

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y FACTORES PSICOLÓGICOS EN POBLACIONES NO CLÍNICAS DE DOS MUNICIPIOS COLOMBIANOS

*Ariel César Núñez Rojas**
*Sergio Tobón Tobón***
*Diana Arias Henao****
*Jonny E. Serna Núñez*****
*Mayra Alexandra Rodríguez Hoyos******
*Ángela Andrea Muñoz Pérez******

Recibido en septiembre 1 de 2010, aceptado en noviembre 2 de 2010

Resumen

Objetivos: determinar los niveles de calidad de vida relacionados con la salud y los factores psicológicos asociados: optimismo, afecto, estrés y sucesos vitales. **Materiales y Métodos:** se trabajó con población adulta entre 18 y 59 años no diagnosticada, de los municipios de Dosquebradas (Risaralda) y Villamaría (Caldas), de los cuales se extrajo una muestra representativa con un 95% de confianza y un 5% de error. La recolección de datos se hizo con base en 403 hogares, de los cuales hicieron parte 1.115 personas. El análisis se realizó con base en los siguientes instrumentos: *Datos socio-demográficos y Conductas relacionadas con la salud, Sucesos Vitales Estresantes, Cuestionario PANAS de Afecto Positivo y Negativo, Cuestionario SF-12, Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Optimismo Disposicional (DIOP)*. **Resultados:** los niveles de calidad de vida relacionados con la salud frente a los aspectos de optimismo disposicional, conductas relacionadas con la salud, sucesos vitales estresantes, afecto positivo y negativo, y el nivel de insatisfacción de las personas y expectativas positivas frente a su mejoría en la calidad de vida y bienestar, no tienen una tendencia positiva. Ello contrasta con la misma tendencia de investigaciones realizadas con poblaciones diagnosticadas. **Conclusiones:** la salud y la calidad de vida no se relacionan con una tendencia positiva en la población estudiada. Se muestra en los datos altos niveles de insatisfacción de las necesidades y bajas expectativas de mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud hacia el futuro. Los factores psicológicos mantienen esta misma tendencia.

Palabras clave

Calidad de vida, salud, factores psicológicos.

* Psicólogo, Magíster. Doctorando en Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia. Correo electrónico: arielnunez@umanizales.edu.co

** Psicólogo, Doctor en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España. Investigador y consultor internacional en el campo educativo. Correo electrónico: stobon@yahoo.es

*** Psicóloga, Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia. Correo electrónico: dianarias1@hotmail.com

**** Joven investigador, Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia. Correo electrónico: naco1990@hotmail.com

***** Psicóloga, Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia. Correo electrónico: mayita1686@gmail.com

***** Joven investigadora, Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Manizales, Colombia. Correo electrónico: anpsi@hotmail.es

QUALITY OF LIFE, HEALTH AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN NONCLINICAL POPULATIONS OF TWO COLOMBIAN MUNICIPALITIES

Abstract

Objectives: to determine the levels of quality of life related to health and the associated psychological factors: optimism, affection, stress and life events. **Materials and methods:** we worked with undiagnosed adults 18 to 59 years old from Dosquebradas (Risaralda) and Villamaría (Caldas), from whom a representative sample was extracted with 95% reliability and 5% error. Data collection was based on 403 homes from which 1,115 people made part. The analysis was based on the following instruments: *Social-demographic and Health Related Behaviors, Stressful Life Events, Positive and Negative Affection -PANAS- Questionnaire, SF-12 Questionnaire, Life Quality Related with Health and Dispositional Optimism (DIOP)*. **Results:** the levels of quality of life related to health against the aspects of dispositional optimism, health-related behaviors, stressful life events, positive and negative affection, and the level of dissatisfaction of people and positive expectations in front of their improvement in quality of life and welfare, don't have a positive tendency. This contrasts the same tendency from previous research carried out with diagnosed populations. **Conclusions:** health and quality of life were not associated with a positive tendency in the population studied. The data shows high levels of dissatisfaction of the needs and low expectations of improvement in quality of life related to health, into the future. Psychological factors keep the same tendency.

Key words

Quality of life, health, psychological factors.

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E FATORES PSICOLÓGICOS EM POVOAÇÃO NÃO CLÍNICA DE DOIS MUNICÍPIOS COLOMBIANOS

Resumo

Objetivos: determinar os níveis de qualidade de vida relacionados com a saúde e os fatores psicológicos associados: otimismo, afeto, estresse e acontecimentos vitais. **Materiais e Métodos:** Se trabalhou com população adulta entre 18 e 59 anos de idade não diagnosticada, dos municípios de Dosquebradas (Risaralda) e Villamaría (Caldas), dos quais se extraiu uma mostra representativa com um 95% de confiança e um 5% de erro. A compilação de dados se fez com base em 403 lares, dos quais fizeram parte 1.115 pessoas. O análise se fez com base nos seguintes instrumentos: *Dados sociodemográficas e Condutas relacionadas com a saúde, Acontecimentos Vitais Estressantes, Questionário PANAS de afeto Positivo e Negativo, Questionário (DIOP)*.

Resultados: Os níveis de qualidade de vida relacionados com a saúde frente aos aspectos de otimismo disposição, condutas relacionadas com a saúde, acontecimentos vitais estressantes, afeto positivo e negativo, e o nível de insatisfação das pessoas e expectativas positivas frente a sua melhora na qualidade de vida e bienestar, não têm uma tendência positiva. Isto contrasta com a mesma tendência de pesquisa realizada com povoações diagnosticadas. **Conclusões:** a saúde e a qualidade de vida não realizaram se com uma tendência positiva na povoação estudada. Amostra se nos dados altos níveis de insatisfação das necessidades e baixas expectativas de melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde para o futuro. Os fatores psicológicos mentem esta mesma tendência.

Palavras chave

Qualidade de vida, saúde, fatores psicológicos.

INTRODUCCIÓN

Pensar en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socio-afectivas (1). En tal sentido, no supone un criterio individual y particular puramente, sino que refiere la relación entre una realidad particular y unos propósitos compartidos colectivamente desde una experiencia vital en la acción social cotidiana. Es así como la CVRS proporciona más valor a los tipos de experiencia de las personas respecto de sus formas y condiciones de vida por ellas percibidas, que a las materiales y objetivas determinadas desde fuera por expertos, y que usualmente se establecen como indicadores (2).

Al respecto, la CVRS especifica que en la actualidad la calidad de vida se define más ampliamente incluyendo las descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva) (3), lo que es correspondiente con referir la calidad de vida como las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente al entorno y su dinámica coexistente (2).

Esta es la razón por la cual internacionalmente el bienestar humano o bienestar social nunca ha sido satisfactorio, por cuanto si bien algunos indicadores de orden material son relativamente satisfechos, aquellos de orden cultural, social y psicológico pasan apenas como nominaciones puramente políticas no realizadas en la acción real (4). Frente a esta óptica, se cuestiona la forma como se mide la calidad de vida, por cuanto, además de la satisfacción material y física relacionada con la sobrevivencia, se trata de pensar en las oportunidades sociales de educación y salud, en

las libertades políticas y respeto de los derechos humanos, y en la opción real de decidir de los gobernantes (5).

De hecho, la inadecuada resolución de las oportunidades sociales tiene una amplia relación con la pobreza y de ésta con la salud física y mental. La reducción selectiva de la atención médica, el acceso restringido a la tecnología y las condiciones de trabajo, nutrición y vivienda son parte de las expectativas negativas de vida, y por tanto de la brecha existente entre la salud integral y la realización ciudadana. Al respecto se afirma que “ninguna sociedad puede ser floreciente y feliz, cuando la mayoría de sus miembros son pobres y miserables” (6). Esto tiene consonancia con lo planteado respecto a las barreras en la accesibilidad a los sistemas de salud, lo que compromete sin lugar a dudas una mejor calidad de vida. Ellas son: la accesibilidad geográfica, económica, cultural y administrativa (7).

Naturalmente, la salud bajo los criterios anteriores es un proceso fundamental para comprender el significado de la calidad de vida. De hecho, en los objetivos del milenio la salud se relaciona tan directamente con la pobreza, el hambre y la sostenibilidad ambiental, que ello explica por qué son correspondientes la salud y el medio ambiente, que representan prácticamente la mitad del total de objetivos que propone el sistema de Naciones Unidas, con el objetivo de afrontar de forma más exitosa la calidad de vida poblacional y su relación con la salud (8). En este sentido, se establece que el problema de la equidad es básicamente el asunto que hay que resolver, por cuanto el acceso, la calidad y la disponibilidad de servicios están frecuentemente asociados con las líneas de pobreza significativas, donde tanto las condiciones objetivas como subjetivas de la calidad de vida están ampliamente comprometidas (9). La calidad de vida relacionada con la salud reconoce esencialmente que la implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual

depende de los propios valores y creencias, así como de su contexto cultural e historia personal (10).

De acuerdo con lo anterior, se proponen algunos criterios fundamentales relacionados con su medición y contraste, así: 1. *Subjetivos*: relacionados con la percepción de la persona involucrada, 2. *Multidimensionales*: relevancia de diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc., 3. *Incluir sentimientos positivos y negativos*, 4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: observada en la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa. Todo esto marca diferencias de aspectos valorados (10).

Respecto a la calidad de vida y salud, la mayor parte de estudios se dirigen a tipos poblacionales que poseen un diagnóstico clínico específico. Sin embargo, de acuerdo con lo planteado atrás, se reconoce que la CVRS transita por las esferas simbólicas y materiales en las cuales gira la vida humana. Así, de acuerdo con lo expuesto, las siguientes son las definiciones fundamentales de las variables:

Calidad de vida: se refiere a la relación que existe entre los componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar cuyos indicadores son la satisfacción, expectativas positivas y la felicidad). Los conceptos de calidad de vida no son puntualmente los mismos pero sí relacionados (11, 10, 12, 13, 14, 3).

Salud: se entiende como un proceso multifactorial que integra los aspectos bio-psico-socio-culturales, relacionados con el bienestar y la potenciación de niveles de satisfacción. No es sólo ausencia de una enfermedad, ya que asocia factores biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud, entre otros (15, 16, 17).

Factores psicológicos: se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud (16, 18). Estos criterios se relacionarán con optimismo, afecto, estrés, sucesos vitales y comportamientos de riesgo (19).

Poblaciones no clínicas: hacen referencia a un grupo de personas que al momento de obtener información no presentan algún tipo de enfermedad física y mental de orden crónico o agudo diagnosticado.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo cuya finalidad fue establecer los niveles de calidad de vida y sus relaciones con la salud y los factores psicológicos en una población no clínica. Se centró el análisis en factores tales como la calidad de vida relacionada con salud, optimismo, afecto, estrés y estrategias de afrontamiento, además de aspectos contextuales.

Población y muestra

La base poblacional para el muestreo fue el total de hogares de ambos municipios en la zona urbana (42.301 en Dosquebradas y 9.477 en Villamaría), de los cuales se extrajo una muestra representativa con un 95% de confianza y un 5% de error, asumiendo un comportamiento normal. La muestra total fue de 384 hogares por municipio, pero dadas las posibles pérdidas de muestra se tomaron en total 403 hogares. La muestra de los dos municipios no tuvo una intención de compararlos en estudio, sino única y estrictamente como criterio de muestreo. Los instrumentos se aplicaron luego de una selección aleatoria en cada colegio, aplicando inicialmente la proporción sobre colegios públicos y privados en cada municipio; posteriormente, a cada grupo de estudiantes se le

aplicó otra proporción, para saber por cada grupo cuántos hogares de estudiantes se seleccionarían. Por medio de una tabla de números aleatorios, se seleccionaron finalmente los estudiantes para la aplicación de instrumentos en su hogar. Los criterios de inclusión fueron: personas sanas entre 18 y 59 años, de cualquier género y estrato, residentes en el área urbana de los municipios de estudio, que no reportaran patología aguda o crónica.

Procedimiento

Una vez seleccionados los hogares se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos 1 a 5 en los hogares, previo consentimiento informado con los quienes cumplieron los criterios de inclusión en la muestra.

Instrumentos

1. Datos socio-demográficos y conductas relacionadas con la salud. 2. Sucesos vitales estresantes. 3. Cuestionario PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule). 4. Cuestionario SF-12 Calidad de vida relacionada con la salud. 5. Optimismo disposicional (DIOP).

RESULTADOS

Los datos de los instrumentos utilizados se agruparon en categorías que obedecen a la estructura por grupo de ítems de cada uno de ellos. Ello refiere una filtración de los altos volúmenes de información que en total produjo el proceso de recolección.

Datos socio-demográficos y conductas relacionadas con la salud

Se puede ver que los resultados se expresan integrando las categorías que hacen parte del instrumento, retomando solamente los criterios evaluados, los indicadores y la tendencia, tal como se expresa en la Tabla 1.

Tal y como se observa, la tendencia por sexo es mayor en las mujeres con un 54%. Se resalta el bajo nivel de prácticas deportivas con sólo un 32% del total de la muestra, lo mismo que con el uso de medicamentos frecuentes por algún tipo de malestar, el cual se presenta en un nivel superior al 67%, lo cual implica una tendencia hacia la auto-receta en la población.

El consumo de alcohol se encuentra en el 76%, y de cigarrillo en un nivel superior al 63%, considerado como significativo en los hombres. Al respecto es importante observar que el consumo de psicoactivos está en el 27%, lo cual implica una significativa tendencia en la población, aunque es preciso especificar que las poblaciones más comprometidas son los jóvenes.

Es importante anotar que la calidad de vida se ve afectada por la presencia de enfermedades graves e incapacidad médica más de cinco veces al año, pues estos presentan indicadores significativos del 21% y el 32%, respectivamente; obviamente, considerando el tamaño de la muestra, lo que les da a las visitas al médico y a la misma incapacidad una tendencia alta, al momento de contrastar los datos con la valoración general de la salud, con una tendencia negativa del 56% en el total de la población, tal y como se muestra en los datos de la Tabla 1.

Tabla 1. Datos socio-demográficos y conductas relacionadas con la salud (n: 1115).

No	Criterios	Indicador		Indicador		Tendencia
1	Sexo	Mujeres	54%	Hombres	46%	Promedio
2	Miembros por familia	1 y 3 hijos	84%	Más de 4 hijos	16%	Alta
3	Prácticas de deportivas	No	68%	Sí	32%	Baja
4	Uso medicamentos frecuentes por algún motivo de malestar	No	66%	Sí	34%	Alta
5	Fumadores	No	37%	Sí	63%	Alta
6	Consumo de alcohol	No	24%	Sí	76%	Alta
7	Consumo de algún psicoactivo	No	73%	Sí	27%	Alta
8	Enfermedades graves	No	79%	Sí	21%	Alta
9	No visitas al médico último año por enfermedad por consulta externa	Entre 1 y 5	39%	Más de 5	61%	Alta
10	Incapacidades por enfermedad	Entre 1 y 5	62%	Más de 5	32%	Alta
11	Valoración general de la salud	Buena	44%	Mala	56%	Baja
12	Niveles de empleo	No	38%	Sí	62%	Baja
13	Nivel de ingreso	Menos de un salario	43%	Más de 1 salario	57%	Baja
14	Percepción global de la calidad de vida	Satisfactoria	33%	Insatisfactoria	67%	Baja
15	Inversión en recreación familiar anual	Entre 1 y 2 veces al año:	83%	Más de 3 veces al año	17%	Baja
16	Estrato	1 y 3	74%	4 y 5	26%	Baja
17	Nivel de percepción de satisfacción de necesidades	No	76%	Sí	24%	Baja
18	Expectativas positivas de mejoría de la calidad de vida	No	58%	Sí	42%	Baja
19	Percepción de adecuación alimentaria	No	64%	Sí	36%	Baja
20	Adecuación de sueño tranquilo y óptimo	No	60%	Sí	40%	Baja

En este mismo sentido, con la consideración de la salud percibida negativamente en un alto porcentaje, se puede correlacionar la percepción global de la calidad de vida como insatisfactoria en un nivel del 67%, aspecto que es muy dicente, si además se tiene en cuenta el nivel de expectativa positiva de mejoría de la calidad de vida, que para este caso tan sólo llega al 42%. Ello al mismo tiempo se relaciona con la percepción de satisfacción de necesidades, la cual llega únicamente al 24%, implicando que más de la tercera parte de la población percibe necesidades insatisfechas.

El sueño y la alimentación están por encima del 60% en percepción de adecuación, lo que permite pensar que estos aspectos básicos pueden estar directamente relacionados con los indicadores de enfermedad y de consulta médica. Se tiene presente que en nuestro medio la enfermedad está relacionada con la visita médica, y concretamente con la aparición del dolor físico, y en tal sentido, es importante decir que, dado los indicadores de optimismo, afecto negativo y positivo, y los sucesos vitales estresantes, tal y como lo sugiere la Psicología de la salud, ella expresa una afectación en la calidad de vida percibida (ver gráficos 2 a 4 y Tablas 1 y 2).

Gráfico 1. Calidad de vida y predictores evaluados.



Los niveles de empleo e ingreso económico son bajos, pues el 38% de la muestra de mujeres no posee un empleo ni ingreso económico, lo que se relaciona directamente con la expectativa negativa de mejorar la calidad de vida a futuro, en un nivel superior al 67% en tendencia negativa, y con el bajo nivel de satisfacción de necesidades básicas

que es significativamente alto, pues supera el 76% en la misma tendencia.

Este aspecto se conserva, en su mayor parte, en la tendencia de los datos y en sus correspondientes relaciones entre salud, calidad de vida y los factores psicológicos asociados, que son de naturaleza contextual e individual.

Sucesos Vitales Estresantes

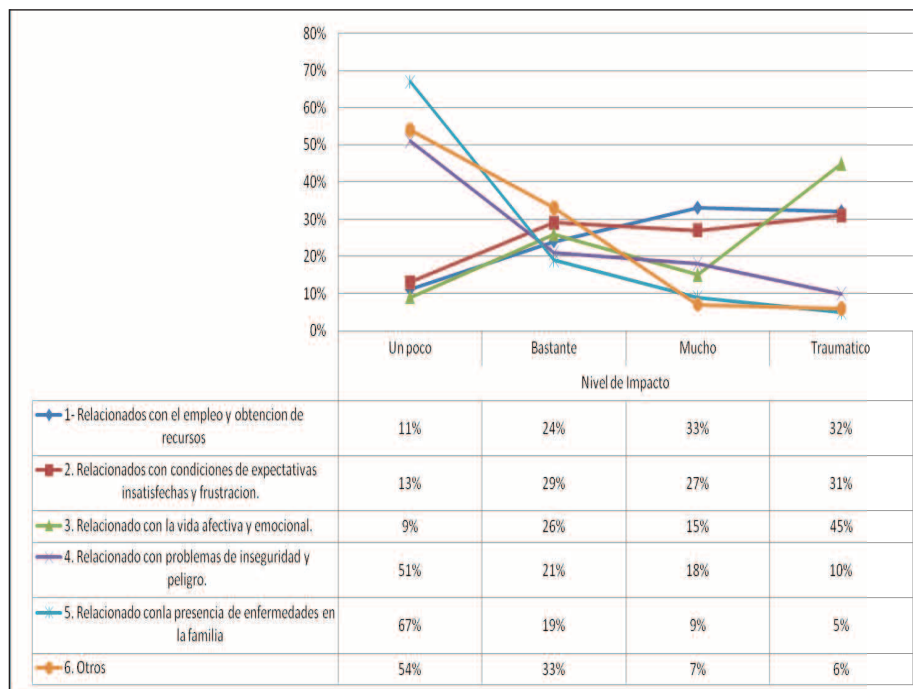
Los resultados consideran el total de la muestra en la ubicación de mayor a menor impacto de los sucesos que se consideran vitales para las personas (Gráfico 2). Los sucesos relacionados con el empleo y la obtención de recursos se encuentran en un nivel del 65% en los aspectos de mucho y traumático, lo cual se relaciona con las condiciones de expectativas insatisfechas y frustración con un nivel significativamente alto, pues la muestra específica respecto de sucesos vitales estresantes un nivel de mucho en un 27%, y un nivel de traumático en un 31%.

Si se combinan ambos, la tendencia sería equivalente a los sucesos relacionados con el empleo y la obtención de recursos. Ello tiene relación con el Gráfico 4, respecto a los niveles de optimismo disposicional, relacionados con la calidad de vida poblacional. En la Tabla 1 se especifica dicha relación, lo cual permite observar

elementos específicos que se relacionan con el bajo nivel de expectativas respecto a la mejoría de la calidad de vida, y respecto a la satisfacción de necesidades en el nivel, esperando para las personas lo que preocupantemente es en general una tendencia de los datos en el presente estudio, y que notablemente expresan una calidad de vida disminuida.

Entre tanto, en un nivel traumático se encuentran los sucesos vitales relacionados con la vida afectiva y emocional, y esto muestra que dichos elementos constituyen una variable altamente afectante de la calidad de vida desde un polo negativo, pues se sostiene en un rango de 45% sin combinarse con otro suceso vital, lo cual es importante. Ello se contrasta con los niveles de afectación de la salud mental en la población colombiana, en la cual el nivel de impacto, tanto laboral como de desempeño psicosocial, está profundamente afectado en una cantidad alta de población, aspecto relacionado con los problemas económicos y sociales del país.

Gráfico 2: Sucesos vitales estresantes (n: 1115)



Finalmente, en los sucesos relacionados con problemas de inseguridad y peligro, el nivel de afectación se encuentra en un rango intermedio del 28%, entre el nivel de mucho y traumático, respectivamente; entre tanto, el poco nivel de impacto llega al 51%. Ello no quiere decir que sea menos preocupante, dada la tendencia de las variables en estudio y el tamaño de la muestra, lo cual lo hace significativo. En cuanto a la presencia de enfermedades en la familia, ésta tiene un nivel de impacto bajo, del 67%, de la muestra total, como suceso vital estresante, pero un 14% en el nivel traumático respecto a estos sucesos, lo cual es bastante alto considerando la muestra del estudio.

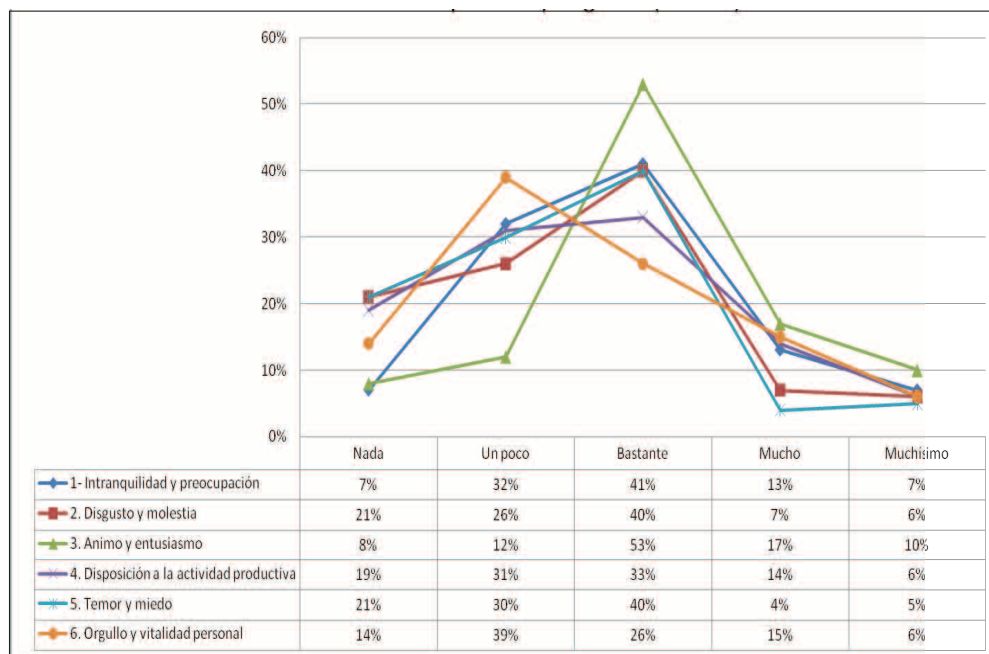
Cuestionario PANAS de Afecto Positivo y Negativo

Para la interpretación de los datos, se debe tener en cuenta que los ítems del instrumento se integran en 4 categorías que reflejan el estado emocional percibido, y 5 niveles de sentimiento habitual (Gráfico 3).

Al respecto se percibe que el estado emocional de intranquilidad y preocupación tiene una representación como sentimiento habitual cercano al 61%, en los niveles de bastante, mucho y muchísimo, lo que es muy significativo si se considera el tamaño de la muestra. Algo más delicado ocurre con el ánimo y entusiasmo en los mismos niveles anteriores en un 82%. Entre tanto, los sentimientos de disgusto y molestia presentan un rango intermedio con un 53%, mientras que el temor y miedo mantienen la tendencia anterior cercana al 50%, lo cual explicita un alto nivel de afectación en la calidad de vida poblacional.

Es muy importante ver cómo se conserva la tendencia de los datos, el orgullo y vitalidad personal en los niveles mucho y muchísimo, que llegan a un 21%, mientras que el ánimo y el entusiasmo como sentimientos habituales comprometidos en un lado negativo tienen una mayor presencia con un 27%. El nivel de afectación de la actividad productiva está cercano al 20%, lo cual evidencia un sentimiento de sentirse útil, no frecuente en la media poblacional del presente estudio.

Gráfico 3: Afecto positivo y negativa (n:1115)



Optimismo Disposicional (DIOP)

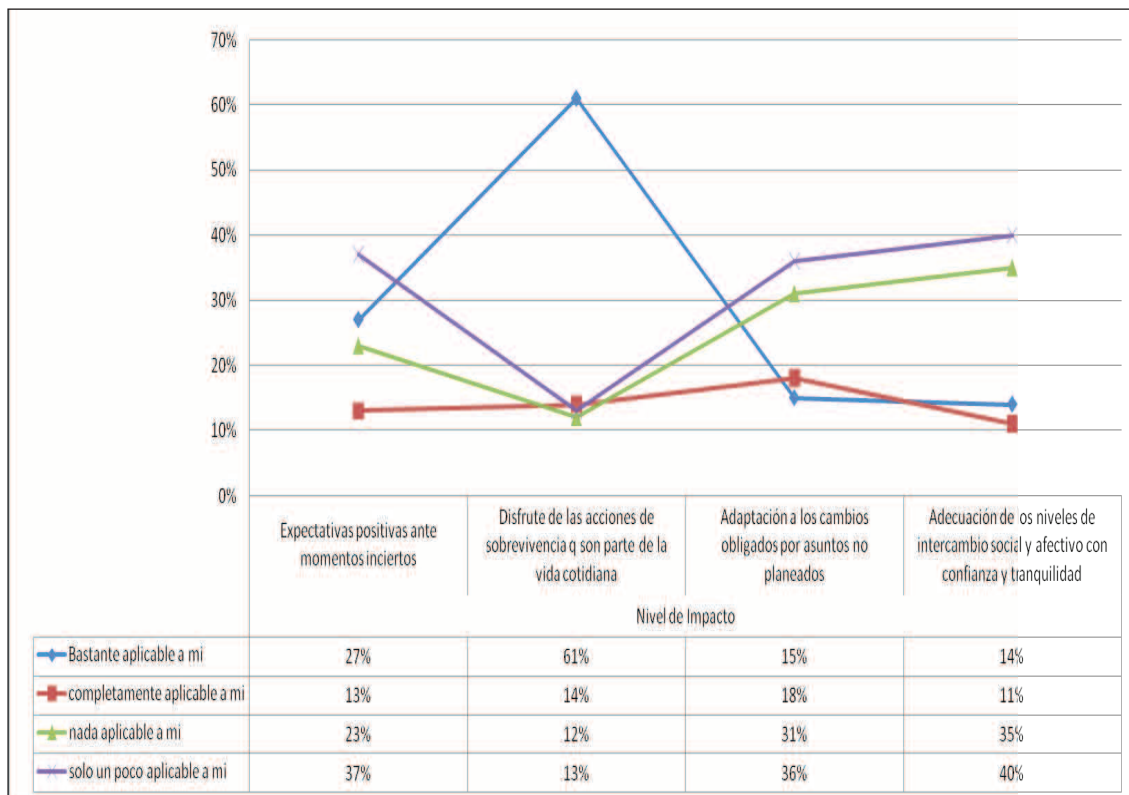
Los resultados a continuación tienen cuatro criterios de autoevaluación con sus niveles disposicionales (Gráfico 4).

Tal y como se muestra, son significativos los bajos niveles de optimismo disposicional presentes en los informantes, pues especialmente en los criterios de adaptación a los cambios obligados por asuntos no planeados no supera el 33%, en los indicadores de bastante y completamente aplicable a cada uno de los participantes; cosa que necesariamente involucra los niveles de adecuación e intercambio social y afectivo con confianza y tranquilidad, presentes en los que no perciben una clara aplicación a su condición propia, que supera el

nivel del 67% retomando al mismo tiempo lo que es sólo un poco aplicable y nada aplicable.

Así mismo, en cuanto a las expectativas positivas ante momentos inciertos, en el criterio de bastante y completamente aplicable a mí, el nivel en suma se acerca a un 40%, lo cual implica un mejor nivel de optimismo a este respecto, pero el 60% restante en lo poco o nada aplicable al sujeto evidencian un bajo nivel de expectativa positiva en los participantes del estudio. Es importante ver la tendencia de los datos hacia las acciones de sobrevivencia en la vida cotidiana, cuando se habla de sobrevivir ante situaciones difíciles, con un nivel de 75%, un factor protector significativo, pues a pesar de lo adverso se disfruta del reto de la vida cotidiana.

Gráfico 4. Optimismo disposicional (n: 1115)



Los criterios de adecuación de los niveles de intercambio social y afectivo con confianza y tranquilidad, se perciben como bastante y completamente aplicables en sólo un 30%, el restante 70% lo percibe como poco o nada aplicable. En lo observado en los datos anteriores, se muestra que la calidad de vida frente a la autoevaluación positiva y los niveles de optimismo disposicional, no visualiza aún una tendencia promisoría en los datos, lo que significa que la disposición positiva en la vida cotidiana frente a una mejor calidad de vida no es evidente en los mismos. Los criterios de adecuación de los niveles de intercambio social y afectivo con confianza y tranquilidad, se perciben como bastante y completamente aplicables en sólo un 30%, el restante 70% lo percibe como

poco o nada aplicable. En lo observado en los datos anteriores, se muestra que la calidad de vida frente a la autoevaluación positiva y los niveles de optimismo disposicional, no visualiza aún una tendencia promisoría en los datos, lo que significa que la disposición positiva en la vida cotidiana frente a una mejor calidad de vida no es evidente en los mismos.

Cuestionario SF-12: Calidad de vida relacionada con la salud

A continuación los resultados se organizan en seis aspectos básicos con distintos niveles de percepción (Tabla 2).

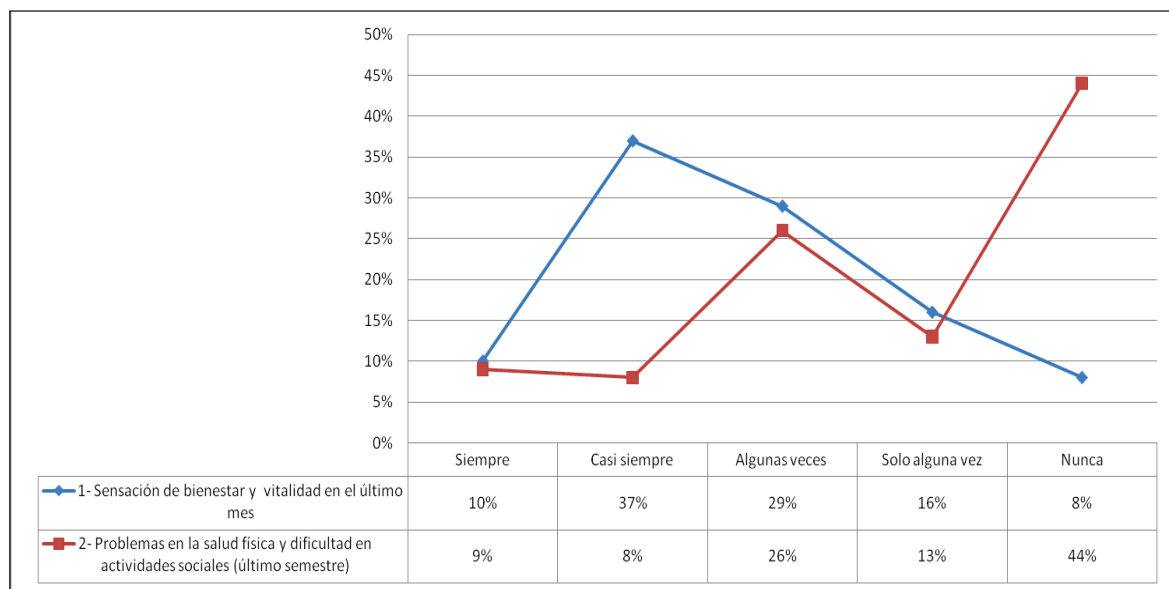
Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud (n: 1115).

No	Aspectos relacionados con la salud	Nivel de percepción				
		Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
1	Percepción global de la salud	21%	25%	29%	16%	9%
2	Limitaciones para realizar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo	Sí me limita mucho 17%	Sí me limita un poco 19%		No me limita nada 64%	
3	Problemas de actividades o trabajo por la salud física (último mes)	Sí han existido 48%		No han existido 52%		
	Problemas de actividades o trabajo por aspectos emocionales (último mes)	Sí han existido 45%		No han existido 55%		
4	Hasta qué punto el dolor ha dificultado el trabajo habitual (último semestre)	Nada 67%	Un poco 8%	Regular 7%	Bastante 10%	Mucho 8%
5	Sensación de bienestar y vitalidad en el último mes	Siempre 10%	Casi siempre 37%	Algunas veces 29%	Sólo alguna vez 16%	Nunca 8%
	Problemas en la salud física y dificultad en actividades sociales (último semestre)	Siempre 9%	Casi siempre 8%	Algunas veces 26%	Sólo alguna vez 13%	Nunca 44%

Respecto a la percepción global de la salud, los resultados muestran una tendencia del 25% en el rango de regular y mala, mientras que se estima una percepción muy buena y excelente de la salud en un 46%. Esto puede tener relación con los problemas de actividad física en el último mes, que están presentes en un rango del 48%; aspectos que implican el dolor físico como predictor de dificultades en el trabajo habitual (último semestre) en los niveles de percepción de bastante y mucho en un 18% (Gráfico 5.5). A su vez, los problemas en la salud física expresan dificultades en actividades sociales (último semestre), en un rango ligeramente inferior al anterior, cercano al 17%, uniendo los criterios de siempre y casi siempre.

La sensación de bienestar y vitalidad en el último mes, en el nivel de percepción intermedio de casi siempre y algunas veces, llega a un nivel superior del 66%, lo cual muestra que en general la percepción global de la salud y de bienestar y vitalidad no tienen niveles positivos de percepción significativamente altos, los que indican que tampoco, tal y como se ve en el optimismo disposicional y el afecto positivo y negativo, existe necesariamente una clara relación con niveles de calidad de vida adecuados en los participantes del estudio, por cuanto el bienestar con categoría subjetiva de vitalidad implica condiciones perceptivas de salud y objetivas de sostenimiento.

Gráfico 5.5 Calidad de vida relacionada con la salud (n: 1115)



Sigue siendo constante en la tendencia de los datos, que la afectación emocional de las personas interfiere en su nivel desempeño laboral, en tanto se percibe como si afectado en un nivel del 45%, lo que sugiere que es muy significativo el

margen poblacional que tiene comprometido su desempeño cotidiano exitoso a causa de problemas emocionales, que tal como se muestra evidencia en la vida cotidiana, obedecen concretamente a las relaciones afectivas y emocionales.

DISCUSIÓN

La salud como proceso implica criterios microindividuales relacionados con la generación de ingresos, educación y desarrollo de habilidades, participación socio-política, salud, bienestar y calidad de vida (20), aspecto que significa un cierto grado de integralidad entre bienestar y desarrollo humano (21).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud tiene un enfoque multidimensional (22), respecto de atributos específicos como globales, que no necesariamente implican afectación de la calidad de vida cuando hay enfermedad o patología física o mental explícita, como ya se ha mostrado teóricamente, lo cual es de igual manera correspondiente con los datos obtenidos.

Al respecto se puede ver cómo problemas de dolor en un 67% y de afectación de las actividades físicas en un 48%, se relacionan con una afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (Gráfico 5.5); pero ello se correlaciona con una regular percepción global de la salud cercana al 25%, lo mismo que la presencia de sentimientos de intranquilidad, preocupación, disgusto y molestia en los niveles de mucho y muchísimo de 33%, como aspectos asociados al afecto negativo, uno de los conceptos de calidad de vida relacionados con satisfacción de necesidades, tranquilidad de espíritu y una sensación de felicidad (7).

Con relación a lo anterior, los datos muestran que la sensación de felicidad y bienestar se presentan al observar los niveles de alguna vez y nunca en un 24% (Gráfico 5.5), lo cual está correlacionado con el nivel de percepción de la no satisfacción de necesidades con un 74%, y con la no presencia de expectativas positivas frente a la mejoría de la calidad de vida en un 58%. Todo esto evidencia un bajo nivel de calidad de vida poblacional percibido (Tabla 1). Es importante anotar respecto de la calidad de vida, que no solo la enfermedad la afecta, tanto en una persona como en una comunidad (2).

En la Tabla 1 se observan los niveles de desempleo en un 38% y el nivel de ingreso por debajo de un salario mínimo en un 43%, asociados a expectativas positivas de mejoría de la calidad de vida presentes en sólo el 42% de la población, y el nivel de satisfacción de necesidades en tan sólo un 24%. En relación a lo anterior, respecto de los sucesos vitales estresantes, en los niveles de mucho y traumático se encuentran elementos de insatisfacción y frustración en un 58%, y de relaciones con el empleo y obtención de recursos en un 65%. Ello se relaciona con la tendencia de bajos niveles de satisfacción de las necesidades que afectan la calidad y la salud en sus componentes objetivos y subjetivos.

La calidad de vida, el bienestar físico, mental y social percibidos por el individuo (felicidad, satisfacción y recompensa) (10) implican todos los componentes de las Tabla 1 y 2 respecto a las condiciones contextuales y de CVRS. Se especifica, así, que la CVRS es la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un determinado momento, lo cual en los datos de optimismo disposicional respecto de adecuación de los niveles de intercambio social y afectivo con confianza y tranquilidad en un 25% en los niveles de bastante y completamente aplicables, se muestra como un factor psicológico que afecta negativamente la calidad de vida. Estos elementos como índices fiables de orden empírico pueden leer perfectamente lo subjetivo y emocional (4).

Por su parte, el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal también se expresa desde el punto de vista fisiológico de la sintomatología general, la discapacidad funcional, el sueño, etc. Frente a esto, los datos son claros: la no adecuación alimentaria y de sueño tranquilo supera el 60%, el número de visitas al médico al año superior el 5%, con fines de atención de enfermedad el 62%, mientras que la incapacidad más de 5 veces al año a causa de enfermedad, y por lo demás, la percepción de una mala salud en un 56% muestra

una tendencia negativa de calidad de vida expresa, retomando los elementos conceptuales que la definen (10).

Respecto a lo emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), relacionado con el optimismo disposicional, se percibe un disfrute de las acciones de sobrevivencia frente a la vida cotidiana en un 61% (Gráfico 4). Esto se ve como una perspectiva resiliente frente a la adversidad. Por su lado, desde el afecto negativo y positivo (Gráfico 3), los sentimientos de intranquilidad, preocupación, molestia y disgusto se encuentran en un nivel cercano al 33%, lo cual se contrasta con la sensación de bienestar y vitalidad en apenas el 24% de la muestra. En este sentido, el concepto de calidad de vida y de salud es multidimensional, multifactorial y holista. Ambos procuran la búsqueda de una integridad bio-psico-social, y por lo tanto, hablar de salud implica hablar de estos factores: biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud (23).

Al respecto se muestran en los datos de estilos de vida (Tabla 1), el consumo de cigarrillo en un 63%, de alcohol en un 76%, de sustancias psicoactivas en un 27%, y la no práctica de actividad deportiva en un 68%, lo cual sin duda además de referir al estilo vida, también involucra aspectos contextuales con la falta de sistemas de salud de soporte (3) y aspectos culturales relacionados con la calidad de vida y la salud, que cada vez se vuelven un problema de salud pública, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven. No se puede olvidar que, desde una concepción sistémica, la salud es una condición de la vida humana que surge de la relación e interdependencia entre el sistema natural biofísico y el sistema sociocultural, considerando que la vida humana es un proceso biológico y sociocultural (24). Entendida así, la salud se expresa a través del desarrollo de las potencialidades de ser, amar y tener, que dan cuenta de la satisfacción de las necesidades humanas, tanto de subsistencia como de lo sociocultural.

Tal y como se muestra en los Gráficos 2 a 5, la categoría psicológica incluye los factores cognitivos, emocionales, conductuales y perceptuales, sistemáticamente relacionados, los cuales se relacionan con los sucesos vitales significativos, el optimismo, el afecto y las estrategias de afrontamiento de la vida cotidiana. Ahora, por supuesto se tiene en cuenta que además de lo anterior, otros factores como son la inteligencia emocional y la estabilidad emocional son importantes (25). Al respecto se dice que las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social, y por tanto, la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud y en la calidad de vida percibida (26).

De esta manera, en la Tablas 1 y 2 y en los Gráficos 2 y 3, existen distintos indicadores objetivos de calidad en la población estudiada. Desde criterios objetivos de bienestar percibido, satisfacción de necesidades básicas y opciones de desarrollo reales y potenciales (16), estos no son directamente proporcionales a su importancia según se mantienen la tendencia de los datos (Tabla 1 y 2). Como se ve en el Gráfico 1, las conductas de salud tienen relación directa con las condiciones macrosociales de la calidad de vida, lo mismo que se ve en el Gráfico 5 en un nivel microindividual, cosa que necesariamente implica una propuesta más allá de lo biomédico y lo clínico (27).

Así, los datos expresados en los resultados siguen mostrando que la salud y la calidad de vida se deben ver más allá de las condiciones médicas, e implicar en ello lo individual, la vida afectiva y emocional. Como lo muestra la Tabla 1, no se puede explicar separadamente el contexto individual de los niveles macrosociales que proveen la posibilidad de satisfacción de necesidades básicas. El contexto individual no tiende hacia lo satisfactorio en este estudio, como tampoco el nivel de expectativa de un mejor nivel de calidad de vida poblacional.

Respecto a la enfermedad y visita médica, sigue siendo claro en los datos que ésta depende del dolor físico. Igualmente, al revisar de nuevo los indicadores de optimismo, afecto negativo y positivo y sucesos vitales estresantes, y al compararlo con las conductas relacionadas con la salud, existe un nivel de correspondencia de afectación recíproco en la calidad de vida percibida.

Ahora bien, internacionalmente prima la tendencia de observar la calidad de vida centrada en patologías, como se puede observar en el meta-análisis de investigaciones clínicas (22), y en los estudios de calidad de vida (28). Con tal criterio, se busca consolidar en Colombia esta línea a través de estudios poblacionales, que retomen el aporte de la psicología de la salud, como ya lo han sugerido en investigaciones previas (29, 30).

Al observar las Tablas 1 y 2 y los Gráficos 2 a 5, se puede ver que los niveles de calidad de vida positivos no son significativos, en tanto los niveles de optimismo disposicional, y las conductas relacionadas con la salud, los sucesos vitales, y ello acompañado del nivel de insatisfacción de las personas con las expectativas positivas frente a su calidad de vida y bienestar, aún permiten conservar en los datos una diferencia negativa marcada con respecto a la calidad de vida que se tiene en poblaciones clínicas (con diagnóstico definido), aspecto preocupante, dadas las condiciones socio-demográficas y de CVRS de la población objeto de este estudio.

Finalmente, es importante anotar en este informe que el concepto de salud integral es imprescindible, y ello implica ubicar un concepto de calidad de vida multidimensional con criterios objetivos, tales como: bienestar percibido, niveles de satisfacción de necesidades básicas, opciones de desarrollo reales y potenciales (30).

De esta manera, bajo esta lógica, la calidad de vida se asocia con el bienestar físico, mental y social

percibido (felicidad, satisfacción y recompensa) (31, 10). Estos aspectos se ven comprometidos negativamente en los datos obtenidos en el presente estudio, lo cual es correspondiente con otros indicadores internacionales (4). Como se ve en los datos, si bien algunos indicadores de orden material son satisfechos, aunque no en un alto criterio, los de orden cultural, social y psicológico son nominaciones puramente políticas no reales (32). Es por ello que se pone en entredicho la forma de ver la calidad de vida, siendo necesario ir más allá de la satisfacción material y física a las oportunidades sociales en educación y salud, y a las libertades políticas (5).

CONCLUSIONES

Se puede ver en la tendencia general de los datos que los niveles positivos de calidad de vida relacionada con la salud no son significativos. Aspectos de optimismo disposicional, conductas relacionadas con la salud, sucesos vitales estresantes y el nivel de insatisfacción de las personas con las expectativas positivas frente a su mejoría en la calidad de vida y bienestar, no permiten observar una diferencia clara entre las poblaciones sin problemas de salud diagnosticados, respecto de poblaciones con un diagnóstico clínico definido, al contrastar los datos con los respectivos estudios.

El nivel de satisfacción de necesidades, de expectativas positivas y de afecto positivo son carentes de elementos predisponentes de una CVRS desde el punto de vista positivo. La percepción global de la salud y la calidad de vida no es percibida como positiva en la mayor parte de la población. Se muestran en los datos, altos niveles de insatisfacción de las necesidades y bajas expectativas de mejoría hacia el futuro. Es importante resaltar que este estudio requiere de otras lecturas complementarias que permitan contrastar sus hallazgos, y en tal sentido, se hace preciso realizar otras aproximaciones que detallen con mayor profundidad aspectos tales

como: el bienestar percibido y real, el nivel de satisfacción de necesidades de salud respecto de las expectativas de calidad de vida satisfactoria, y por supuesto, las condiciones psicológicas que se perciben afectadas en la población estudiada respecto a su calidad de vida y salud, entre ellas el

afecto negativo y positivo, la presencia de sucesos estresantes, las prácticas de riesgo, la presencia de enfermedades de base psico-biológica, y los factores internos de orden cognitivo-afectivo asociados a la adaptabilidad y el afrontamiento, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tonón G. Aproximación teórica al estudio de la calidad de vida de los jóvenes en Conurbano Bonaerense. En: Tonón G. (comp) *Juventud y protagonismo ciudadano*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2006.
2. Casas F. *Bienestar social: una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU; 1996.
3. Tonón G. Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En: Lucero P. (editora). *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local*. Mar del Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM, Argentina; 2008.
4. Estes R. Hacia un índice de calidad de vida: enfoques empíricos para la evaluación del bienestar humano a nivel internacional. En: Klisberg B. (comp). *Pobreza: un tema impostergable*. CLAD. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
5. Sen A. *Desarrollo humano y libertad*. Bogotá: Planeta; 2000.
6. Berlinger G. Salud y ciudadanía en los finales del siglo. *Revista SITUA* 1997; 5(10):1-4.
7. Aguilera MD. Salud y calidad de vida de jóvenes del conurbano bonaerense. En: Tonón G. (comp) *Juventud y protagonismo ciudadano*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2006: 43-58.
8. Ministerio de Salud de la Nación *Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio*. UIES. Unidad de investigación estratégica en salud. Argentina; 2006.
9. Torres C, Mújica O. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 15(6):430-439.
10. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* 2003; 2: 9-21.
11. Amador O, Contreras F, Sandín B, Tamayo RE, Tobón S, Vázquez A, Vinaccia S. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndromes de colon irritable. *Terapia Psicológica* 2005; 23(2): 65-74.
12. García Martín M. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: *Revista Digital*, 2002, 8 (48). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>.
13. Costa PT, McCrae RR, Zonderman AB. Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. En: García Martín MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: *Revista Digital* 2002; 8(48). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
14. Fujita F, Diener E, Sandvick E. Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. En: García Martín MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: *Revista Digital* 2002; 8(48). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
15. OPS. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington; 1996.
16. Núñez RA, Tobón S. *Terapia cognitivo-conductual y modelos procesuales de la salud*. Manizales: Universidad de Manizales; 2005.
17. Haring MJ, Stock WA, Okun MA. A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. En: García Martín MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: *Revista Digital* 2002; 8(48). Disponible en: [Url: http://www.efdeportes.com/](http://www.efdeportes.com/).

18. Núñez A, Tobón S. Modelo de atención en salud en jóvenes: un enfoque desde el desarrollo humano. *Revista Cuadernos de línea* 2005; 2: 75-94.
19. Flórez L. *Psicología Social de la Salud*. Bogotá: Manual Moderno; 2007.
20. Rodríguez G, Russell J, Madaleno M, Kastrinakis M. El ambiente legislativo y de políticas relacionadas con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe; OPS; 1999.
21. Caspersen CJ, Powell KE, Merritt RK. Measurement of health status and well-being. En: García Martín MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: *Revista Digital* 2002; 8(48). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
22. Padilla V. Calidad de Vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas. *Revista Colombiana de Psicología* 2005; 13: 80-88.
23. Avendaño CA, Fajardo A, Navarrete G, Pérez R. Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. *Revista ciencias de la Salud* 2006; 4: 82-92.
24. Aguilar Zuluaga I. La calidad de vida. [en línea]. [citado 2008, junio 1]. Disponible en: http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/calidad_vida.htm.
25. Berlinger G. Salud y ciudadanía en los finales del siglo. *Revista SITUA* 1997; 5(10): 1- 4.
26. Tobón S, Vinaccia S, Quiceno Y, Sandín B, Núñez RA. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 25(2): 83-97.
27. Avendaño CA, Fajardo A, Navarrete G, Pérez R. Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. *Revista Ciencias de la Salud* 2006; 4: 82-92.
28. Badía X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín A, Cano JF (eds.), *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier 2003; (I):250-261.
29. Oblitas L. *Psicología hospitalaria*. México: Manual Moderno; 2006.
30. Tobón S, Núñez RA. Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. *Revista Suma Psicológica* 2007;15:74-91.
31. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perception; evaluations, and satisfactions. En: Dew T, Huebner ES. *Calidad de Vida Percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria*. USA. Universidad de Carolina del Sur; 2001.
32. Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of Well-Being. En: García Martín MA. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. [en línea]. *Revista Digital* 2006, 8(48). [citado octubre 10 de 2008]. Disponible en: <http://www.efdeportes>