

PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN INFANTES COAHUILENSES

PREDICTIVE MODELS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN FROM COAHUILA

Recibido: 20 de febrero de 2013/Aceptado: 6 de abril de 2013

JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR*

JESÚS ACEVEDO ALEMÁN**

Universidad Autónoma de Coahuila - México

Key words:

Quality of life, Family,
Performance, Model.

Palabras clave:

Calidad de vida, Familia,
Rendimiento, Modelo.

Abstract

The aim of this research paper was to determine general predictive models of the quality of life and gender of children in the urban area of the city of Saltillo, Coahuila, México. The intentional sample consisted of 665 infants between the ages of 10 and 11 years old. We applied a self-questionnaire of life quality for children using images. The results indicate that the quality of life in men is a consequence of three predictors, family life, performance and divorce. The male model consists only of two predictors, performance and family life.

Resumen

El objetivo del presente artículo de investigación consistió en determinar modelos predictivos generales de la calidad de vida, según el sexo, de infantes que habitan en la zona urbana de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. La muestra intencional estuvo compuesta por 665 infantes con edades de 10 y 11 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para Niños con Imágenes. Los resultados indican que la calidad de vida en niños se relaciona con tres predictores: Vida familiar, Rendimiento y Separación. En cambio, el modelo de las niñas solo se compone de dos predictores: Rendimiento y Vida familiar.

Referencia de este artículo (APA):

González, J. & Acevedo, J. (2013). Predictores de la calidad de vida en infantes coahuilenses. En *Psicogente*, 16(29), 43-54.

* Profesor-Investigador Titular C. Universidad Autónoma de Coahuila. Email: josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

** Profesor tiempo completo. Universidad Autónoma de Coahuila. Email: jesusaceve@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, la Calidad de Vida (CV) se ha considerado un concepto impreciso y controvertido. La mayoría de las investigaciones que han trabajado en la construcción de dicho concepto concuerdan en que no existe una teoría única que lo defina y explique (Labra, Albuerne & Juanco, 1999; Ranzijn, 2002). En su revisión conceptual, se encuentran posturas que la asumen como un fenómeno de características unidimensionales (Pearlman & Uhlmann, 1991); o que, en su extremo opuesto, la representan como un fenómeno que considera todos los dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos: la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar social (Arnold, 1991; Janssen, 2004; Victoria, González, Fernández & Ruiz, 2005; Inga & Vara, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha definido la CV como la percepción individual de la propia posición en la vida, considerando el contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, y en relación con los objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones del propio sujeto, sin descartar aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales. El mismo organismo agrega que la CV representa un fenómeno social complejo, el cual está basado en procesos de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado, a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos), y el grado de satisfacción con estas (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y solo se pueden mirar a través de los interesados). De igual manera, la OMS alude a aspectos multidimensionales

de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, lo que abarca las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona (Goldwurm, Baruffi & Colombo, 2004; Soto & Fail, 2004).

En correspondencia con la anterior visión, Cardona, Estrada y Byron (2006) proponen que el término CV pertenece a un universo ideológico, que solo tiene sentido en relación con un sistema de valores, y los términos que le han precedido. Estos mismos autores destacan que en su genealogía ideológica, la CV remite a una evaluación de la experiencia que los sujetos tienen de su propia vida; y que tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento.

Por su parte, Inga y Vara (2006) argumentan que la CV no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en una área específica, como la salud, lo ambiental, lo social o lo espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y cada individuo está formado por una complejidad de experiencias y oportunidades. Los últimos autores mencionados sostienen, en consecuencia, que las percepciones de la CV son multifacéticas y únicas para cada individuo. Sin embargo, como señala Bowling (1997), en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la CV en los distintos grupos poblacionales se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con su nivel de funcionamiento.

Quiceno y Vinaccia (2008) atribuyen el concepto de CV al economista norteamericano John Kenneth Galbraith, quien lo habría utilizado a finales de la dé-

cada de los 50, mientras que para otros el primero en usarlo fue el expresidente norteamericano Lyndon B. Johnson en 1964 (Vinaccia, 2005). Sin importar quién lo haya utilizado primero, el concepto fue constituido en principio para referirse al cuidado de la salud personal; pero en el contexto más específico de la salud pública, este constructo se hizo popular en la década de los 80, posiblemente al asociarse a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad, que empezaron a notarse dramáticamente en algunos países desarrollados por el incremento cada vez mayor de la esperanza de vida y, luego, de las enfermedades crónicas. Fue a finales de esa década que surgió, entonces, la expresión “calidad de vida relacionada con la salud”. En breve tiempo, el concepto adquirió mayor importancia gracias al desarrollo y aplicación de instrumentos de medida, así como de investigaciones que estudiaban la CV de muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía, como resultado de la cronificación de diferentes enfermedades o accidentes. Luego dicho concepto se convirtió en la preocupación por la salud e higiene pública y se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos. A continuación, se asoció al concepto la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

Padilla (2005) y Vinaccia (2005) sostienen que justo por estos continuos cambios, en la actualidad, la CV comprende una visión biopsicosocial, la cual representa un punto de convergencia en todas las definiciones que se han propuesto a lo largo del tiempo.

La calidad de vida y la infancia

En los párrafos anteriores, se expuso que históricamente la CV se ha relacionado con la salud, y el primer esquema de reflexión teórico-documental al respecto lo constituyó la reflexión sobre las condiciones de vida de los adultos y adultos mayores (Acevedo, Trujillo & López, 2012). No obstante, desde 1980, comienzan a aparecer en la literatura médica publicaciones sobre el tema en relación con la infancia, aunque en menor proporción que los estudios desarrollados con muestras poblacionales de adultos (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001).

En tal sentido, Schalock y Verdugo (2003) estiman que de las publicaciones encontradas y vinculadas al concepto de CV en la infancia, desde su primera aparición en 1964, solo el 13% hace referencia a la calidad de vida de los niños. Ante esto, Verdugo y Sabeih (2002) exponen que los estudios desarrollados en el periodo 1985-1999 mencionan de una forma “muy superficial el tema de la infancia y su calidad de vida”. Los mismos autores indican que en los últimos años de la década de 1990, así como desde el 2000 en adelante, se comenzó a estudiar la calidad de vida como concepto holístico y multidimensional, en el que se considera la percepción individual que el niño tiene sobre su propio bienestar. Se subraya, sin embargo, que todavía no se cuenta con modelos conceptuales sólidos, concluyentes y fundamentados (Pane *et al.*, 2006; Eiser & Morse, 2001; Rajmil *et al.*, 2001; Bullinger *et al.*, 1998; Serra-Sutton, 2006).

Precisamente, Pane *et al.* (2006) indican que en

la actualidad se ha desplegado una preocupación por generar estudios e instrumentos para evaluar la CV infantil. Estos se centran fundamentalmente en dimensiones asociadas a los aspectos psicológicos, físicos y de relaciones sociales. Así, en las dimensiones relacionadas con los aspectos psicológicos, los cuestionarios recolectan información sobre los sentimientos y las emociones positivas/negativas; la depresión, el sufrimiento, la ansiedad y el estado de ánimo; la percepción de sí mismo, la autoestima y la apariencia física; las adquisiciones cognitivas, la habilidad para concentrarse, aprender y utilizar la memoria; y, por último, las conductas en general o de riesgos.

Entre los aspectos físicos, se evalúa la capacidad para realizar las actividades físicas diarias; desplazamiento, destreza, deambulación y el cuidado personal; los síntomas, como el dolor y el malestar; los sentimientos relacionados con la percepción subjetiva de la salud y las sensaciones físicas; la energía y la vitalidad; así como la percepción general de la salud. Finalmente, los aspectos sociales comprenden la forma en que el sujeto interactúa con el medio: escuela, amigos y familia, así como el grado de repercusión que hay entre el estado de salud-enfermedad en el contexto en que se desarrolla el individuo: apoyo social, impacto en el tiempo de los padres, cohesión familiar y las actividades familiares (Pane *et al.*, 2006).

Quiceno (2007) aduce que, independientemente del modelo conceptual de calidad de vida infantil que se utilice, este debe considerar variables vinculadas al contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales. Y señala que la percepción de bienestar

objetivo o subjetivo del niño o adolescente está íntimamente vinculada a su salud mental y física, y a su vez está influida por el contexto cultural al cual pertenece. El mismo autor destaca que el niño se comporta y actúa conforme a patrones propios de su medio, donde la familia (o quien haga sus veces) desempeña un papel significativo como primer agente socializador; sin embargo, la forma como interpreta su mundo no solo depende de su contexto cultural, sino también de la etapa de desarrollo en que se encuentre.

Sin duda, este último argumento se apoya en Piaget (1961), para quien el desarrollo evolutivo del infante constituye un proceso dinámico, que pasa por diversos estados de equilibrio. Más en concreto, el psicólogo francés propone que el desarrollo se origina en gran parte por la actividad del sujeto y por su interacción con el medio que le rodea, mediante dos mecanismos: acomodación y asimilación. La asimilación implica la inclusión en la estructura cognitiva de los sujetos de elementos ajenos a esta, en tanto que la acomodación entraña una modificación de los elementos existentes. Las diferentes etapas del desarrollo humano, continúa indicando Piaget (1961), se caracterizan por determinados rasgos y capacidades, y cada una incluye a las anteriores y se alcanza a una determinada edad, que es más o menos similar en todos los sujetos normales. Además, cada etapa está mediada a su vez por las diferencias individuales (Colom, 1998), esto es, por los recursos internos biológicos, emocionales y cognitivos que posibilitan al niño interpretar los procesos de salud-enfermedad de una manera más o menos adaptativa que otros de su edad, pudiendo propiciar o no retrocesos en su mismo desarrollo evolutivo.

Por todo lo antes dicho, según Quiceno (2007) la calidad de vida infantil podría definirse como “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente dentro de un contexto cultural y familiar específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales”.

La familia y la calidad de vida

En el marco de la reflexión sobre la CV, Romera (2003) considera que la familia, por ser el ámbito en el que se origina y transcurre la vida humana, tiene una incidencia decisiva en la configuración de sus miembros y fundamentalmente en la de los hijos. Entiende también que la CV es un componente esencial en la vida del ser humano, y enfatiza en que, dada su importancia, su unidad básica es la familia.

En este último sentido, De Pablos, Gómez y Pascual (1999) reconocen que la CV no solo se busca para uno mismo, sino para toda la familia y para las personas con las que uno se relaciona. Es por ello que tiene un cierto carácter universalista, es decir, en el contexto de la sociedad globalizada y mundial en la que el humano realiza su proyecto de vida. De este modo, la CV de cada unidad familiar se concretiza en función de las condiciones materiales y de los objetivos presentes en su propio proyecto de vida familiar junto a las realizaciones que se vayan consiguiendo en el transcurso de la existencia.

Para Romera (2003), a los anteriores componentes, se deben agregar los distintos tipos de hogares que existen, los cuales incluyen tanto la familia nuclear clásica, como la familia sin hijos, la familia monoparental, la familia reconstituida, parejas de hecho y personas que

viven solas, entre otras configuraciones. En la misma dirección, Yela (1994, citada en Romera, 2003) apunta que, indistintamente de la configuración familiar que se presente, deben existir condiciones mínimas en cada célula familiar, y en particular un vínculo estable, socialmente reconocido y con apertura a los hijos, un vínculo que permita lograr la función fundamental de la familia: la formación de la personalidad del individuo y la valoración de la libertad y de la solidaridad.

La familia representa una institución educativa fundamental e insustituible, a pesar de los muchos cambios que ha experimentado y de sus plurales estructuras actuales. Colom (1994) y Martínez (1995), al reflexionar sobre el papel de la familia en la CV, afirman que los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida dependen de la acción educativa que se desarrolla en el propio seno familiar, debido a que la familia es un sistema complejo, en el que se presentan múltiples relaciones y funciones, tanto internas como externas. La realización adecuada de estas funciones generará un clima y unas vivencias de calidad en el hogar, que posibilitarán la formación y el desarrollo pleno de sus miembros e incidirán de manera positiva en la futura CV de los hijos.

Dicho en otras palabras, el sistema familiar proporciona las condiciones para la supervivencia biológica de cada integrante, al tiempo que posibilita la autonomía personal de los hijos, orientada hacia una madurez biopsicosocial (Colom, 1994). Apunta, además, Flaquer (1995) que el entorno familiar es fundamental, pues en él los niños adquieren los valores básicos, las actitudes, las creencias, las ideas, las normas, los hábitos y las destrezas elementales que van configurando su acervo cognitivo y experiencial; y en él se dan también los estímulos, tanto cognoscitivos como afectivos, los modelos

de referencia y las pautas de vida (Froufe, 1995; López, 1998).

Por su parte, Narbona (1999) afirma que el soporte psicosocial ofrecido por la familia contribuye en el apoyo emocional que construye a los adultos, jóvenes y nuevas generaciones de hijos con aspiraciones y deseos de mejorar sus condiciones de vida, lo que repercute cada vez más en el logro efectivo de una óptima CV para ellos y sus descendientes. Finalmente, Rocamora (1995) asegura que hoy, y todavía más en el futuro, la familia ha trascendido la mera definición de unidad de amor y convivencia, y se ha convertido en una unidad de producción, lo cual representa un gran desafío para sí misma.

Es precisamente en el contexto de dicho desafío, donde se desarrolla el presente artículo, asumiendo en específico la preocupación por generar estudios vinculados a evaluar la CV infantil, y la manera en la que la familia contribuye a ello. Para esto, se ha utilizado la escala *Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Imagé* (Manificand & Dazord, 1997, citados por García, González, Sáiz, Pérez, Llorca & Bobes, 2000), que forma parte de los llamados instrumentos genéricos y considera aspectos de la vida familiar y social, como también actividades (escuela y ocio) y asuntos de la salud, a partir de figuras que representan estados emocionales (Pane *et al.*, 2006).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 665 niños. De estos, el 51,1% son niños y el 48,9%, niñas, por lo que se considera que la muestra es equivalente entre ambos sexos ($\chi^2 = .338$, $gl=1$, $p=.561$). Las edades de los sujetos

fueron de 10 y 11 años de edad: El 45,3% tiene 10 años y el 48,9%, 11 años. El procedimiento de selección de los sujetos fue el de la oportunidad, dado que la Secretaría de Educación del Estado de Coahuila (SEDU) asignó para el caso siete instituciones de educación primaria pública de la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Instrumento

Para la recolección de datos en niños se utilizó el Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para Niños con Imágenes (*Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Imagé*, AUQUEI), desarrollado por Manificand y Dazord (1997, según lo citan García, González, Sáiz, Pérez, Llorca & Bobes, 2000). Originalmente, el cuestionario consta de 26 ítems y considera cuatro factores. La forma de respuesta es una variación de la escala Likert, con cuatro opciones de respuesta que corresponden a la forma de sentir del niño con respecto a las situaciones que le son presentadas. A cada opción de respuesta le corresponde una imagen de un niño que expresa una emoción que va desde la tristeza hasta la alegría. La consistencia interna del instrumento se exploró a través del método de Alfa de Cronbach, del cual resultó el coeficiente total de la escala, que fue de .785.

Procedimiento

La recolección de datos se hizo por el autorreporte no remunerado, en grupos ya conformados de las instituciones asignadas por la SEDU. El procedimiento de análisis de resultados se realizó con estadística descriptiva de la muestra y análisis de regresión lineal múltiple. Así, mediante el método de Pasos Sucesivos (Stepwise), se generaron modelos por género y modelos generales.

RESULTADOS

El mejor ajuste del modelo de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos se dio en dos predictores,

los puntajes de tolerancia son superiores a .10 y el Factor de Incremento de la Varianza (FIV) es menor a 10. Por demás, el nivel de explicación del modelo fue de 77,9% y 22,1% de residuos, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.

Modelo de regresión lineal múltiple de la calidad de vida mediante pasos sucesivos para la muestra conjunta

Predictores	CNE		CT	t	p	EC	
	B	ET	Beta			Tol.	FIV
(Constante)	21.366	.803		26.606	.000		
Vida familiar	1.274	.053	.522	23.823	.000	.808	1.238
Rendimiento	1.226	.052	.518	23.635	.000	.808	1.238

Nota: R=.883, R²=.779, R² corregida=.779, Error Típico=2.558. Correlaciones parciales: Vida Familiar =.707, Rendimiento=.704. Correlaciones semiparciales: Vida Familiar=.470, Rendimiento=.466. CNE= Coeficientes No Estandarizados, CT= Coeficientes Tipificados, ET= Error Típico, EC= Estadísticos de Colinealidad, Tol.= Tolerancia, FIV= Factor de Incremento de la Varianza

Vida familiar ($\beta=1.274$, ICI= 1.169, ICS= 1.380) y Rendimiento ($\beta=1.226$, ICI= 1.124, ICS= 1.328). Esto muestra que la CV en los niños se predice por el puntaje total obtenido en el factor de Vida familiar, que mide el nivel de satisfacción del niño respecto a la convivencia con sus padres y hermanos. Asimismo, el nivel de rendimiento de los niños en actividades como tareas y deberes en casa es predictor de la CV. El puntaje β sugiere que entre los dos predictores destacados hasta ahora la vida familiar es el más fuerte, lo cual se confirma con los puntajes tipificados (Vida familiar $\beta=.522$, Rendimiento $\beta=.518$). En el modelo, no hay evidencia de colinealidad, ya que

Con el propósito de establecer y justificar modelos de regresión con la muestra segmentada por el sexo de los infantes (Fadda & Jirón, 2001; Córdova, Gómez & Verdugo, 2008; Gonçalves, González, Araújo, Anselmi & Menezes, 2010; González, 2012), se procesó un análisis comparativo mediante la prueba t para muestras independientes. Dicho análisis sugirió que hay diferencias significativas entre niños y niñas en los factores de Separación y Rendimiento. De igual manera, la *media* refleja que el factor Rendimiento fue mayor entre las niñas, con un nivel de confianza del 99%. Finalmente, en el factor de Separación la *media* es mayor en los niños, con un nivel de confianza del 99%. Estos resultados se evidencian en la Tabla 2.

Tabla 2.

Contraste por género de los factores y puntajes totales de la calidad de vida

Variables	Media		Desviación estándar		t	gl	p
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			
Vida familiar	12.805	13.017	2.134	2.326	-1.253	689	0,210
Ocio	21.868	22.05	1.999	1.858	-1.250	655	0,211
Separación	6.694	6.333	1.936	1.856	2.484	681	0,013*
Rendimiento	14.954	15.780	2.472	2.284	-4.546	686	0,000*
Puntaje total	56.352	57.204	5.366	5.698	-1.917	618	0,055

Nota: Se aceptó hipótesis nula de homocedasticidad (Vida Familiar F=.636, p=.425, Ocio F= .611, p=.434, Separación F=.612, p=.433, Rendimiento F=.419, p=.517, Puntaje total F=.383, p=.535)*. Se rechazó hipótesis nula de igualdad de las medias. gl= grados de libertad, p= nivel de probabilidad

Al segmentar la muestra por género, se ajustó un modelo para los niños. En este caso, el mejor ajuste del modelo de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos se presentó con tres predictores, Rendimiento ($\beta=1.151$, ICI= 1.037, ICS= 1.324), Vida Familiar ($\beta=1.204$, ICI= 1.124, ICS= 1.328) y Separación ($\beta=1.065$, ICI= .955, ICS= 1.174). El nivel de explicación del modelo es del 88,9% con valor residual del 11,1%. Esto muestra que la CV en los niños se predice por tres factores, Rendimiento, Vida familiar y Separación. Este último, se refiere a los sentimientos del niño cuando está lejos de su familia.

sultados, se encontró que el mejor ajuste del modelo de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para la muestra de niñas fue con dos predictores, Rendimiento ($\beta=1.339$, ICI= 1.190, ICS= 1.488) y Vida familiar ($\beta=1.255$, ICI= 1.117, ICS= 1.393). La CV en niñas se predice por el nivel de satisfacción de la convivencia con la familia del niño y su desempeño en actividades en la casa, como limpieza y tareas, así como con el desempeño de actividades en la escuela. A partir del puntaje tipificado de estos dos predictores, se observó que la vida familiar tiene mayor peso en el modelo (Tabla 4).

Tabla 3.

Modelo de regresión múltiple de la calidad de vida ajustado para la muestra de niños

Predictores	CNE		CT	t	Sig.	EC	
	B	ET	Beta			Tol.	FIV
(Constante)	16.633	.834		19.944	.000		
Rendimiento	1.151	.048	.510	23.760	.000	.836	1.196
Vida familiar	1.204	.054	.481	22.345	.000	.833	1.201
Separación	1.065	.056	.376	19.081	.000	.991	1.009

Nota: R=.943, R²=.890, R² corregida=.889, Error Típico= 1.772. Correlaciones parciales: Vida Familiar=.721, Rendimiento=.729, Separación=.748 Correlaciones semiparciales: Vida Familiar=.439, Rendimiento=.467, Separación=.375. CNE= Coeficientes No Estandarizados, CT= Coeficientes Tipificados, ET= Error Típico, EC= Estadísticos de Colinealidad, Tol.= Tolerancia, FIV= Factor de Incremento de la Varianza

Tabla 4.

Modelo de regresión múltiple de la calidad de vida ajustado para la muestra de niñas

Predictores	CNE		CT	t	Sig.	EC	
	B	ET	Beta			Tol.	FIV
(Constante)	19.559	1.125		17.384	.000		
Vida familiar	1.255	.070	.528	17.901	.000	.779	1.284
Rendimiento	1.339	.076	.523	17.712	.000	.779	1.284

Nota: R=.901, R²=.812, R² corregida=.810, Error típico=2.413. Correlaciones parciales: Vida Familiar=.732, Rendimiento=.728. Correlaciones semiparciales: Vida Familiar=.466, Rendimiento=.461. CNE= Coeficientes No Estandarizados, CT= Coeficientes Tipificados, ET= Error Típico, EC= Estadísticos de Colinealidad, Tol.= Tolerancia, FIV= Factor de Incremento de la Varianza

Los valores betatipificados demuestran que Rendimiento es el predictor más fuerte, seguido de Vida familiar y Separación, según el peso en la ecuación de regresión (Tabla 3).

Continuando con la exposición de nuestros re-

DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura, la CV relacionada con la salud ha sido estudiada ampliamente en adultos enfermos y sanos, pero no así en los niños y adolescentes. En este sentido, se reconoce el incremento de dichos

estudios, sin embargo aún se requiere abordar más dimensiones vinculadas a los aspectos físicos, psicológicos y sociales del infante (Pane *et al.*, 2006). Se hace necesario, entonces, el desarrollo de estudios a gran escala y con muestras representativas de la población infantil desde una perspectiva multiétnica y de estratificación social, especialmente en México, país donde se menciona con frecuencia la frase “calidad de vida” en referencia a una necesidad evidente en los procesos de mejoramiento continuo en las diferentes esferas sociales, las políticas de salud pública, la educación y demás. Pero no se cuenta con investigaciones sólidas y concluyentes sobre el tema.

En tal sentido, los presentes resultados respaldan las posturas de Narbona (1999), quien reflexiona sobre la importancia de la CV en la familia. Estos resultados denotan el apoyo emocional que reciben los niños en sus contextos familiares, representándose en ellos el factor de vida familiar como un componente crucial del niño para la convivencia con sus padres y hermanos. Asimismo, el nivel de rendimiento de los niños en actividades como tareas y deberes en casa es predictor de la CV.

Los distintos modelos de regresión indican de manera contundente que la calidad de vida en niños comprende tres predictores: Vida familiar, Rendimiento y Separación. Mientras que el modelo de las niñas se compone solo de dos predictores, Rendimiento y Vida familiar. Estos datos hacen eco a lo expuesto por Inga y Vara (2006), quienes sostienen que la CV no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica, sea la salud, lo ambiental, lo social o lo espiritual, debido a que representa un constructo multifacé-

tico, y a que la vida de cada individuo está formada por una complejidad de experiencia y oportunidades.

Finalmente, se reconoce la necesidad de continuar generando estudios e instrumentos que permitan evaluar la CV infantil, centrándose de manera fundamental en visiones de corte biopsicosocial, las cuales representan un punto de convergencia en todas las definiciones que se han propuesto a lo largo del tiempo (Pane *et al.*, 2006; Padilla, 2005; Vinaccia, 2005).

REFERENCIAS

- Acevedo, J., Trujillo, M. & López, M. (2012). *Envejeciendo dignamente. Una mirada hacia las condiciones de vida del adulto mayor*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Arnold, S. (1991). Measurements of quality of life in the frail elderly. En: Birren, J. & Deustchman, D. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. New York, USA: Academic Press.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia, USA: University Press.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplege, A., Sullivan, M., Wood-Dauphine, S., *et al.* (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. International quality of life assessment. *Journal Clinical Epidemiology*, 51, 913-923.

- Cardona, D., Estrada, A. & Byron, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud en la población adulta mayor en Medellín, *Biomédica*, 26, 206-215.
- Colom, A. J. (1994). La familia como agencia educativa. En: Castillejo, J.L. et. al. *Teoría de la educación*, (227-252). Madrid, España: Taurus.
- Colom, R. (1998). *Psicología de las diferencias individuales: Teoría y práctica*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Córdova, L.A., Gómez, J.B. & Verdugo, M.A.A. (2008). Calidad de vida en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383.
- De Pablos, J.C., Gómez, Y. & Pascual, N. (1999). El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 86, 55-78.
- Eiser, C. & Morse, R. (2001). Quality of life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5, 30-32.
- Fadda, G. & Jirón, P. (2001). Calidad de vida y género en sectores populares urbanos. Un estudio de caso en Santiago de Chile: síntesis final y conclusiones. *Boletín del Instituto de Vivienda*, 16(42), 105-138.
- Flaquer, L. (1995). Las funciones sociales de la familia. *Documentación Social*, (98), 39-48.
- Froufe Quintás, S. (1995). El protagonismo de la familia ante la transmisión de los valores sociales. *Documentación Social*, (98), 61-72.
- Goldwurm, G.F., Baruffi, M. & Colombo, F. (2004). *Qualità della vita e benessere psicologico*. Milano, Italia: McGraw-Hill.
- Gonçalves, H., González, D.A., Araújo, C.L., Anselmi, L. & Menezes, A.M.B. (2010). La repercusión de las condiciones sociodemográficas sobre la calidad de vida de los adolescentes en una cohorte de nacimiento en el Brasil: un estudio longitudinal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(2), 71-79.
- González, J. (2012). *La calidad de vida y la desesperanza: líneas de investigación en la infancia y la juventud*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Inga, J. & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5, 475-485.
- Janssen, M. (2004). The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 38, 275-288.
- Labra, J. A., Albuerno, F. & Juanco, A. (1999, noviembre). Indicadores subjetivos de calidad de vida en ancianos de un contexto rural. *Actas del V Congreso Estatal de Intervención Social. Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo*. Madrid, España. 824-832.

- López, E. (1998). La familia, nuevo contexto educativo entre el conflicto y la esperanza. *Revista Complutense de Educación*, 9(2), 79-100.
- Martínez, M.J. (1995). Hacia una actuación socioeducativa con las familias. *Documentación Social*, (98), 181-198.
- Narbona, J. (1999). La familia de hoy camino del siglo XXI. *Surgam*, (461), 61-69.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2) 74-105.
- Padilla, G.V. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Pane, S., Solans, M., Gaite, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D. & Rajmil, L. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización*. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica.
- Pearlman, R. & Uhlmann, R. (1991). Quality of life in elderly, chronically ill outpatients. *Journals of Gerontology*, 46, 31-38.
- Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Quiceno, J.M. & Vinaccia, A.S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44.
- Quiceno, J.M. (2007). *Calidad de vida infantil* (Manuscrito no publicado). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. & Alonso, J. (2001). 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. *Gaceta Sanitaria*, 15, 34-43.
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Link between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27(2), 33-55.
- Rocamora Bonilla, A. (1995). La patología familiar como patología del vínculo. *Documentación Social*, (98), 73-82.
- Romera Iruela, M.J. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Psychosocial Intervention*, 12(1) 47-63.
- Romera Iruela, M.J. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 47-63.
- Schallock, R.L. & Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Serra-Sutton, V. (2006). *Desarrollo de la versión española del Child Health and Illness Profile para medir el estado de salud percibido en la adolescencia*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4621/vss1de2.pdf?sequence=1>
- Soto, M. & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 505-514.
- Verdugo, M.A. & Sabeh, E.N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.
- Victoria, C., González, M., Fernández, J. & Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. *Revista de Psicología Iztacala*, 8(3), 1-16.
- Vinaccia, S. (2005). Presentación de número monográfico. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 1-2.