

# **Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín (Colombia)\***

---

## **Quality of life related to health in young members of households disconnected from household utilities, Comuna 3, Medellin (Colombia)**

---

## **Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes integrantes de famílias desconectadas dos serviços públicos domiciliares, Comuna 3, Medellín (Colômbia)**

Fecha de recepción: 05-05-13 Fecha de aceptación: 12-07-13  
SICI: 1657-7027(201307)12:25<113:CVSAIH>2.0.CO;2-N

Camila Rodríguez-Corredor\*\*  
Catalina María Arango-Alzate\*\*\*

---

\* Artículo de investigación derivado de la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud de los jóvenes integrantes de hogares en situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín”, realizada entre octubre de 2011 y diciembre de 2012, con financiación de la Alcaldía de Medellín, el Parque Explora y la estrategia de sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Universidad de Antioquia, Grupo de Epidemiología, código INV 373-11. Por favor dirigir la correspondencia a Camila Rodríguez Corredor, Calle 62 # 52-59, piso 2, Departamento de Ciencias Básicas, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

\*\* Gerente en Sistemas de Información en Salud, joven investigadora del Grupo de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: kmi.roc@gmail.com

\*\*\* ND, magister en Epidemiología, candidata a doctora en Epidemiología, docente e investigadora del Grupo de Investigación en Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: nucatar@gmail.com

### Resumen

*Objetivo:* describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los adolescentes integrantes de los hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios de la franja alta de la comuna 3 de Medellín. *Métodos:* estudio de caso. Muestra constituida por 120 adolescentes. Se utilizó el Kidscreen-27 para medir la CVRS. Se estimaron diferencias en el puntaje de cada dominio según variables sociodemográficas mediante los test U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis. *Resultados y conclusiones:* el dominio de bienestar físico fue superior en hombres, adolescentes sin morbilidad y en aquellos con exceso de peso, mientras que la más baja fue reportada por adolescentes con riesgo de desnutrición. Quienes presentaron conductas de riesgo puntuaron una CVRS más baja en la dimensión de ambiente escolar. La puntuación más baja en el dominio de relación con padres y autocuidado de la CVRS se observó en los que vivían en condiciones de hacinamiento.

**Palabras clave:** calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), calidad de vida, adolescentes, Kidscreen

**Palabras clave descriptor:** calidad de vida, salud del adolescente, adolescent health services, Medellín (Colombia)

### Abstract

*Objective:* To describe the quality of life related to health (HRQOL) in adolescents members of households disconnected from household utilities from the high fringe of the comuna 3 of Medellín. *Methods:* A case study. Sample consists of 120 adolescents. The Kidscreen-27 was used to measure HRQOL. Differences were estimated in each domain score by sociodemographic variables using the Kruskal–Wallis and Mann–Whitney U test. *Results and conclusions:* the physical well-being domain was higher in men, adolescents without morbidity and in those with excess weight, while the lowest was reported by adolescents at risk of malnutrition. Those who had risk behavior scored a lower HRQOL in the school environment dimension. The lowest score in the domain of relationship with parents and self-care related to HRQOL was observed in those living in overcrowded conditions.

**Keywords:** quality of life related to health (HRQOL), quality of life, adolescents, Kidscreen

**Keywords plus:** quality of life, adolescent health, servicios de salud para adolescentes, Medellín (Colombia)

### Resumo

*Objetivo:* descrever a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em adolescentes membros de famílias desconectadas aos serviços públicos domiciliares na camada alta do distrito 3 de Medellín. *Métodos:* estudo de caso. Amostra é constituída por 120 adolescentes. Usamos o Kidscreen-27 para medir a QVRS. Foram estimadas diferenças em cada escore do domínio por variáveis sociodemográficas usando os testes U de Mann-Whitney e Kruskal Wallis. *Resultados e conclusões:* o domínio de bem-estar físico foi maior nos homens, adolescentes sem doença e em pessoas com excesso de peso, enquanto o menor foi relatado por adolescentes em risco de desnutrição. Aqueles que tinham comportamento de risco marcaram um menor QVRS na dimensão ambiente escolar. A pontuação mais baixa no domínio da relação com os pais e de autocuidado da QVRS foi observada em pessoas que vivem em condições de superlotação.

**Palavras chave:** qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), qualidade de vida, adolescentes, Kidscreen.

**Palavras chave descritores:** qualidade de vida, saúde do adolescente, serviços de saúde para adolescentes, Medellín (Colômbia)



## Introducción

La adolescencia es considerada el periodo por excelencia para efectuar con éxito las acciones de promoción del desarrollo y la prevención de problemas que tendrán repercusiones más severas durante la adultez si no son abordados a tiempo (1). Una de las transformaciones más importantes del nuevo milenio la constituye el papel protagónico de los jóvenes en los procesos sociales, culturales y de desarrollo (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la población juvenil como “todas las personas entre 10 y 24 años”, subdividiéndola en tres grandes grupos de edad, a saber: preadolescentes, de 10 a 14 años; adolescentes jóvenes, de 15 a 19 años, y un tercer grupo comprendido entre los 20 y 24 años, a quienes define propiamente como jóvenes (3).

Según el Informe Mundial sobre la Juventud del año 2007, los jóvenes de hoy representan la generación de la juventud más educada de la historia. Sin embargo, según declara la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para muchos jóvenes, la pobreza, su incapacidad para obtener un trabajo decente, la falta de acceso a la salud, a los servicios públicos y a la educación de calidad dificulta la transición a la adultez (4). En Colombia se han evidenciado los factores que dificultan la transición a la adultez, incluyendo la falta de acceso a los servicios públicos y la situación de desconexión de estos. Para el año 2009 se reportó la existencia de doce millones de personas que no tenían acceso a agua potable (28% de la población colombiana) y por lo menos 750.000 que tenían cortado su servicio de energía eléctrica, según datos de la Defensoría del Pueblo (5).

Medellín no ha sido ajena a esta problemática nacional. En el informe *Miseria y exclusión* (6), la Red de Organizaciones Comunitarias

de Medellín señala que dentro de esta ciudad la gran mayoría de familias desconectadas de los servicios públicos domiciliarios (SPD) se encuentra en los barrios y comunas de los estratos socioeconómicos más bajos, y que una de las comunas que más padece esta problemática es la Comuna 3 (Manrique). Las cifras de hogares en situación de desconexión de los SPD durante los últimos años son alarmantes y ponen en evidencia la magnitud de este problema. Aunque ha habido cambios en el tiempo, esta situación sigue afectando a los hogares más pobres (7). Es importante hacer notar que los datos anteriores hacen referencia a suscriptores desconectados, no al total de personas, toda vez que por suscripción puede haber un número indeterminado de personas utilizando los SPD (8). Cabe resaltar que el problema de la desconexión de los SPD en Medellín presenta dos modalidades: la primera tiene que ver con la falta de acceso a la conexión domiciliaria, la cual no es garantizada por el Estado ni las empresas prestadoras de este tipo de servicios, dadas las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las viviendas, y la segunda se relaciona con la falta de capacidad de pago de los hogares, es decir, lo que se ha denominado “desconexión por prestación” (9).

El corte y suspensión de los SPD constituye uno de los principales problemas sociales que afronta la ciudad de Medellín. Para quienes están desconectados, esta situación limita su desarrollo y su dignidad, aspectos que deberían tener en cuenta mínimamente elementos vitales como el agua y la energía, para asegurar una adecuada calidad de vida (6). La desconexión afecta directamente las condiciones habitacionales de los hogares, la falta de SPD puede generar problemas de salud en los jóvenes integrantes de los hogares desconectados, aumentando la prevalencia de enfermedades de origen infeccioso en niños, jóvenes y adultos (10). Es

poco lo que se ha reportado sobre los efectos que la desconexión pudiera tener en este aspecto de la vida de los jóvenes, dado que el abordaje que se ha dado tradicionalmente a la salud de los niños, adolescentes y jóvenes, se ha hecho desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito a la detección y el tratamiento de las enfermedades, el alivio del dolor y la curación. Sin embargo, esta mirada a la salud ha resultado insuficiente para explicar las causas y aspectos que la determinan, lo que ha hecho necesario ampliar el concepto, no solo de salud, sino también de las formas de entender el proceso salud-enfermedad como totalidad de la vida, mediado por las condiciones en las que las personas viven y trabajan, sin restringirse a las manifestaciones biológicas (11).

La oms define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo (11). A partir de la definición propuesta por la oms, un sinnúmero de autores da auge al desarrollo y evolución del concepto de calidad de vida (cv); Kaplan y Bush (12) propusieron el término calidad de vida relacionada con la salud (cvrs), para distinguir el amplio concepto de cv de aquellos aspectos de calidad específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios (12).

La distinción entre “calidad de vida” y “calidad de vida relacionada con la salud” es importante, porque la primera incluye un amplio rango de constructos, como por ejemplo la satisfacción con el entorno y el sistema político que quedarían fuera del concepto de “calidad de vida relacionada con la salud”. Este es un indicador de resultados de salud y por lo tanto cubre un concepto más restringido que la calidad de vida general (13).

La mayoría de autores están de acuerdo en que la cvrs es un concepto multidimensional. Aunque no existe un consenso absoluto respecto al modelo conceptual y a cómo debe hacerse operativa la medida de la cvrs, casi todos los modelos incorporan la definición de salud de la oms, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad”. Una de las definiciones más útiles de cvrs es la que Shumaker y Naughton propusieron en una revisión de definiciones existentes: “... la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluye la cvrs son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional”. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su propia salud y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercebida (14).

Por su parte, la medida de la cvrs y del estado de salud percibida en la adolescencia, desde el punto de vista de la investigación en salud pública, tiene como objetivos describir la salud de la población y establecer comparaciones entre subgrupos con determinadas características (sociodemográficas, regionales, etc.) (15). Se debe tener en cuenta que la operativización del concepto de salud para adolescentes difiere en algunos aspectos del concepto para adultos y que existen escasos conocimientos sobre lo que constituye el funcionamiento apropiado a cada edad, y también acerca de la precisión de la información obtenida a partir de los propios adolescentes (14). Además, la medida de la cvrs en la infancia y en la adolescencia presenta una serie de retos específicos, principalmente por la baja prevalencia de



problemas graves de salud y de limitaciones funcionales en estas edades (14).

La salud de los adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y de las agencias internacionales, las necesidades y los derechos de los adolescentes no están presentes en programas integrales del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada (16).

En Colombia, en la última década se ha presentado un auge en la investigación en el área de CVRS. En el estudio desarrollado por Vinaccia y Quiceno (12) se evidenció la escasez de investigaciones desarrolladas en el área de la CVRS infantil, dado que la mayoría de trabajos científicos están focalizados en muestras de población adulta y asociados generalmente con la enfermedad crónica; son pocos los que han estudiado la percepción de la CVRS en población juvenil sana y que han explorado la manera como las condiciones sociales modifican o determinan dicha percepción.

La realización de este estudio permitió un primer acercamiento de la condición de salud subjetiva, a través de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la población adolescente residente en hogares desconectados de los SPD de la franja alta de la comuna 3 de la ciudad de Medellín. Así mismo, constituyó una oportunidad para explorar una posible relación de la situación de desconexión a los SPD y las condiciones de vida con la CVRS.

## **Materiales y métodos**

### **Diseño del estudio**

Se desarrolló un estudio de caso (17) basado en fuentes de información primaria. La población y muestra de estudio estuvo

constituida por 120 adolescentes, integrantes de 101 hogares desconectados de los SPD, residentes de los barrios de la franja alta de la comuna 3 de la ciudad de Medellín: La Cruz, Bello Oriente, Versalles No. 2, Carambolas, San José de la Cima 1, San José de la Cima 2 y La Honda.

Para facilitar el proceso de recolección de la información se contó con el apoyo de la Red de Organizaciones Comunitarias (ROC), la Mesa Interbarrial de Desconectados de Medellín y la Red Comunitaria Barrios La Cruz y La Honda (RIOCBACH), quienes contribuyeron en la selección de la población objeto de estudio, por medio de un muestreo por conveniencia y por bola de nieve.

La recolección de datos estuvo a cargo de los investigadores, con el acompañamiento de los líderes comunitarios de los barrios seleccionados, con los cuales se desarrolló un proceso de capacitación y estandarización de la aplicación de los instrumentos de recolección de la información y la toma de medidas antropométricas.

Se diseñaron dos instrumentos para la recolección de la información. El primero fue una encuesta estructurada para ser diligenciada por el entrevistador, que contenía las preguntas relacionadas con las características socioeconómicas y habitacionales de la vivienda y las variables antropométricas del adolescente por evaluar (peso y estatura). El segundo fue un cuestionario estructurado, autodiligenciado por los y las adolescentes, que incluyó preguntas relacionadas con la percepción del estado de salud, conductas de riesgo (las cuales fueron adaptadas del Módulo 4 de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (18), desarrollada por el Ministerio de la Protección Social) y las concernientes a la CVRS: Kidscreen-27, versión para adolescentes, el cual es el primer instrumento genérico de CVRS para población infantil y

adolescente, desarrollado simultáneamente en varios países europeos y dirigido a la población de ocho a dieciocho años de edad (19). En Colombia se validó la escala Kidscreen-27 solo en su versión para niños y adolescentes (20) por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, la cual además facilitó y autorizó el uso del instrumento.

Se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar errores en el diseño de los instrumentos, la comprensión de las preguntas y para validar el proceso de recolección de la información.

### Medición de la CVRS

El Kidscreen-27 mide la calidad de vida relacionada con la salud y evalúa la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes (19), con base en un constructo multidimensional que valora cinco dimensiones (21):

- *Bienestar físico*: indaga sobre los niveles de actividad física, energía y estado físico (cinco ítems).
- *Bienestar psicológico*: explora emociones positivas, satisfacción con la vida y sentimientos de equilibrio emocional (siete ítems).
- *Relación con los padres y autonomía*: estudia la relación con los padres, atmósfera del hogar y sentimientos de tener la edad apropiada para independizarse y el grado de satisfacción con los recursos económicos (siete ítems).
- *Apoyo social y pares*: evalúa la forma natural de relacionarse con otros niños/as y adolescentes (cuatro ítems).
- *Ambiente escolar*: examina la percepción de su capacidad cognitiva, aprendizaje y

concentración y sus sentimientos acerca de la escuela (cuatro ítems). Se usa tanto en población sana como en aquellos que padecen enfermedades crónicas.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado de las características relacionadas con las condiciones socioeconómicas y habitacionales de la vivienda y del estado de salud de los adolescentes. Para dar cuenta de la clasificación nutricional de los y las adolescentes, se utilizaron dos indicadores: estatura para la edad e Índice de Masa Corporal (IMC), los cuales fueron calculados con el programa Anthro Plus de la OMS (de libre distribución), y los puntos de corte para su clasificación se basaron en la Resolución No. 2121 del 9 de junio de 2010 del Ministerio de Protección Social de Colombia (22).

Para el análisis de la CVRS a partir de la escala del Kidscreen-27 se procedió de la siguiente manera:

Se puntuó cada una de las categorías de las preguntas correspondientes a cada uno de los dominios del Kidscreen-27, según lo señalado por Quintero y colaboradores. Las preguntas que no fueron contestadas se imputaron con el valor promedio de los ítems respondidos del respectivo dominio, siempre y cuando se hubieran respondido el 50% de los ítems de ese dominio. Posteriormente, el puntaje de cada dominio se calculó con la suma de los ítems y luego se transformó a una escala de 0 a 100, de acuerdo con lo recomendado por los autores, así: puntaje de dimensión-valor mínimo / (máximo-mínimo), donde 0 es la peor calidad de vida relacionada con la salud y 100 la mejor (20).

Para el análisis estadístico se obtuvieron de cada dominio las medidas de tendencia central: media y mediana, y de dispersión: desviación estándar e intervalo de confianza.



Así mismo, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, con el fin de determinar el cumplimiento del supuesto de distribución normal de cada uno de los dominios.

Con el fin de estimar si existían diferencias en los puntajes de los dominios de la CVRS según sexo, edad, tipo de familia, condiciones habitacionales, hogar con hacinamiento, situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, índice de masa corporal, conductas de riesgo y morbilidad sentida, se aplicaron las pruebas de significación estadística o de hipótesis U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis.

La captura de la información se hizo a través de un formulario electrónico en Access. Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 20 y la elaboración de tablas y gráficos se realizó en Excel, licencia de la Universidad de Antioquia.

### **Consideraciones éticas**

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (23), este tipo de estudio se clasificó en la categoría “con riesgo mínimo”. El protocolo de la investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Los adolescentes que decidían participar debían leer y firmar el asentimiento informado y su madre o padre o adulto responsable debía leer y firmar el consentimiento informado.

### **Resultados**

#### **Características socioeconómicas y de salud**

Se evaluaron un total de 120 adolescentes jóvenes, integrantes de 101 hogares residentes en siete barrios de la franja alta de la comuna

3: San José La Cima 1, San José La Cima 2, Bello Oriente, Carambolas, La Honda, Versailles 2 y La Cruz. La participación por barrio fue similar; no obstante, en los barrios la Cruz y Versailles 2 se obtuvo menor número de adolescentes encuestados. La mayoría de los adolescentes fueron mujeres (60,8%), con edades entre doce y diecisiete años, pertenecientes a hogares clasificados como familias nucleadas biparentales (35%), seguido por las familias extensas y nucleadas uniparental de madre (30,8 y 28,3%, respectivamente) (ver tabla 1).

Respecto a las características económicas de los hogares de los adolescentes, el 73,3% de los adolescentes informó que en sus hogares solo una persona genera ingresos mensuales (monetarios) para los gastos de la familia y un 10,8% manifestó que ninguna persona genera ingresos mensuales al hogar (trece casos). Además, en el 81,2% de los hogares solo se dispone de un salario mensual inferior a 600.000 pesos al mes (ver tabla 1).

El 77,5% de los adolescentes reside en viviendas en condiciones habitacionales inadecuadas. De estos, el 58,3% habita en condiciones inadecuadas con riesgos ambientales, es decir, son viviendas cuyos materiales de techo, piso y paredes no son apropiados (por ejemplo: piso de tierra, paredes de cartón, madera o plástico y techo de madera, zinc o plástico). Además, se encuentran ubicados cerca de basureros, aguas residuales y/o en barrancos. Del mismo modo, poco menos de la mitad de los hogares se encuentra en hacinamiento (47,5%). De estos el 28,3% presenta hacinamiento crítico (34 hogares) (ver tabla 1).

Según la situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, se evidenció que el 95% de los hogares se encuentran desconectados del servicio de agua, tanto por la modalidad de acceso como por prestación (90 y 5%, respectivamente). Similar com-

portamiento se encontró con respecto a la desconexión del servicio de energía eléctrica, donde el 64,2% se encuentra desconectado por acceso y el 26,7% por prestación. Cabe resaltar que se encontraron hogares conectados a los dos servicios; no obstante, estos casos no superan el 10% del total de los hogares en cada caso (tabla 1).

En relación con las características de salud de los adolescentes, se observó que el 36%

de los adolescentes encuestados presentaron un índice de masa corporal normal; sin embargo, llama la atención que el 55,8% tenía riesgo de desnutrición. Al indagar por el estilo de vida y algunas conductas de riesgo de los adolescentes, se evidenció que el 56,8% de ellos reportó dos o más conductas de riesgo. Así mismo, el 52,5% manifestó haber tenido alguna morbilidad durante los últimos treinta días previos a la realización de la encuesta (ver tabla 1).

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES. FRANJA ALTA DE LA COMUNA 3. MEDELLÍN, 2012**

<b>Variables de interés y categorías</b>	<b>Frecuencia (n = 120)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	47	39,2
Mujer	73	60,8
<b>Edad</b>		
12 a 14 años	40	33,3
15 a 17 años	59	49,2
18 y 19 años	21	17,5
<b>Barrio</b>		
San José La Cima 2	25	20,8
Bello Oriente	23	19,2
Carambolas	21	17,5
La Honda	20	16,7
San José La Cima 1	18	15,0
Versalles 2	10	8,3
La Cruz	3	2,5
<b>Total de personas que generan ingresos al hogar</b>		
Uno	88	73,3
Dos	12	10,0
Tres	7	5,8
Ninguno	13	10,8
<b>Tipo de familia</b>		
Nucleada biparental	42	35,0
Nucleada uniparental madre	34	28,3
Nucleada uniparental padre	3	2,5
Extensa	37	30,8
Otro tipo de familia	4	3,3



<b>Condiciones habitacionales</b>		
Adecuadas	27	22,5
Inadecuadas con riesgos ambientales	70	58,3
Inadecuadas sin riesgos ambientales	23	19,2
<b>Hacinamiento</b>		
Hogar sin hacinamiento	63	52,5
Hogar con hacinamiento	23	19,2
Hogar con hacinamiento crítico	34	28,3
<b>Situación desconexión al agua</b>		
Desconexión por acceso al SPD de acueducto	108	90,0
Desconexión por prestación al SPD de acueducto	6	5,0
Conectado al SPD de acueducto	6	5,0
<b>Situación desconexión a la energía</b>		
Desconectado por acceso al SPD de energía	77	64,2
Desconectado por prestación al SPD de energía	32	26,7
Conectado al SPD de energía	11	9,2
<b>Clasificación del Índice de Masa Corporal*</b>		
Normal	31	36,0
Exceso de peso	7	8,1
Riesgo desnutrición	48	55,8
<b>Estilo de vida (conductas de riesgo)</b>		
Una o menos conductas de riesgo	51	43,2
Dos o más conductas de riesgo	67	56,8
<b>Morbilidad sentida</b>		
Último mes reportó morbilidad	62	52,5
Ninguna morbilidad	56	47,5

Fuente: cálculos de los autores

## Dominios de la calidad de vida relacionada con la salud

El Kidscreen-27 mide la CVRS basado en un constructo multidimensional que evalúa cinco dominios: bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, apoyo social y pares y ambiente escolar (19, 21). De estos dominios, el ambiente escolar, el apoyo social y pares y la relación con los padres y autonomía fueron los que tuvieron un puntaje promedio más alto, mientras que el dominio de bienestar psicológico fue el de menor puntaje (ver tabla 2).

## Dominio bienestar físico

Este dominio, conformado por cinco preguntas relacionadas con la actividad física y salud, obtuvo una mediana de 58,8 puntos en la escala del Kidscreen-27 (ver tabla 2). Al comparar el puntaje de este dominio por sexo, se observó que los hombres obtuvieron una puntuación más alta que las mujeres (ver figura 1); esta diferencia fue significativa ( $p = 0,030$ ) (ver tabla 3).

Se estimaron las diferencias en el puntaje de cada dominio según: sexo, edad, tipo de

familia, condiciones habitacionales, hacinamiento, situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, índice de masa corporal, conductas de riesgo y morbilidad sentida. No obstante, solo se observaron diferencias significativas en la puntuación de este dominio según el índice de masa corporal y la morbilidad sentida ( $p = 0,017$  y  $p = 0,001$ , respectivamente). Llama la atención que los adolescentes con exceso de peso presenten una mediana mayor que aquellos con riesgo de desnutrición ( $Me = 82,4$  y  $Me = 57,2$ , respectivamente). En relación con la morbilidad sentida, quienes que no reportaron problemas de salud en los últimos treinta días presentaron una mediana más alta, en comparación con los que sí los manifestaron ( $Me = 70,6$  y  $Me = 52,9$ , respectivamente) (ver tabla 3).

### Dominio bienestar psicológico

Este dominio, conformado por siete preguntas relacionadas con el estado de ánimo y sentimientos, obtuvo el menor puntaje respecto a los demás dominios, con una mediana de 54,2 en la escala del Kidscreen 27 (ver tabla 2). Al comparar el puntaje de este dominio por sexo, no se observaron diferencias significativas (ver figura 1 y tabla 3).

No se encontraron diferencias significativas en las medianas de la puntuación de este dominio en las categorías analizadas como: sexo, edad, tipo de familia, condiciones habitacionales, hacinamiento, situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, índice de masa corporal, conductas de riesgo y morbilidad sentida (ver tabla 3).

### Dominio relación con los padres y autonomía

La vida familiar y el tiempo libre comprenden siete preguntas. De los cinco dominios fue el tercero el que obtuvo una mediana más alta, con un 62,5 en la escala del Kidscreen-27 (ver tabla 2). En relación con el

sexo, se observa de manera gráfica una percepción un poco más alta en los hombres que en las mujeres (ver figura 1). No obstante, esta diferencia no fue significativa (ver tabla 3).

Para este dominio, se encontró solo una diferencia significativa en la categoría de hogar con hacinamiento ( $p = 0,032$ ); es decir, aquellos adolescentes que viven en hogares sin hacinamiento tienen una mejor percepción de la relación con sus padres, del tiempo libre y sobre su autonomía.

### Dominio apoyo social y pares

Este dominio comprende cuatro preguntas relacionadas con el apoyo social y amigos. Fue el segundo dominio que obtuvo una mediana alta, con 68,8 puntos en la escala del Kidscreen-27 (ver tabla 2). Al comprar el puntaje de este dominio por sexo, se observó una mejor percepción por parte de los hombres en comparación con las mujeres (ver figura 1). No obstante, esta diferencia no fue significativa (ver tabla 3).

En este dominio, al igual que en el dominio de bienestar psicológico, no se encontraron diferencias significativas en las medianas de la puntuación en todas las categorías que se analizaron (ver tabla 3).

### Dominio ambiente escolar

Este dominio comprende cuatro ítems relacionados con el entorno escolar, como sentirse bien o feliz en el colegio, prestar atención en clase y llevarse bien con profesores. Fue el dominio que obtuvo la mediana más alta, con 70,5 puntos en la escala del Kidscreen-27 (ver tabla 2). En cuanto a la diferencia por sexo, se observó que los hombres presentaron una mejor percepción, aunque muy leve, en comparación con las mujeres (ver figura 1). Sin embargo, esta diferencia no fue significativa (ver tabla 3).



En este dominio solo se observaron diferencias significativas en la puntuación según las conductas de riesgo y la morbilidad sentida ( $p = 0,032$  y  $p = 0,019$ , respectivamente). Es importante resaltar que los adolescentes que presentaron una o menos conductas de riesgo puntuaron una mediana mayor que aquellos que presentaron dos o más de estas conductas ( $ME = 75$  y  $ME = 68,8$ ). En relación con la morbilidad sentida, quienes no reportaron problemas de salud en los últimos treinta días presentaron una mediana más alta, en comparación con los que sí los manifestaron ( $Me = 75$  y  $Me = 68,8$ , respectivamente) (ver tabla 3).

### Discusión y conclusiones

En Colombia se han desarrollado pocos estudios que midan la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud con la escala del instrumento Kidscreen-27. El estudio de Yepez y colaboradores midió la CVRS en niños y adultos con alergia respiratoria en Colombia y encontró que la puntuación más alta la calidad de vida relacionada con la salud fue en el dominio ambiente escolar y el peor puntaje lo obtuvo el dominio bienestar psicológico en la población infantil.

Esto concuerda con lo encontrado en la presente investigación, aunque en esta se abordan problemas y población diferentes. Esta situación difiere de los reportes sobre el tema de “algunas enfermedades crónicas”, donde el puntaje más alto y el más bajo se registraron en los dominios de relación con los padres y autonomía y bienestar físico, respectivamente (24).

Es importante resaltar que durante la revisión bibliográfica no se logró identificar otros estudios que hayan relacionado el tema de la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones particulares de desconexión del hogar de los servicios públicos domiciliarios. En este estudio solo se estimó la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes residentes de hogares en situación de desconexión, pero no se pudo establecer si la situación de desconexión modifica o no la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. Por otra parte, la mayoría de los artículos revisados abordan el tema de CVRS enfocado particularmente en enfermedades crónicas específicas. Por esta razón, ante esta carencia de información, se discutieron los principales hallazgos de esta investigación con otras investigaciones, las cuales tuvieron alguna analogía con el tema de estudio.

**TABLA 2. PUNTAJE DE LOS DOMINIOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES. FRANJA ALTA DE LA COMUNA 3. MEDELLÍN, 2012**

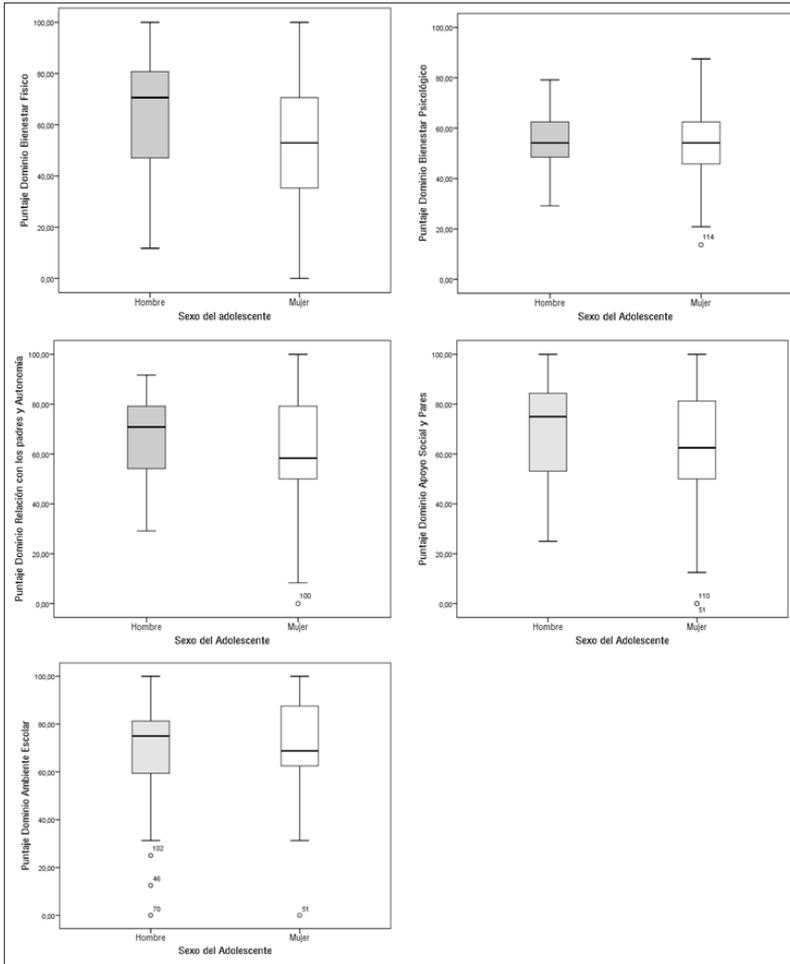
Dominio	Media	Desviación estándar	Mediana	I.C. 95%		Valor p*
				Linf	Lsup	
Bienestar físico	56,6	24,3	58,8	52,2	61,0	0,0360
Bienestar psicológico	55,4	13,2	54,2	53,0	57,8	0,0040
Relación con los padres y autonomía	62,2	21,6	62,5	58,3	66,1	0,0180
Apoyo social y pares	66,0	24,2	68,8	61,6	70,4	0,0000
Ambiente escolar	69,8	20,2	70,5	66,2	73,5	0,0000

Linf: límite inferior; Lsup: límite superior

\* Valor p correspondiente a la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Liliefors, realizada para determinar el cumplimiento del supuesto de distribución normal de cada uno de los dominios.

Fuente: cálculos de los autores





**FIGURA 1. PUNTAJES DE LOS DOMINIOS DEL KIDSCREEN-27 SEGÚN SEXO DEL ADOLESCENTE. FRANJA ALTA DE LA COMUNA 3. MEDELLIN, 2012**

**Fuente:** cálculos de los autores

En el estudio de validación del cuestionario Kidscreen-27 de CVRS en niños y adolescentes en Medellín, realizado por Quintero y Colaboradores (20), los hallazgos son diferentes a la presente investigación en relación con la puntuación de las medianas en cada una de las cinco dimensiones de la CVRS según el sexo. Sin embargo, en ambos los hombres tienen una mejor percepción del dominio bienestar físico. En general los hombres presentaron una mejor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud que las

mujeres en todos los dominios (exceptuando en bienestar psicológico), de los cuales se estableció solo una diferencia estadística para el dominio de bienestar físico. Algunas investigaciones consideran que las mujeres (con independencia de la edad) obtienen puntuaciones más bajas que los varones, lo cual se relaciona con el nivel socioeconómico bajo y haber realizado pocos estudios. Además, los varones obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres en aspectos que denotan interacción, por ejemplo: función social,



papel físico y función física, que muestran muy probablemente mejor desempeño en la capacidad funcional de los varones, mientras que la vitalidad y el desempeño emocional en las mujeres muestran mayor puntuación que en los varones (16). Lo que concuerda con lo encontrado y señalado previamente en la presente investigación.

Por su parte, las mujeres adolescentes del estudio de validación (20) obtuvieron una mediana del puntaje de la CVRS mayor que las adolescentes que residen en hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios y que fueron encuestadas.

Las diferencias por género observadas son esperables, dado que desde una mirada evolutiva, las mujeres priorizan actividades destinadas a la socialización, en tanto que los hombres lo hacen en deportes y actividad física. A nivel físico, en las mujeres los cambios secundarios y especialmente la menstruación son la causa de muchas complicaciones, siendo los problemas de salud más comunes los desórdenes hormonales, lo que puede incidir en una CV más disminuida en esta dimensión (25).

El hogar es el lugar donde se produce la mayor parte de la socialización de los adolescentes, el desarrollo de habilidades y la formación de la identidad. Estos procesos pueden ser interrumpidos si el entorno familiar es afectado por el hacinamiento (26). La vivienda ha recibido una creciente atención por parte de los investigadores, en un contexto potencialmente importante para la salud y el desarrollo de los niños (27). Algunos estudios han evaluado la relación directa entre la mala salud y la inadecuada calidad de la vivienda urbana, es decir, los factores relacionados con la infraestructura y los servicios, las condiciones de vivienda y el hacinamiento (28). Hallazgos que se relacionan con lo encontrado en este estudio, dado que se observaron diferencias

en el puntaje del dominio relación con los padres y autonomía según las condiciones de hacinamiento, pues aquellos adolescentes que residen en hogares sin hacinamiento puntuaron más alto que aquellos que residen en hogares en condiciones de hacinamiento o hacinamiento crítico.

El desarrollo del adolescente es afectado por una variedad de factores como recursos de la familia y el contexto del barrio, los cuales crean mutuamente un ambiente que determina su condición social (27). Residir en viviendas en condiciones de hacinamiento puede crear estrés en el hogar y tener consecuencias negativas para sus integrantes. Los adolescentes pueden ser especialmente vulnerables a las condiciones inadecuadas de la vivienda, ya que utilizan el espacio de esta para realizar actividades académicas, interactuar con los miembros de la familia, desarrollar su identidad, sus habilidades y también para descansar. Debido a que los entornos en los cuales se forman los adolescentes varían sustancialmente entre los grupos socioeconómicos, es importante tener en cuenta que dichos entornos también pueden contribuir a la transmisión intergeneracional de la desigualdad social. La variación en el nivel de hacinamiento de la vivienda puede ser un aspecto clave para el desarrollo del entorno físico del adolescente (26).

Por último, las inadecuadas condiciones de las viviendas tienen efectos significativos sobre los diferentes aspectos de la vida del adolescente. Estos efectos negativos durante la adolescencia pueden persistir durante toda la vida, afectando en última instancia su estatus socioeconómico futuro y, probablemente, su bienestar en la adultez. Es importante identificar los aspectos del entorno de la vida de un adolescente que puedan resultar perjudiciales, para así poder prevenirlos. El entorno de vida, particularmente la situación socioeconómica, es un área que puede contribuir a la transmisión intergeneracional

**TABLA 3. COMPARACIÓN DE LA MEDIANA DE LOS PUNTAJES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SEGÚN VARIABLES DE INTERÉS. FRANJA ALTA DE LA COMUNA 3, MEDELLÍN, 2012**

Variables de interés y categorías	Bienestar físico		Bienestar psicológico		Valor p		Relación con los padres y autonomía		Valor p		Apoyo social y pares		Valor p		Ambiente escolar		Valor p	
	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me	Me
<b>Sexo*</b>																		
Hombre	70,59	54,17	54,17	70,83	0,030	0,873	0,130	75,00	0,222	75,00	75,00	0,728						
Mujer	52,94	54,17	58,33	62,50	0,089	0,644	0,436	62,50	0,924	68,75	68,75	0,230						
<b>Edad**</b>																		
12 a 14 años	64,71	56,25	58,33	66,67	0,089	0,644	0,436	71,88	0,924	68,75	75,00	0,230						
15 a 17 años	58,82	54,17	58,33	66,67	0,089	0,644	0,436	68,75	0,924	68,75	75,00	0,230						
18 y 19 años	47,06	58,33	66,67	75,00	0,089	0,644	0,436	75,00	0,924	75,00	64,00	0,230						
<b>Tipo de familia**</b>																		
Nucleada biparental	60,15	56,25	58,33	68,75	0,089	0,644	0,436	62,50	0,924	68,75	75,00	0,230						
Nucleada uniparental madre	58,82	54,17	58,33	66,67	0,089	0,644	0,436	75,00	0,924	75,00	75,00	0,230						
Nucleada uniparental padre	43,82	39,58	45,83	66,67	0,277	0,188	0,300	53,13	0,824	75,00	62,50	0,284						
Extensa	58,82	54,17	66,67	66,67	0,277	0,188	0,300	75,00	0,824	75,00	68,75	0,284						
Otro tipo de familia	35,29	45,83	66,67	66,67	0,277	0,188	0,300	81,25	0,824	81,25	64,00	0,284						
<b>Condiciones habitacionales**</b>																		
Adecuadas	52,94	54,17	58,33	72,92	0,112	0,403	0,490	65,63	0,271	62,50	75,00	0,311						
Inadecuadas	58,82	54,17	58,33	72,92	0,112	0,403	0,490	62,50	0,271	62,50	68,75	0,311						
Inadecuadas sin ubicación de riesgo	67,65	56,25	66,67	72,92	0,112	0,403	0,490	78,13	0,271	78,13	75,00	0,311						
<b>Hacinamiento**</b>																		
Hogar sin hacinamiento	58,82	54,17	58,33	70,83	0,923	0,552	0,032	68,75	0,692	62,50	75,00	0,204						
Hogar con hacinamiento	58,82	54,17	58,33	58,33	0,923	0,552	0,032	62,50	0,692	62,50	68,75	0,204						
Hogar con hacinamiento crítico	58,82	54,17	58,33	58,33	0,923	0,552	0,032	75,00	0,692	75,00	62,50	0,204						



<b>Situación desconexión al agua**</b>											
Desconexión por acceso al SPD de acueducto	58,82	54,17	62,50	68,75	75,00	0,178	0,232	0,637	0,973	0,032	0,919
Desconexión por prestación al SPD de acueducto	38,24	63,08	72,92	71,88	71,88						
Conectado al SPD de acueducto	82,35	54,17	79,17	68,75	72,25						
<b>Situación desconexión a la energía**</b>											
Desconectado por acceso al SPD de energía	58,82	54,17	66,67	75,00	73,63						
Desconectado por prestación al SPD de energía	61,47	52,08	62,50	65,63	75,00		0,680	0,637			0,207
Conectado al SPD de energía	61,47	50,00	54,17	62,50	62,50						
<b>Clasificación del Índice de Masa Corporal**</b>											
Normal	64,71	51,17	66,67	75,00	81,25						
Exceso de peso	82,35	62,50	58,33	75,00	81,25		0,339	0,186			0,058
Riesgo desnutrición	57,21	54,17	62,50	62,50	68,75						
<b>Estilo de vida (conductas de riesgo)*</b>											
Una o menos conductas de riesgo	64,71	54,17	62,50	75,00	75,00						
Dos o más conductas de riesgo	52,94	54,17	58,67	62,50	68,75		0,073	0,770			0,032
<b>Morbilidad sentida*</b>											
Último mes reportó morbilidad	52,94	54,17	60,58	62,50	68,75		0,060	0,450			0,019
Ninguna morbilidad	70,59	54,17	72,92	75,00	75,00						
<b>Me: Mediana</b>											

\* Comparación de medianas. Prueba de U de Mann Whitney

\*\* Comparación de medianas. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: cálculos de los autores

de la desigualdad social. Gracias a una mejor comprensión del papel de la vivienda en las vidas de los adolescentes, se puede asegurar un espacio de vida saludable y así reducir las disparidades educacionales, de salud mental y física de estos (26).

Por otra parte, en relación con la clasificación del índice de masa corporal, algunos estudios han descrito la asociación entre el peso corporal o el IMC y la puntuación de la CVRS en los adolescentes (29-33). Bonsergent y colaboradores estudiaron 5226 adolescentes de catorce a dieciocho años en un ensayo aleatorizado en veinticuatro escuelas secundarias de Francia, en quienes midieron la CVRS por medio del PedsQL, y encontraron que el peso no se asoció con las puntuaciones físicas y sociales de la CVRS ni en niños ni en mujeres. Por el contrario, se asoció con la dimensión mental, pero de manera diferente en las niñas que en los niños. En comparación con mujeres de peso normal, las niñas delgadas tenían mejor salud mental CVRS y las niñas con sobrepeso y obesidad tenían menor CVRS; mientras que fue menor para los niños delgados, con sobrepeso y obesidad que para los niños con peso normal (29). Por otro lado, el estudio de Keating y colaboradores mostró que las niñas con exceso de peso tenían puntuaciones significativamente menores en la dimensión física que las niñas con peso normal. No así para los niños. Del mismo modo, las niñas con obesidad tenían puntajes más bajos en las puntuaciones del componente emocional que las que tenían un peso normal, lo cual no ocurre con los niños (30). Estos hallazgos son diferentes a los de la presente investigación, dado que se observaron diferencias en el puntaje del dominio bienestar físico según índice de masa corporal: aquellos adolescentes con exceso de peso puntuaron más alto que los que tenían bajo peso. Para los demás dominios no se observaron diferencias significativas. Estas diferencias en los resultados pueden explicarse por el

contexto diferente de los estudios, pero también por los instrumentos de medición de la CVRS utilizados.

La mayoría de los adolescentes del presente estudio presentaban dos o más conductas de riesgo asociadas con el consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, entre otras. En relación con esto, es importante señalar que “correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población menor edad, los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones los jóvenes homologan los comportamientos riesgosos con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de riesgo a los jóvenes, que pueden conducir en ocasiones a efectos dañinos para la vida” (34).

La literatura ha referenciado ampliamente que las dificultades que rodean a los jóvenes y sus formas de afrontarlos, van marcando algunas pautas de comportamiento que caracterizan su estilo de vida. En el caso de consumo de alcohol y de cigarrillo, se ha identificado que los jóvenes tienen algunas características ansiógenas (inseguridad, temor, anticipaciones catastróficas a situaciones cotidianas) o depresivas (estados de ánimo muy bajos —tendientes a la tristeza y la melancolía—, sensación de incapacidad, pensamientos negativos respecto a lo que pueda ocurrir consigo mismo y con los demás), recurren a las drogas y permanecen en su consumo como una forma de sentirse bien consigo mismos o como una manera de evitar aquellas condiciones percibidas como amenazantes, incómodas o no placenteras. Lo anterior puede incrementar en los jóvenes las probabilidades de dependencia del alcohol y del cigarrillo, el riesgo de consumir otras drogas, presentar ausentismos escolares y laborales y tener un marcado deterioro en el funcionamiento de su vida afectiva (35). Todo esto les significa a los



jóvenes un detrimento de su calidad de vida. Lentamente, van ocasionando daños a sus sistemas psicofisiológicos y conductuales, en distintas áreas de su vida. Por ejemplo, los hombres empiezan a presentar fallas en la respuesta sexual y problemas de esterilidad y las mujeres tienen un incremento de síntomas menstruales, como dolor localizado en la zona pélvica, dolor de cabeza, depresión e irritabilidad (35).

En relación con la morbilidad sentida, los adolescentes que no reportaron problemas de salud en los últimos treinta días presentaron una mediana más alta en comparación con los que sí los manifestaron. Estos hallazgos son coherentes con otros estudios en los cuales se ha evidenciado que los adolescentes sanos se perciben mejor, dado que esto refleja el grado de satisfacción con una situación personal, también expresada desde el punto de vista fisiológico de la sintomatología general, la discapacidad funcional, el sueño, etc. Frente a esto, los datos de Núñez y colaboradores mencionan que la percepción de una mala salud muestra una tendencia negativa de calidad de vida (24).

Los aspectos básicos de la etapa juvenil de la vida son esencialmente similares en todas partes, y el proceso que se da en este periodo puede inducir a un desarrollo personal que es sano, feliz y exitoso en la constitución de la persona adulta, o a una juventud con carencias, problemas y patologías. El grado de éxito que experimenta un individuo en su etapa juvenil es cuestión, por un lado, de la calidad de vida que tiene en el presente (satisfacción de necesidades básicas y otras), y por otro lado, de la manera en que se desarrollan los procesos psicológicos, educativos y de inserción social que definen —en los diez años o más de juventud— la calidad de vida del futuro adulto (2).

Pese a que el futuro de un país está en los niños y jóvenes y a que estos deben ser

reconocidos como sujetos con derechos y obligaciones (3), con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud (36) y, teniendo en cuenta que hay un importante desconocimiento de la autopercepción que las personas jóvenes tienen de sus problemas sanitarios, económicos, políticos y sociales (3), estudios como este justifican la importancia y necesidad de seguir abordando los temas relacionados con la problemática de la desconexión de los servicios públicos domiciliarios y la calidad de vida relacionada con la salud en la población adolescente.

Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto, debido a su carácter subjetivo, pero la epidemiología brinda herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad, aportando información respecto a las condiciones que pueden ser modificables o que simplemente generen una alerta en el personal de salud para focalizar acciones en los grupos más vulnerables (37).

En Colombia, la inversión a edades tempranas posibilitaría (38), entre otros logros: la ruptura de los círculos de pobreza, que se transmite de generación en generación; mayores beneficios para la actual sociedad y menores costos públicos a largo plazo; y desarrollo cultural, político y socioeconómico.

## **Agradecimientos**

Las autoras expresan sus agradecimientos a la Subsecretaría de Metrojuventud, Alcaldía de Medellín, Parque Explora Medellín y a la estrategia de sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Universidad de Antioquia y al grupo de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por la financiación de este proyecto (Código INV 373-11). Al apoyo brindado



por la Red de Organizaciones Comunitarias (ROC), la Mesa Interbarrial de desconectados de Medellín y la Red Comunitaria Barrios La Cruz y La Honda (RIOCBACH) y a los líderes comunitarios que decidieron acompañar este proceso de investigación. Especial mención en memoria de aquellas líderes que fallecieron en el desarrollo del proyecto. A la estudiante Yudith Ballesteros por su apoyo en el proceso de sistematización de los datos y finalmente a los profesores Cristina Mejía Merino y Yan Carlos Cataño por sus valiosos aportes en la realización de la presente investigación.

## Referencias bibliográficas

1. Krauskopf D. Participación social y desarrollo en la adolescencia [monografía en Internet]. San José C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2000 [acceso: 27 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Participaci%C3%B3n%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf\\_0.PDF](http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Participaci%C3%B3n%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf_0.PDF).
2. Donas Burak S, compilador. Adolescencia y juventud en América Latina [monografía en Internet]. Cartago: Libro Universitario Regional; 2001 [acceso: 26 de octubre de 2011]. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
3. Grisales Romero H. Condiciones de vida de los adolescentes jóvenes, Ciudad de Medellín, 2006 [tesis de doctorado]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
4. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [sitio en internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2007 [acceso: 26 de octubre de 2011]. Disponible en <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=jDa-1-&x=51386#.UadY0UDrwp>
5. Rincón R. Los desconectados de los servicios públicos domiciliarios en Medellín. Junio 5 de 2010 [acceso: 28 de diciembre de 2011] En Oficina Jurídica Hábeas Corpus Blog [sitio en internet]. Medellín: Oficina Jurídica Hábeas Corpus [acceso: 26 de febrero 26 2006]. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/30987404/diplomado-spd-desconexion-y-altas-tarifas>
6. Red de Organizaciones Comunitarias de Medellín (ROC). Desconexión: miseria y desconexión [sitio en Internet]. Medellín: agosto de 2008 [acceso: 16 de octubre de 2011]. Disponible en <http://red-comunitaria.blogspot.com/2008/08/desconexin-miseria-y-excluin-derecho.html>
7. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de Derechos Humanos en Medellín [monografía en Internet]. Medellín: Equipo de Investigaciones Unidad Permanente de Derechos Humanos (UPDH); 2011 [acceso: 19 de octubre de 2012]. Disponible en [http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/documentos/Informes/Situacion\\_DDHH2011/Informe\\_DDHH\\_2011.pdf](http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/documentos/Informes/Situacion_DDHH2011/Informe_DDHH_2011.pdf)
8. Cataño Montoya YC. Situación alimentaria, nutricional y de salud de los integrantes de las viviendas desconectadas de los servicios públicos domiciliarios. Franja alta de la Comuna 3 Medellín 2011 [tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
9. Rodríguez Corredor C, Ballesteros Vanegas Y. Estado de salud, nutrición y calidad de vida relacionado con la salud de los y las adolescentes jóvenes de 15 a 19 años integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios. Franja alta de la comuna 3, Medellín, 2012 [tesis de pregrado]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
10. Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD). La equidad en las tarifas de los servicios públicos y su impacto en la capacidad de pago de los hogares de Bogotá [monografía en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional; 2005 [acceso: 22 de diciembre de 2011]. Disponible en <http://www.cid.unal.edu.co/files/publications/CID200502goeqta.pdf>
11. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles* [serie en Internet]. 2005 [acceso: 9 de junio de 2011] 2 (1): [31-43]. Disponible en [http://pt.wkhealth.com/pt/pt-core/template-adis/phe/media/Vol\\_2\\_Issue\\_1\\_p31.pdf](http://pt.wkhealth.com/pt/pt-core/template-adis/phe/media/Vol_2_Issue_1_p31.pdf).
12. Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.* [serie en Internet]. 2011 [acceso: 8 de octubre de 2012]. 6 (1): [123-26]. Disponible en <http://www.usbbog.edu.co:8080/index.php/Psychologia/article/view/213/188>
13. Ferrer M. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud en patología pulmonar [monografía en Internet]. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar) [acceso: 10 de junio de 2011]. Disponible en [http://www.sorecar.org/relacionats/61\\_HMar2008monse.pdf](http://www.sorecar.org/relacionats/61_HMar2008monse.pdf)
14. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit* [serie en Internet] 2001 [acceso: 16 de octubre de 2012] 15 (Supl.4): [34-43]. Disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v15nSupl.4a13032879pdf001.pdf>
15. Urzúa A, Cortés E, Vega S, Prieto L, Tapia K. Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida Kidscreen-27 en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica* [serie en Internet]. 2009 [acceso: 16 de octubre de 2012]



- 27(1): [83–92]. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art08.pdf>
16. TUESCA-MOLINA R, CENTENO ROMERO H, SALGADO M, GARCÍA DELGADO N, LOBO LÓPEZ J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [serie en Internet]. 2008 [acceso: 15 de octubre de 2012] 24 (1): [53-63]. Disponible en [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/24-1/6\\_Calidad\\_de\\_vida\\_ado.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/6_Calidad_de_vida_ado.pdf)
  17. MARTÍNEZ CARAZO PC. El método de estudio de caso. *Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y Gestión* [serie en Internet]. 2006 [acceso: 11 de febrero de 2013] 20: [165-93]. Disponible en [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento\\_gestion/20/5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)
  18. RODRÍGUEZ J, RUIZ F, PEÑALOZA E, ESLAVA J, GÓMEZ LC, SÁNCHEZ H et ál. Encuesta Nacional de Salud 2007 [monografía en Internet] Bogotá: República de Colombia, Ministerio de la Protección Social; 2009 [acceso: 8 de enero de 2013]. Disponible en [http://www.minsalud.gov.co/Documentos\\_y\\_Publicaciones/ENCUESTA\\_NACIONAL.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ENCUESTA_NACIONAL.pdf)
  19. KIDSCREEN.ORG [sitio en Internet]. Europa: Comisión Europea en el 5o Programa Marco (FP5); [acceso: 30 de agosto de 2011]. Disponible en <http://www.kidscreen.org/>
  20. QUINTERO CA, LUGO LH, GARCÍA HI, SÁNCHEZ A. Validación del cuestionario Kidscreen-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* [serie en Internet]. 2011 [acceso: 15 de octubre de 2012] 40 (3): [470-87]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n3/v40n3a07.pdf>
  21. CÁDIZ V, URZUA A, CAMPBELL M. Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Rev Chil Pediatr* [serie en Internet]. 2011 [acceso: 8 de octubre de 2012] 82 (2): [113-21]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062011000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062011000200005&script=sci_arttext)
  22. Resolución 2121 de 2010, por la cual se adoptan los patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud- oms en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones (9 de junio de 2010).
  23. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (4 de octubre de 1993).
  24. YEPES NÚÑEZ JJ, GÓMEZ GARCÍA C, ESPINOSA HERRERA Y, CARDONA VILLA R. Health-related quality of life in children and adults with respiratory allergy in Colombia: Prospective study. *Allergol Immunopathol (Madr)* [serie en Internet]. 2012 [acceso: 11 de enero de 2013] 365: [1-6]. Disponible en <http://www.inmunologia.tibiafusion.com/sites/default/files/Calidad%20de%20vida%20en%20adultos%20y%20ni%C3%B1os%20con%20alergia%20respiratoria%20en%20Colombia.pdf>
  25. URZÚA A, CORTÉS E, PRIETO L, VEGA S, TAPIA K. Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Rev Chil Pediatr* [serie en Internet]. 2009 [acceso: 4 de enero de 2013] 80 (3): [238-44]. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n3/art05.pdf>
  26. SOLARI CD, MARE RD. Housing crowding effects on children's wellbeing. *Social Science Research* [serie en Internet]. 2012 [acceso: 15 de abril de 2013] 41: [464-76]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X11001694>
  27. AVAN BI, KIRKWOOD B. Role of neighbourhoods in child growth and development: Does 'place' matter? *Social Science & Medicine* [serie en Internet]. 2010 [acceso: 15 de abril de 2013] 71: [102-09]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610002261>
  28. HABIB RR et ál. Housing quality and ill health in a disadvantaged urban community. *Public Health* [serie en Internet]. 2009 [acceso: 16 de abril de 2013] 123: [174-81]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350608003211>
  29. SWALLEN KC, REITHER EN, HAAS SA, MEIER AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115 (2): 340-47.
  30. KEATING CL, MOODIE ML, SWINBURN BA. The health-related quality of life of overweight and obese adolescents—a study measuring body mass index and adolescent-reported perceptions. *Int. J. Pediatr. Obes. Ijpo Off. J. Int. Assoc. Study Obes*. 2011 Oct; 6 (5-6): 434-41.
  31. BONSERGENT E, BENIE-BI J, BAUMANN C, AGRINIER N, TESSIER S, THILLY N et ál. Effect of gender on the association between weight status and health-related quality of life in adolescents. *BMC Public Health*. 2012; 12: 997.
  32. KORTT MA, DOLLERY B. Association between body mass index and health-related quality of life among an Australian sample. *Clin. Ther*. 2011 Oct; 33 (10): 1466-74.
  33. COSTE J, POUCHOT J, CAREL J-C. Height and health-related quality of life: A nationwide population study. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2012 Sep; 97 (9): 3231-29.
  34. ANDINO N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes [monografía en Internet] México: UNFPA - Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe; 1999 [acceso: 13 de enero de 2013]. Disponible en [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/1999/salud\\_estilos.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/1999/salud_estilos.pdf)
  35. SALAZAR TORRES IC, ARRIVILLAGA QUINTERO M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología* [serie en Internet]. 2004 [acceso: 23 de febrero de 2013] 13: [74-89]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1211/1763>
  36. MADDALENO M, MORELLO P, INFANTE-ESPÍNOLA F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima

- década. *Salud Pública Mex* [serie en Internet]. 2003 [acceso: 16 de octubre de 2012]; 45 (supl 1): [132-39]. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>
37. Salas Zapata C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Antioquia, año 2009 [tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
38. Departamento Nacional de Planeación y de la Agencia de Cooperación Alemana GIZ-Cecapaz. Jóvenes sujetos de derechos y protagonistas del desarrollo [monografía en Internet]. Bogotá: Lineamientos técnicos para elaboración de Programas de Gobierno y Planes de Desarrollo; 2011 [acceso: 27 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.colombiajoven.gov.co/Es/noticias/Documents/Documentos%20Noticias/Jovenes%20sujetos%20de%20derechos%20y%20protagonistas%20del%20desarrollo.pdf>

