más frecuentes fueron la asfixia, los problemas de adenoides, las alergias y el estrabismo. Aunque fue mayor el porcentaje de limitaciones físicas expresadas por los hombres (52.6 % vs. 47.4 % en las mujeres), no se encontró asociación significativa ($p = 0.638$).

Se analizaron una por una las dimensiones constitutivas del instrumento, medidas en puntaje, las cuales variaron de 0 a 100 puntos. La dimensión que valoró los sentimientos fue la que presentó el mayor puntaje promedio, 78.8 puntos (DE = 17.2 puntos), y en el 95 % de los casos este se encontró entre 75.2 y 82.4 puntos. En segundo lugar, se ubicó la dimensión que evaluó la vida familiar, con un promedio de 74.6 puntos (DE = 25.4 puntos), una confianza del 95 % y un puntaje que varió entre 69.3 y 79.9 puntos. Los promedios de los puntajes de las dimensiones autonomía, autopercepción, actividad física y salud, amigos y entorno escolar no tuvieron diferencias marcadas, pues registraron 72.1, 70.8, 70.2, 70.1 y 68.3 puntos, respectivamente, aunque hubo mayor heterogeneidad en el puntaje en las dos últimas. Las dimensiones que valoraron el estado de ánimo, la aceptación social y el dinero fueron las que presentaron los promedios de puntaje más bajos (58.1 a 45.4 puntos, en ese orden) y también las mayores diferencias en los puntajes en el interior de cada dimensión, de 23.8 a 32.3 puntos (tabla 1).

Los puntajes promedio de los hombres fueron mayores en todas las dimensiones, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$), excepto para la dimensión de estado de ánimo, donde dicha diferencia osciló entre 3.5 y 22.6 puntos ($p = 0.008$). Cuando se consideraron, de manera conjunta, los puntajes en cada dimensión y la edad del encuestado, se observó que a medida que aumentaba esta, disminuía notablemente el puntaje obtenido en las dimensiones vida familiar y actividad física, en contraste con el puntaje de la dimensión de aceptación social, donde la correlación fue directa y significativa (tabla 1).

Descripción de la CVRS en general, según sexo, edad y tipo de enfermedad o limitación

Los puntajes de la CVRS de los niños y adolescentes del hogar temporal fueron medianamente dispersos, con coeficiente de variación del 22.6 %. El promedio del puntaje para la CVRS fue de 67.6 puntos (DE = 15.3 puntos), con una confianza del 95 %; este se encontró entre 64.4 y 70.7 puntos. Cuando se analizó el puntaje de la CVRS según sexo, fue mayor el puntaje promedio de los hombres, pero las diferencias no resultaron significativas con respecto a las mujeres ($p = 0.094$) (tabla 2). No se encontró correlación significativa del puntaje general de la CVRS con la edad ($r = -0.042$, $p = 0.693$).

Tabla 1

Indicadores de resumen para el puntaje de cada dimensión y valoración de las diferencias de este, según sexo y edad

Dimensión	Puntaje (de 0 a 100 puntos)							
	Promedio	Desviación estándar	IC (95 % μ^*)	Sexo		Edad en años		
				IC (95 % $\mu_1 - \mu_2$)**	p^{**}	Correlación	$p^{\dagger\dagger}$	
Sentimientos	78,8	17,2	75,2 82,4	-1,1 13,0	0,097	0,041	0,699	
Vida familiar	74,6	25,4	69,3 79,9	-6,7 14,5	0,467	-0,235	0,025	
Autonomía	72,1	23,2	67,3 76,9	-2,6 16,5	0,153	0,078	0,458	
Autopercepción	70,8	22,2	66,2 75,4	-3,5 14,8	0,226	0,063	0,553	
Actividad física y salud	70,2	20,0	66 74,3	-6,0 10,6	,584	-0,24	0,023	
Amigos	70,1	27,0	64,6 75,7	-3,5 18,8	0,176	0,171	0,103	
Entorno escolar	68,3	25,5	63 73,6	-6,5 14,8	0,444	0,053	0,615	
Estado de ánimo	58,1	23,8	53,2 63	3,5 22,6	0,008	0,101	0,340	
Aceptación social	55,5	28,6	49,6 61,4	-12,3 11,5	0,944	0,340	0,001	
Dinero	45,4	32,3	38,7 52,1	-9,7 17,2	0,578	0,199	0,057	

Notas. * μ es el promedio poblacional del puntaje. **Intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de promedios, donde μ_1 es el promedio poblacional del puntaje de los hombres y μ_2 es el promedio poblacional del puntaje de las mujeres. ***: Valor de p para la diferencia de promedios. †Coeficiente de correlación de Pearson; †† Valor de p de la prueba de correlación de Pearson.

Tabla 2

Indicadores de resumen de los puntajes obtenidos de la CVRS de los niños, niñas y adolescentes, y valoración de la diferencia según sexo

CVRS	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
n	44	48	92
Promedio	70,4	65	67,6
Mediana	73,3	66,6	68,3
Desviación estándar	15,4	14,9	15,3
IC (95 % diferencia de medias)	-0,9	11,7	64,4 70,7
Valor p	0,094		

Cuando se comparó el puntaje promedio de la CVRS general con los puntajes promedio obtenidos en cada dimensión, se destacó que las dimensiones actividad física y salud, sentimientos, autopercepción, autonomía, vida familiar, relación con los pares (amigos) y el entorno escolar fueron las que obtuvieron puntajes por encima del promedio del puntaje general de la CVRS. Sin embargo, las dimensiones estado de ánimo, dinero y aceptación social o *bullying* presentaron, en contraste con las demás dimensiones, puntajes promedios muy por debajo del puntaje promedio general de la CVRS (figura 1).

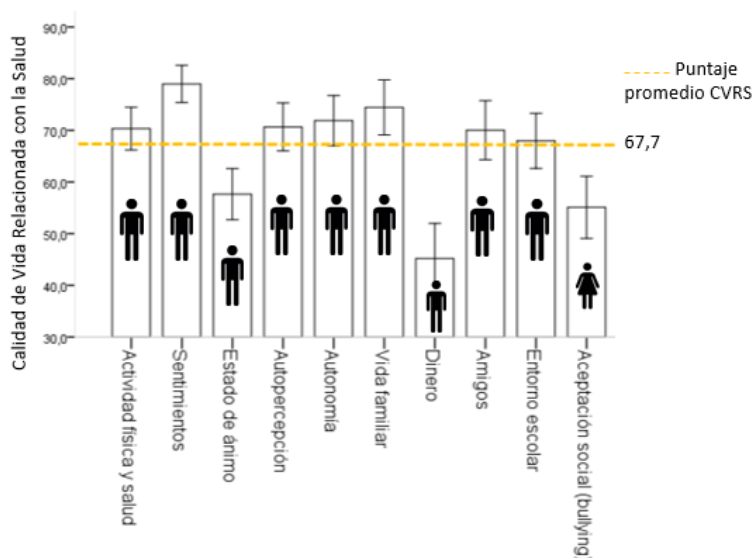


Figura 1. Promedio de los puntajes de las dimensiones vs. promedio del puntaje total de CVRS

Efecto conjunto de la edad, el sexo y el tipo de limitación en la CVRS

Con el fin de explorar el efecto conjunto de la edad (la cual se dicotomizó de acuerdo con el promedio de edad de los participantes en el estudio, en >10 , ≤ 10), el sexo y haber sufrido algún tipo de limitación, se construyó un modelo de regresión logística para conocer el peso de las anteriores variables en el puntaje de la CVRS, la cual categorizó como ≤ 70 puntos y >70 puntos, utilizando como criterio estadístico el análisis previo de la distribución de frecuencias de la calidad de vida medida en puntaje y luego la elección de un punto de corte (70 puntos), que permitiera que la distribución se balanceara y no se atomizara. Cabe advertir que no se consideró el ingreso de los puntajes de cada dominio como variables independientes al modelo, ya que el puntaje general de calidad de vida se construyó con dichos modelos, por lo que se incurría en un problema de multicolinealidad, circunstancia estadística que lo invalida.

Las tres variables incluidas en el modelo de regresión logística explican la variabilidad de las categorías de la calidad de vida general en un 13,3 % (R^2 de Nagelkerke). La oportunidad de que una mujer obtenga en su puntaje de calidad de vida de máximo 70 puntos es de casi cuatro veces dicha posibilidad con respecto a los hombres, siendo esta una diferencia significativa ($p = 0.004$), ajustado por la edad y haber tenido alguna limitación. Con respecto a la edad, por cada persona que tenga como máximo diez años, su probabilidad de que su calidad de vida sea de 70 puntos o menos es menor en un 2.4 % con respecto a los que tienen más de 10 años, ajustada por las demás variables, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0.956$). Tampoco hubo significación estadística cuando se indagó acerca de si la persona había tenido alguna limitación física o mental; esto es, la probabilidad de que una persona con alguna limitación física presente un puntaje en su calidad de vida de 70 puntos o menos es de un 79.8 % con respecto a quienes expresaron no haber tenido ningún tipo de limitación física o mental, ajustada por las demás variables en el modelo (tabla 3).

Tabla 3

Efecto conjunto de la edad, el sexo y el tipo de limitación en la CVRS: un modelo de regresión logística exploratorio

Variables	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95 % CI para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Mujer	1,291	0,445	8,413	1	0,004	3,635	1,52	8,693
Edad (<10)	-0,024	0,444	0,003	1	0,956	0,976	0,409	2,329
Limitación (Sí)	0,587	0,559	1,101	1	0,294	1,798	0,601	5,384
Constante	-0,588	0,418	1,98	1	0,159	0,555		

Nota. La variable dependiente es *calidad de vida*: 0= > 70 1= ≤ 70. Las variables independientes consideradas fueron: *sexo*: 0= hombre, 1= mujer; *edad*: 0= ≥ 10 1= <10; *limitación*: 0= no 1= sí.

Discusión

En Colombia se han llevado a cabo varios estudios de CVRS en niños y adolescentes, en los que se ha aplicado el instrumento Kidscreen en el análisis de diferentes eventos, tales como la idealización suicida o la valoración de la calidad de vida según zona de procedencia de la persona (Alarcón, Botero, Jaimes, & Richart, 2008; Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villarreal, & Vinaccia, 2013; Quiceno & Vinaccia, 2014; Quiceno, Vinaccia, Agudelo, & González, 2014; Rayo, Pardo, & Gantiva, 2012; Rodríguez & Arango, 2013; Rodríguez et al., 2012; Vélez, Lugo, Hernández, & García, 2016). Pese a esto, no se hallaron investigaciones concernientes a la CVRS en instituciones de cuidado especial para menores en Colombia, como es el caso del hogar temporal, mientras que a escala mundial se encontró una investigación relacionada con la CVRS en instituciones de cuidado especial para niños y adolescentes, en la cual no se hallaron diferencias significativas en el puntaje promedio por sexo y, al igual que en este estudio, la dimensión de recursos económicos fue la que presentó promedio más bajo (Silva, 2012).

Se encontró también que las dimensiones con puntajes más altos fueron actividad física y salud, sentimientos, autopercepción, autonomía, vida familiar, amigos y entorno escolar, mientras que las dimensiones con puntajes más bajos fueron recursos económicos, estado de ánimo y el *bullying*, resultados similares a los obtenidos en la investigación sobre CVRS de niños y adolescentes en centros de protección especial en Nicaragua llevada a cabo por Silva (2012), en la que solo hubo diferencia en el puntaje de la dimensión

estado de ánimo, que en dicho estudio resultó ser uno de los puntajes altos. Sin embargo, llamó la atención que en este estudio hubiera puntajes altos de calidad de vida en la dimensión relacionada con la vida familiar, ya que se trata de menores sin cuidados parentales. En el estudio de Ceballos, Villagra y Macedo (2017), la dimensión vida familiar y relación con los padres mostró valores bajos en adolescentes de 16 a 18 años, a pesar de ser población no internada en hogares temporales.

Así mismo, los resultados de la dimensión estado físico y salud mostraron que en general la población percibió un estado físico y de salud bueno, físicamente activa y con energía propia de la edad, aunque se destacó una mayor actividad física entre los participantes de menor edad, hallazgo que es compatible con un estudio realizado en centros de educación primaria en Barcelona (España), donde los adolescentes —entre 12 y 14 años— presentaron puntuaciones más bajas que los niños y niñas entre 8 y 11 años en las dimensiones bienestar físico y entorno escolar, con diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad (Urpí, Zabaleta, Vigo, Tomás, Roldán, & Lluch, 2017). Estas diferencias podrían explicarse dado que, en la medida que crecen los niños, es posible que disminuya la oportunidad de hacer ejercicio; en algunas ocasiones porque se incrementan las obligaciones en el campo escolar, pueden sentir que no son buenos practicando algún deporte o encuentran otras prioridades, entre otras situaciones (The Nemours Foundation, 2014). El modelo teórico que podría explicar las diferencias anteriores sería el de la teoría social cognitiva, especialmente la autoeficacia, entendida como la convicción del éxito y la confianza que tiene el niño cuando realiza cierta acción o conducta, en este caso, la actividad física (Bandura, 1998). Dichos aspectos tienen que ver en la forma como los niños encaran los desafíos que se plantean, sus logros y la perseverancia ante los obstáculos (Devellis & Devellis, 2000).

Cuando se relacionó el puntaje de cada dominio con el sexo, al igual que en la investigación realizada por Rodríguez y Arango (2013), se encontró que los hombres obtuvieron puntajes promedio más altos que las mujeres en la mayoría de las dimensiones, aunque dichas diferencias no fueron significativas. En particular, en la dimensión actividad física y salud, el promedio muestral de los puntajes de los hombres fue mayor que el de las mujeres, lo que va en contravía con lo hallado en los estudios de Urzúa, Caqueo-Urizar, Bravo, Carvajal y Vera (2015).

En cuanto a la dimensión aceptación social (*bullying*), los hombres alcanzaron puntajes promedio más altos que las mujeres, aunque dicha diferencia no fue significativa. Este resultado puede deberse a que la agresión entre los hombres suele ser más física y

verbal, mientras que en las mujeres el *bullying* se caracteriza por la exclusión social (Trautmann, 2008).

Cuando se consideró la dimensión estado de ánimo, existieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios según sexo, donde las mujeres tuvieron más sensaciones negativas que los hombres, al igual que los resultados encontrados en la validación del instrumento en su versión 27, realizada por Quintero, Lugo, García y Sánchez (2011). Sin embargo, en el estudio de Rodríguez y Arango (2013) no se observaron diferencias significativas al comparar el puntaje del dominio de bienestar psicológico por sexo. Aunque en dicho estudio esta dimensión también fue la que obtuvo el menor puntaje de CVRS, es probable que las mujeres se estresen y enfrenten las situaciones en forma diferente a los hombres; estas, por lo general, se encierran en lo que las agobia, se sienten solas, apáticas o que hacen todo mal, mientras que los hombres suelen sentirse enojados o irritados. Se recomienda que se estudie e intervenga en torno a dicho tema, pues las mujeres han presentado tendencias depresivas. Es así que se ha mencionado que por cada hombre depresivo hay entre dos y seis mujeres con el mismo problema y que en ocasiones las tendencias depresivas terminan en tendencias suicidas (Amador, 2001; Vázquez, 2013). Esta situación es preocupante y constituye una señal de alerta tanto para los hogares temporales o sustitutos en particular como para quienes toman las decisiones en salud pública en general, ya que puede desencadenar problemas más graves, como el riesgo de depresión e incluso ocasionar el suicidio. Estudios en profundidad podrían ser relevantes para conocer las causas de este problema.

Según los puntajes obtenidos en las diez dimensiones, se puede percibir que en general fueron altos, lo que significa que los menores que forman parte de la corporación tienen una CVRS aceptable; ello dado que las dimensiones en las que se consiguieron puntajes más bajos son las que se encuentran afectadas por factores externos, ajenos a la institución, lo cual sugiere que una CVRS baja no se debe propiamente al hecho de que los menores convivan en este lugar. Sin embargo, los resultados derivados de esta investigación en todas las dimensiones deben analizarse con cautela, en el sentido de que no pueden extrapolarse a la población por el procedimiento de selección llevado a cabo. En cuanto a la calidad de vida según la edad, se halló que, a menor edad, más *bullying* existe, más actividad física hacen y más a gusto se sienten en la casa y en la relación con la familia. Así como se encontró en el estudio de CVRS de adolescentes latinoamericanos (Pinto, Villagra, Moya, Del Campo, & Pires, 2014), específicamente en cuanto al componente rechazo social/*bullying*, este se incrementó cuando aumentaba la edad del adolescente.

Para concluir, al no existir investigaciones previas, esta investigación será la línea de base para evaluar las intervenciones realizadas en este tema, así como también permitirá analizar la evolución de la CVRS de los menores a lo largo del tiempo. En este sentido, es clave estudiar la posibilidad de acoger un modelo de atención, ya sea en hogares temporales, de paso o sustitutos, cuya meta sea la protección integral del niño o adolescente, y como principio tenga el posibilitar el desarrollo humano mediante el fomento de una vida saludable, de los recursos para vivir dignamente y la participación en las decisiones que los afecten. Este modelo debe ser holístico, el cual se encauce en el restablecimiento de sus derechos y en la generación de condiciones para ellos, de acuerdo con lo establecido en la Constitución Política y la Ley 1098 de 2006.

Una de las limitaciones de esta investigación fue no contar con investigaciones previas sobre CVRS en centros de protección especial en el país, ni en la institución, ni en el departamento. Igualmente, si bien en el presente estudio se estimó la CVRS en niños y adolescentes que conviven en un hogar temporal, no se pudo establecer si el hecho de vivir en un sitio de cuidado especial modifica la calidad de vida de los menores, lo que exigiría un diseño diferente, tipo cohorte. El diseño del estudio impidió también, primero, que no hubiera seguimiento al desarrollo de la CVRS en función de las variables que podrían modificarla; segundo, que trascendieran las asociaciones encontradas y se establecieran riesgos directos y, tercero, que se controlaran los sesgos que podrían presentarse ante los eventuales cambios en la población en el periodo previo al estudio. Lo ideal, desde el enfoque cuantitativo, es trascender a estudios analíticos, tipo casos y controles, cohorte o experimentales, en los que se pueda ir más allá de la asociación, con muestras aleatorias y representativas, dados determinados niveles de confianza, potencia y tamaño del efecto. Los estudios transversales no tienen estos alcances.

Para profundizar más sobre los factores modificadores de la CVRS, se recomienda seguir estudiándola, tomando en cuenta otros aspectos no estudiados en el presente estudio, como lo pueden ser el tiempo de estadía de los participantes, la edad de ingreso, su relación con los cuidadores, entre otros, así como realizar encuestas a los padres o personas encargadas de los menores, lo cual permite estudiar a profundidad (con un estudio cualitativo, por ejemplo) y dar otra mirada a la CVRS de los niños y adolescentes, lo cual no fue posible realizar en el presente estudio por motivos de tiempo y recursos.

Agradecimientos

A todas las personas que forman parte de la Corporación Elena y Juan, por el apoyo prestado para llevar a cabo este estudio. Al Comité Europeo del Grupo Kidscreen, por avalar el presente trabajo para utilizar el instrumento.

Referencias

- Agencia de la ONU para los Refugiados. (2008). *La protección internacional de las niñas y los niños no acompañados o separados en la frontera sur de México, 2006-2008*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6684.pdf>
- Alarcón, L., Botero, H., Jaimes, M., & Richart, M. (2008). Diagnóstico sobre el consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes de secundaria del departamento de Casanare (Colombia), y recomendaciones para la prevención selectiva e indicada del consumo excesivo. *Típica*, 3(2). Recuperado de: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1_Florez_consumo_alcohol_calidad_de_vida_jovenes.pdf
- Aldeas infantiles SOS. (2016). *¿Qué es aldeas infantiles? Aldeas infantiles SOS en el mundo*. Recuperado de: <http://www.aldeasinfantiles.org.co>
- Alor, H. (1999). Proyecto Amigos de los niños de la calle. Lima: Unesco.
- Amador, G. (2001). Género y depresión. *Revista GénEros*, 9(25), 51-55. Recuperado de: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/421_genero_y_depresion.pdf
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*. Nueva York: Autor. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/videoaudio/PDFs/100407-UNGA-Res-64-142.es.pdf>
- Bandura, A. (1998). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman.
- Bonilla, S., & Sosa, C. (2005). *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 profesional). Universidad de las Américas, Cholula, Puebla, México.
- Ceballos, C., Villagra, D., & Macedo, R. (2017). Calidad de vida relacionada con salud: percepciones diversas entre adolescentes hombres y mujeres. *Revista A-InterVenir*, 1(9), 33-50.
- Child Welfare Information Gateway. (2012). *Parientes como proveedores de cuidado y el sistema de bienestar de menores*. Washington: Child Welfare Information Gateway. Recuperado de: <https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/cuidadoresfam.pdf>
- Defensoría del Pueblo. & Unicef Panamá. (2011). *Estudio sobre la situación de los derechos de la niñez y la adolescencia privados de cuidados parentales. Ubicados en centros de*

- acogimiento o albergues. Recuperado de: <https://www.unicef.org/panama/spanish/Albergues2.pdf>
- Devellis, B., & Devellis, R. (2000). Self-efficacy and health. En T. Baum, A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 235-247). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Do Pobo, V. (2007). *Menores vulnerables: desprotección y responsabilidad penal. Informe extraordinario*. A Coruña: Valedor do Pobo.
- Gaspar, M., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230-237. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722012000200004>
- Group Kidscreen. (2004). *Description of the Kidscreen-52. Health-related quality of life questionnaire for children and young people global HRQoL index*. Recuperado de: <https://www.kidscreen.org/español/cuestionario-kidscreen/%C3%ADndice-kidscreen-10/>
- Group Kidscreen. (2011). *Kidscreen instruments. Health-related quality of life questionnaire for children and young people*. Recuperado de: <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/el-proyecto-kidscreen/>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *¿Qué es el ICBF?* Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Modalidades/Portal ICBF*. Bogotá, D. C.: Autor. Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/programas-especializados-y-otras-estrategias/modalidades>
- Jaimes, M. (2008). *Adaptación cultural a la población escolar colombiana del Kidscreen y del VSP-A, instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños(as) y adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- López, A., & Palummo, J. (2013). *Internados: las prácticas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo*. Uruguay: Unicef.
- Luna, M., Celesia, A., Kapustiansky, F., Palummo, J., & Tissera, M. (2016). Los olvidados: niños y niñas en «hogares». *Macroinstituciones en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: https://www.unicef.org/lac/20160210_RELAF_Unicef_Macroinstituciones_web.pdf
- Mieles, M., & Acosta, A. (2002). Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 205-217.
- Niñez Ya. (2018). *La niñez no da espera: una mirada a su situación desde la sociedad civil*. Recuperado de: http://fundacionexe.org.co/wp-content/uploads/2018/02/Ni%C3%B1ezYA_Libro.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2002a). Programa Envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 37(S2), 71-115.
- Organización Mundial de la Salud. (2002b). *Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
- Pinto, D., Villagra, H., Moya, J., Del Campo, J., & Pires, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(1), 46-52. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n1/07.pdf
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villarreal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (2), 107-117. Recuperado de: http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12767/pdf_3
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 185-200. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082014000300002>
- Quiceno, J., Vinaccia, S., Agudelo, L., & González, D. (2014). Influencia de los factores salutogénicos y patogénicos sobre la calidad de vida de adolescentes colombianos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 81-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943266009>
- Quintero, C., Lugo, L., García, H., & Sánchez, A. (2011). Validación del cuestionario Kidscreen-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 470-487. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60141-4](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60141-4)
- Rayo, A., Pardo, J., & Gantiva, C. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas de tipo legal e ilegal, y calidad de vida en adolescentes*. Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3946/Angelica%20Maria%20Rayo%20Bar%C3%B2n.pdf?sequence=1>
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, & Unicef. (2011). *Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires: Unicef. Recuperado de: https://www.relaf.org/Directrices_VA.pdf
- Rodríguez, C., & Arango, C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios. Comuna 3, Medellín (Colombia). *Gerencia y Políticas de Salud*, 12 (25): 113-132.

- Rodríguez, M., Camargo, D., & Orozco, L. (2012). *Validez y confiabilidad de la versión colombiana del Kidscreen-52: un reporte preliminar*. En G. Irico (Presidencia), *VIII Jornadas Internacionales de Salud Pública. Conferencia llevada a cabo en el Congreso Latinoamericano de Salud Pública*. Córdoba: Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_EE.pdf
- Silva, C. (2012). *Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes en centros de protección especial en Nicaragua*. Managua: Universidad de Chile. <https://doi.org/10.15517/psm.voio.33986>
- The Nemours Foundation. (2014). *Motivar a los niños para que sean activos*. Recuperado de: <http://kidshealth.org/es/parents/activekids-esp.html>
- Trautmann, A. (2008). Maltrato entre pares o *bullying*: una visión actual. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 13-20. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062008000100002>
- Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos de los Niños*. Madrid: Autor.
- Unicef España. (2012). *El Bienestar Infantil desde el punto de vista de los niños: ¿qué afecta el bienestar de niños y niñas de 1.º de ESO en España?* Madrid: Autor.
- Unicef. (2002). *Para la vida*. Nueva York: Autor.
- Urpí, A., Zabaleta, E., Vigo, O., Tomás, J., Roldán, J., & Lluch, M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de educación primaria: estudio transversal. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 10(1), 23-29. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27137/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-en-escolares-de-educacion-primaria-estudio-transversal/>
- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Bravo, M. F., Carvajal, K., & Vera, C. (2015). The influence of importance in self-report of quality of life in Chilean young people. *Universitas Psychologica*, 14(2), 723-730. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64747729025>
- Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género [versión electrónica]. *Multimed*, 17(3). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- Vélez, C., Lugo, L., Hernández, G., & García, H. (2016). Colombian Rasch validation of Kidscreen-27 quality of life questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 67. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0472-0>