

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MEDIOS DE RIONEGRO-ANTIOQUIA, 2012

Jaiberth A. Cardona-Arias*, MSc., César A. Castro-Rodríguez, Est., Mauricio Gallego-Aranda, Est., Yeison Agudelo-Bedoya, Est., Alejandro Bedoya-Guzmán, Est., Andrés F. Castro-Tobón, Est.

Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia

Recibido: XX. Aprobado: XX.

*Autor de correspondencia: Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Calle 67 Número 53- 108, Bloque 5, oficina 103. Correo electrónico: jaberthcardona@gmail.com

Cómo citar este artículo: Cardona-Arias JA, Castro-Rodríguez CA, Gallego-Aranda M, Agudelo-Bedoya Y, Bedoya-Guzmán A, Castro-Tobón AF. Calidad de vida en adultos medios de Rionegro-Antioquia, 2012. Curare. 2014; 1(1): 9-18.

Resumen. *Introducción:* la calidad de vida relacionada con la salud es una de las formas más objetivas de medir la salud y el bienestar. Proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud en el adulto de edad media. *Objetivo:* describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de adultos medios de Rionegro y su asociación con variables demográficas, socioeconómicas y clínicas, durante el 2012. *Metodología:* estudio descriptivo transversal en 200 adultos de Rionegro (Antioquia, Colombia). La recolección de la información se realizó empleando fuente de información primaria basada en la aplicación de la versión resumida del instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, el WHOQOL-BREF. Los análisis del cuestionario se realizaron en el software SPSS, versión 20 con base en análisis de frecuencias, medidas de resumen y estadística no paramétrica. *Resultados:* en el actual estudio se describió el perfil de CVRS de un grupo de adultos medios, en el que la dimensión que presentó el mejor puntaje fue la salud física, mientras que el menor se observó en la dimensión ambiental; todas las dimensiones evidenciaron asociación estadística con algunas condiciones demográficas, socioeconómicas o clínicas. *Conclusión:* el grupo de estudio mostró un buen perfil de calidad de vida, principalmente en los dominios de salud física y psicológica. Entre los principales factores asociados se encontraron los económicos como el ingreso, la escolaridad, la satisfacción con la situación económica y el estrato, y otros de tipo social como las relaciones familiares; estos factores corroboran la multidimensionalidad e intersectorialidad del tema estudiado.

Palabras clave: adulto, calidad de vida, Colombia, salud.

Quality of Life in Middle-Aged Adults in Rionegro, Antioquia, 2012

Abstract. *Introduction:* Health-Related Quality of Life is one of the most objective ways to measure health and wellbeing. It provides a more comprehensive and valid health status assessment in middle-aged adults. *Objective:* To describe Health-Related Quality of Life in healthy young adults in Rionegro in 2012 and its association with demographic, socioeconomic and clinical aspects. *Methods:* Cross-sectional study of 200 adults in Rionegro (Antioquia, Colombia). The data collection was performed using primary source information based on application of the World Health Organization Quality of Life instrument, WHOQOL-BREF. The analysis was carried out using version 20 SPSS software, based on frequency analysis, summary measures and nonparametric statistics. *Results:* In the Health-Related Quality of Life profile, the dimension that had the best score was physical health while the lowest was found in the environmental dimension; all dimensions showed statistical association with certain demographic, socioeconomic or clinical aspects. *Conclusion:* The study group had a good quality of life profile, mainly in the domains of physical and psychological health. The main associated factors were income, education, satisfaction with their economic situation, social stratum and family relationships. These factors corroborate the multidimensional nature of the topic studied.

Keywords: adult, quality of life, Colombia, health.

Qualidade de vida em adultos de meia idade de Rionegro - Antioquia, 2012

Resumo. *Introdução:* A qualidade de vida relacionada com a saúde é uma das formas mais objetivas de medir a saúde e o bem-estar. Proporciona uma avaliação mais compreensiva, integral e válida do estado de saúde no adulto de meia idade. *Objetivo:* Descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) em um grupo de adultos de meia idade de Rionegro (Antioquia, Colômbia) e sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas durante 2012. *Metodologia:* Estudo descritivo, transversal em 200 adultos de Rionegro. A coleta da informação foi realizada empregando fonte de informação primária baseada na aplicação da versão resumida do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-BREF. As análises do questionário se realizaram em software SPSS, versão 20 com base na análise de frequências, medidas de resumo e estatística não paramétrica. *Resultados:* No atual estudo, descreveu-se o perfil de QVRS de um grupo de adultos de meia idade, no qual a dimensão que apresentou a melhor pontuação foi a saúde física, enquanto a menor se observou na dimensão ambiental; todas as dimensões evidenciaram associação estatística com algumas condições demográficas, socioeconômicas ou clínicas. *Conclusão:* O grupo de estudo mostrou um bom perfil de qualidade de vida, principalmente nos domínios de saúde física e psicológica. Entre os principais fatores associados, encontraram-se os econômicos como o ingresso, a escolaridade, a satisfação com a situação econômica e a classe social, e outros de tipo social como as relações familiares; esses fatores corroboram a multidimensionalidade e intersectorialidade do tema estudado.

Palavras-chave: adulto, qualidade de vida, Colômbia, saúde.

Introducción

En el abordaje tradicional del proceso salud-enfermedad los objetivos centrales han sido el determinar la etiología, extensión, historia natural y factores pronósticos de la enfermedad, sumado a la evaluación de la red de prestación de servicios de salud; esto evidencia un marcado interés por evaluar indicadores negativos relacionados con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad, obstando la valoración de indicadores positivos como la salud, el bienestar y la calidad de vida [1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud de una persona como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” [2]. Por su parte, la calidad de vida constituye un constructo extenso y complejo que engloba la salud física, el bienestar psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con el entorno. Existen múltiples formas de medir la calidad de vida; sin embargo, ha sido difícil realizar una aproximación integral debido a la complejidad y subjetividad de la mayoría de valoraciones realizadas en la actualidad; es por ello que para hacerla más objetiva, actualmente se habla de la Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) [3-7]. La CVRS, según la OMS, es la forma en que las personas perciben diferentes aspectos de su cotidianidad, sus objetivos, normas, criterios y preocupaciones, y el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive; abarca aspectos relacionados con la salud física, psicológica, social y ambiental, percibidos por el individuo y permeados por su historia y sus expectativas [3]. En población aparentemente sana, la CVRS se puede medir con base en la aplicación de escalas genéricas, las cuales permiten generar un perfil de calidad de vida en población general, el cual puede ser útil para evaluar programas de salud, el impacto de algunas enfermedades, la efectividad de la prestación de servicios, entre otros aspectos relevantes para la salud pública y la clínica.

Por otra parte, en los adultos se han realizado múltiples estudios sobre la carga de la enfermedad, el estado de salud y la CVRS, pero la mayoría se han focalizado en los adultos mayores, lo que evidencia que los adultos medios, grupo comprendido entre los 45 y 64 años según el DANE, han sido poco estudiados en estos aspectos. Las personas de este grupo etario se encuentran en un estatus social y psicológico donde la experiencia, las metas alcanzadas y la productividad tienen una notable revaloración. La relevancia de esta etapa de la vida

radica en que es una de las más extensas, incluye las personas más productivas de la sociedad, con los más altos cargos y posiciones de poder; además, es el momento en que las capacidades físicas y psíquicas inician un cambio notorio [8-9]. El inicio de los cambios fisiológicos tiene una influencia negativa sobre la salud física, psicológica y social, lo que puede relacionarse con las presiones del empleo, los amigos, los familiares y la pareja, y con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas; todo ello, con consecuencias negativas sobre la calidad de vida [10-12].

En razón de lo anterior, se realizó un estudio con el objetivo de describir el perfil de calidad de vida de adultos medios de Rionegro, durante el 2012, a través de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life, versión resumida), el cual presenta buena estructura conceptual, desarrollo psicométrico, adaptaciones culturales y de lenguaje y se ha aplicado en un gran número de poblaciones [13]. El estudio se desarrolló en Rionegro, municipio del oriente de Antioquia, que constituye un foco de desarrollo del departamento, con 101.046 habitantes, de los cuales el 12,3% presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 95% tiene afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la cobertura de servicios públicos en la cabecera municipal es superior al 99,0% [14].

La relevancia de estudiar la CVRS radica en la posibilidad de planificar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mejorar la prestación de servicios de salud, evaluar medidas terapéuticas, analizar de forma holística el estado de salud de un individuo o grupo y hacer una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. Aunado a ello, los estudios focalizados en adultos medios permitirían la implementación de acciones para impactar prácticas nocivas para la salud y otros factores de riesgo, lo que derivaría en un mejor estado de salud de los futuros adultos mayores, para que disfruten de su vejez en las mejores condiciones físicas y mentales posibles. Además, su medición permite desarrollar y evaluar modelos de atención en salud y orientar acciones de salud pública [15].

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Descriptivo transversal.

Sujetos

El estudio se desarrolló en una muestra de 200 sujetos con edades comprendidas entre los 45 y 64 años, de ambos sexos, con residencia mínima de tres meses en las zonas rural y urbana del municipio de Rionegro. Como criterios de exclusión se tomaron en cuenta las personas que estuvieran bajo el efecto de sustancias que generasen sesgo de información y aquellas que exigieron algún tipo de remuneración por su participación en el estudio. El tamaño de muestra obedece a una población de referencia de adultos medios distribuidos en 8.419 hombres y 9.827 mujeres, según datos del Censo del 2005, una desviación estándar de 10 en los puntajes de CVRS, un nivel de confianza de 95%, una precisión absoluta del muestreo del 2%, y un ajuste del 5% por posibles pérdidas de información; este último fue calculado en el software *epidat* 3.0. Para la selección se identificaron lugares como centros de reuniones grupales, cafés y parques.

Recolección de la información

Se utilizó fuente de información primaria basada en una encuesta anónima que incluyó variables socioeconómicas y demográficas y un instrumento genérico de medición de la CVRS, el WHOQOL-BREF [16]; su aplicación fue individual y asistida por encuestadores estandarizados, con el fin de evitar los sesgos de información. Este instrumento de CVRS genera un perfil de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, donde el puntaje que refleja la peor CVRS es 0 y la mejor 100. La información se recolectó en el primer trimestre del 2012.

WHOQOL-BREF: Se deriva del WHOQOL-100 para generar un perfil de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, salud ambiental y relaciones sociales, sobre las percepciones del individuo en las dos semanas previas, y para enfermedades crónicas puede ampliarse a cuatro semanas. Fue desarrollado y validado transculturalmente en 23 países, con personas de todos los estratos sociales, en personas sanas y pacientes de hospitalización y servicios ambulatorios.

Análisis estadístico

Se realizó la descripción de algunas características demográficas, socioeconómicas y de salud, y de las

dimensiones de CVRS del grupo de estudio mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas y medidas de resumen. Además, se llevaron a cabo pruebas no paramétricas como U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y correlaciones de Spearman para comparar los puntajes de CVRS según algunas condiciones socioeconómicas y demográficas. La elección de las pruebas no paramétricas se fundamentó en los resultados de las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con corrección de la significación de Lilliefors y Shapiro-Wilk.

Los datos se almacenaron y se analizaron en una base de datos en *Statistical Package for the Social Sciences for Windows software SPSS* versión 20.0 tomando un nivel de significación estadística del 0,05.

Aspectos éticos

En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes el respeto por la dignidad de los sujetos de estudio y la protección de sus derechos y su privacidad. A los participantes se les informó sobre el propósito, los riesgos y los beneficios del estudio mediante el Consentimiento Informado; todo ello, en congruencia con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Resultados

De una muestra total de 200 personas de la población de adulto medios de Rionegro, 53% (106) eran mujeres, la mayoría de procedencia urbana (67%), estado civil casado (56%), con un nivel educativo en su mayoría de secundaria (45%), con empleo (64%), estrato socioeconómico medio (77,5%), con buenas o excelentes relaciones familiares (83,5%). En lo referente a algunas condiciones de salud, se observó que el 87% fue hospitalizado el último año y el 81% presentó alguna enfermedad en el último mes. La prevalencia de consumo de tabaco fue de 27%; de alcohol, del 45,5%, y de obesidad y sobrepeso, del 42,5% (tabla 1). Entre los que estuvieron hospitalizados, el 15% fue por embarazo, el 25% por cirugía, el 7% por accidente de trabajo, y el porcentaje restante correspondió a accidentes de tránsito y lesión por armas. Entre quienes trabajaban, las principales ocupaciones fueron asalariado (44%) y trabajador independiente (36%).

Tabla 1. Frecuencia absoluta y relativa de las características demográficas, socioeconómicas y de salud del grupo de estudio

| | Variable | Factores | # | % |
|-----------------------------|---|-----------------|------|------|
| Caracterización demográfica | Procedencia | Urbano | 134 | 67,0 |
| | | Rural | 66 | 33,0 |
| | Sexo | Hombre | 94 | 47,0 |
| | | Mujer | 106 | 53,0 |
| | Estado civil | Soltero | 34 | 17,0 |
| | | Casado | 134 | 67,0 |
| | | Otros | 32 | 16,0 |
| | Nivel educativo más alto | Ninguno | 9 | 4,5 |
| | | Primaria | 67 | 33,5 |
| | | Secundaria | 90 | 45,0 |
| Superior | | 34 | 17,0 | |
| Caracterización económica | Ocupación | Trabajando | 128 | 64,0 |
| | | Otros | 72 | 36,0 |
| | Principal fuente de ingresos | Aporte familiar | 25 | 12,5 |
| | | Sueldo | 109 | 54,5 |
| | | Pensión | 15 | 7,5 |
| | | Otros | 51 | 25,5 |
| | Patrimonio | Ninguno | 66 | 33,0 |
| | | Propiedad raíz | 104 | 52,0 |
| | | Vehículos | 14 | 7,0 |
| | | Otros | 16 | 8,0 |
| | Satisfacción con su situación económica | Poco satisfecho | 55 | 27,5 |
| | | Satisfecho | 111 | 55,5 |
| | | Muy satisfecho | 34 | 17,0 |
| | Estrato social | Bajo | 41 | 20,5 |
| | | Medio | 155 | 77,5 |
| Alto | | 3 | 1,5 | |
| Caracterización social | Relaciones familiares | Malas | 4 | 2,0 |
| | | Regulares | 28 | 14,0 |
| | | Buenas | 128 | 64,0 |
| | | Excelentes | 39 | 19,5 |
| | Satisfacción con el apoyo familiar | Poco satisfecho | 34 | 17,0 |
| | | Satisfecho | 64 | 32,0 |
| | | Muy satisfecho | 102 | 51,0 |
| | Participación en grupos sociales | Un grupo | 150 | 75,0 |
| Varios grupos | | 34 | 17,0 | |
| Caracterización clínica | Hospitalización último año | Sí | 134 | 67,0 |
| | | No | 66 | 33,0 |
| | Enfermedad último mes | Sí | 162 | 81,0 |
| | | No | 36 | 18,0 |
| | Consumo cigarrillo | No | 146 | 73,0 |
| | | Sí | 54 | 27,0 |
| | Consumo alcohol | No | 109 | 54,5 |
| | | Sí | 91 | 45,5 |
| | Obesidad total (IMC) | Bajo peso | 6 | 3,0 |
| | | Peso normal | 102 | 51,0 |
| Sobrepeso | | 74 | 37,0 | |
| Obeso | | 11 | 5,5 | |

Fuente: elaboración propia

La media de la edad fue 50 años, con el 50% de los valores centrales entre 47 y 54; mientras que en los ingresos la mediana fue \$600.000, con un rango intercuartil entre \$400.000 y \$1.110.000 (un salario mínimo legal mensual vigente al 2012 es de \$566.700).

La dimensión de cvrs que presentó el mejor puntaje fue la salud física, mientras que el menor se observó en la dimensión ambiental. La salud física mostró correlación estadísticamente significativa con el tiempo de residencia en el municipio, las horas de trabajo

semanales y el valor de los ingresos mensuales. La salud psicológica se correlacionó con la escolaridad y los ingresos; las relaciones sociales, con las horas de trabajo semanales y la escolaridad, mientras que la dimensión ambiente se asoció con el tiempo de residencia, las horas de trabajo semanales y el valor de los ingresos mensuales (tabla 2).

En la tabla 3 aparece el análisis de cvrs según las características demográficas, socioeconómicas y de salud del grupo de estudio. En ella se observa que los

Tabla 2. Medidas de resumen de los puntajes de calidad de vida relacionada con la salud y su correlación con algunas características del grupo de estudio

| Medidas de resumen | Salud física | Salud psicológica | Relaciones sociales | Ambiente |
|--------------------------------|--------------|-------------------|---------------------|------------|
| X±DE | 70,7±15,1 | 71,5 ±14,5 | 62,1±17,9 | 57,7±11,9 |
| Me (RIQ) | 71 (61 – 79) | 75(62-82) | 67 (50-75) | 59 (50-66) |
| Mín – Máx | 18-100 | 21 - 96 | 17 – 100 | 22 – 84 |
| Correlación de Spearman | | | | |
| Tiempo residencia en municipio | 0,158* | 0,089 | 0,019 | 0,177* |
| Edad | 0,032 | 0,032 | 0,030 | 0,106 |
| Escolaridad | 0,136 | 0,206** | 0,148* | 0,132 |
| Horas de trabajo/Semana | 0,201** | 0,118 | 0,195** | 0,226** |
| Ingresos | 0,191** | 0,268** | 0,066 | 0,178* |

X: Media. de: Desviación estándar. Me: Mediana. riq: Rango intercuartil. Mín: Mínimo. Máx: Máximo.

*El estadístico es significativo en el 0,05. **El estadístico es significativo en el 0,01.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Comparación de las dimensiones de cvrs según algunas variables características demográficas, socioeconómicas y de salud del grupo de estudio

| Procedencia❖ | Salud física | | Salud psicológica | | Relaciones sociales | | Ambiente | |
|------------------|--------------|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|----------|---------|
| | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p |
| Urbano | 75,00 | 0,219 | 75,00 | 0,022* | 66,67 | 0,301 | 59,38 | 0,049* |
| Rural | 71,43 | | 70,00 | | 58,33 | | 53,13 | |
| Sexo❖ | | | | | | | | |
| Masculino | 71,43 | 0,000** | 70,83 | 0,239 | 58,33 | 0,070 | 56,25 | 0,387 |
| Femenino | 75,00 | | 75,00 | | 66,67 | | 59,38 | |
| Hospitalización❖ | | | | | | | | |
| No | 75,00 | 0,015* | 75,00 | | 66,67 | | 59,38 | |
| Sí | 60,71 | | 70,00 | | 58,33 | | 50,00 | |
| Enfermedad❖ | | | | | | | | |
| No | 75,00 | 0,000** | 75,00 | 0,153 | 66,67 | 0,415 | 59,38 | 0,350 |
| Sí | 58,93 | | 68,33 | | 58,33 | | 50,00 | |
| Escolaridad❖ | | | | | | | | |
| Ninguno | 60,71 | 0,001** | 65,00 | 0,009** | 50,00 | 0,092 | 50,00 | 0,010* |
| Básica | 71,43 | | 70,00 | | 58,33 | | 53,13 | |
| Secundaria | 75,00 | | 75,00 | | 66,67 | | 59,38 | |
| Superior | 75,00 | | 75,00 | | 62,50 | | 59,38 | |
| Ocupación❖ | | | | | | | | |
| Trabajando | 75,00 | 0,004** | 75,00 | 0,320 | 66,67 | 0,807 | 59,38 | 0,205 |
| Desempleado | 55,36 | | 52,08 | | 62,50 | | 50,00 | |
| Otros | 71,13 | | 75,00 | | 58,33 | | 59,38 | |

Viene

| Procedencia❖ | Salud física | | Salud psicológica | | Relaciones sociales | | Ambiente | |
|--------------------------------|--------------|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|----------|---------|
| | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p | Mediana | Valor p |
| Satisfacción económica❖ | | | | | | | | |
| Baja | 71,43 | 0,000** | 70,83 | 0,000** | 58,33 | 0,000** | 53,13 | 0,005** |
| Normal | 71,43 | | 70,83 | | 66,67 | | 56,25 | |
| Alta | 78,57 | | 81,25 | | 75,00 | | 65,63 | |
| Estrato¹ | | | | | | | | |
| Bajo | 64,29 | 0,000** | 65,00 | 0,001** | 58,33 | 0,930 | 50,00 | 0,000** |
| Medio | 75,00 | | 75,00 | | 66,67 | | 59,38 | |
| Alto | 53,57 | | 45,00 | | 50,00 | | 34,38 | |
| Relaciones familiares❖ | | | | | | | | |
| Malas | 53,57 | 0,000** | 57,50 | 0,000** | 50,00 | 0,000** | 46,88 | 0,000** |
| Regulares | 60,71 | | 66,67 | | 50,00 | | 50,00 | |
| Buenas | 73,21 | | 72,92 | | 58,33 | | 56,25 | |
| Excelentes | 78,57 | | 79,17 | | 66,67 | | 65,63 | |
| Obesidad total (IMC)❖ | | | | | | | | |
| Normal | 71,43 | 0,034* | 75,00 | 0,137 | 66,67 | 0,093 | 57,81 | 0,147 |
| Sobrepeso | 75,00 | | 75,00 | | 58,33 | | 59,38 | |
| Obeso | 60,71 | | 58,33 | | 58,33 | | 53,13 | |

□ Prueba U de Mann Whitney. ❖ Prueba H de Kruskal-Wallis. * El estadístico es significativo en el 0,05. ** El estadístico es significativo en el 0,01.

Fuente: elaboración propia

mejores puntajes correspondieron a las personas de zona urbana, las mujeres, individuos con mayor nivel educativo, de estrato medio, satisfechos con su situación económica, con buenas o excelentes relaciones familiares y quienes no han sido hospitalizados en el último año ni presentaron enfermedades en el último mes. Con respecto a la ocupación, el tipo de empleo y el consumo de tabaco y alcohol, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

En el actual estudio se describió el perfil de CVRS de un grupo de adultos medios, en el que la dimensión que presentó el mejor puntaje fue la salud física, mientras que el menor se observó en la dimensión ambiental; todas las dimensiones evidenciaron asociación estadística con algunas condiciones demográficas, socioeconómicas o clínicas, lo que corrobora la multidimensionalidad de este tema. A esta multidimensionalidad se suma el hecho de que las diferencias geográficas, etnográficas, históricas, económicas y psíquicas entre los individuos y colectivos conduce a modos diferentes de valorar la cotidianidad, por lo que las características de base de cada grupo llevan a la elección de diversas variables para cualificar la calidad de vida, el bienestar y la salud [17].

El concepto de calidad de vida se ha empleado durante las últimas cinco décadas: inicialmente para la configuración de planes de salud, en 1964; finalizando la década de los años 1970 se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, y en la década de los ochenta se popularizó el concepto [18]. No obstante lo anterior, los asuntos instrumentales inherentes a la medición de la calidad de vida son relativamente nuevos y en nuestro país poco usados; por ello este tipo de estudio resulta de gran relevancia para nuestro medio, dado que en diversos grupos etarios se han desarrollado múltiples estudios en los cuales las principales valoraciones aluden a la morbilidad, la mortalidad y la expectativa de vida, desconociendo aspectos como la percepción sobre la salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social, los servicios de salud y la calidad de vida.

Aunado a lo anterior, el interés por estudiar la calidad de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años por la necesidad de trascender los indicadores negativos de la atención en salud; además, la calidad de vida se ha constituido en una herramienta de gran valor para hacer evaluaciones de economía de la salud, para realizar seguimiento de programas y pacientes, entre otros beneficios directos e indirectos de su medición.

Con respecto a la medición de la calidad de vida es necesario explicitar que, en Colombia, las metodologías utilizadas para tal fin hacen énfasis en los aspectos económicos o físico-biológicos, obstando lo social, lo psicológico y lo ambiental. Ejemplo de ello son los Indicadores de calidad de vida del Departamento Nacional de Planeación y la Encuesta de calidad de vida de Medellín, esta última diseñada para realizar el seguimiento y la medición de las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos [19].

En el actual estudio, la limitación expuesta en el párrafo anterior se ha superado con la aplicación del WHOQOL-BREF, el cual permitió crear un perfil de cada individuo a partir de los componentes de salud física, salud psicológica, salud ambiental y relaciones sociales, analizando estas variables las dos semanas anteriores de tomada la información. Sus mediciones tienen usos en campos como la práctica médica, la investigación, las auditorías y la toma de decisiones en políticas sanitarias, sin importar el grupo poblacional ni la nacionalidad [20]. Para lograr un alto nivel de seguridad en la psicometría, el WHOQOL se ha sometido a numerosas pruebas en más de 20 países con diferentes tipos de cultura y de estratos socioeconómicos, en pacientes hospitalizados y ambulatorios con un rango etario desde la adolescencia hasta la adultez mayor, con diferencias significativas entre los individuos enfermos y los sanos; estas características lo constituyen en una excelente herramienta de medición de la CVRS utilizada en más de 20 idiomas para más de 20 países [21].

Sumado a lo anterior, el WHOQOL-BREF trasciende los conceptos tradicionales de salud y CVRS: supera la evaluación del estado de bienestar solo por los componentes médicos que sufren los pacientes, porque analiza cada una de las visiones y percepciones que pueda tener el individuo ante estas aflicciones y ante situaciones de su cotidianidad que pueden alterar de alguna manera el estado de salud y de bienestar de las personas, todo ello en congruencia con factores como el entorno social, el ambiental, las creencias personales y el estado físico de los individuos.

Por otra parte, los puntajes obtenidos en las dimensiones del WHOQOL-BREF fueron mayores a 50 en la mayoría de las dimensiones, lo cual se puede explicar por las condiciones socioeconómicas que en general fueron favorables para la mayoría del grupo; estos puntajes constituyen una medición de base para aproximarse a un perfil de calidad de vida de adultos medios.

La importancia de haber desarrollado el perfil en adultos medios radica en que en esta etapa se consolida

la identidad personal y se adquieren comportamientos que van a definir el estado de salud para la etapa siguiente de adultez mayor; además, se considera un tiempo trascendental, ya que se enfrentan cambios constantes, exigencias laborales y sociales [22], se reconfigura la responsabilidad reproductora dentro de la comunidad [23] y surgen sentimientos de satisfacción y frustración por el logro o no de las metas planteadas. De este modo, se hace necesario conocer los principales factores que se ven alterados durante esta etapa y que influyen en la percepción de la vida de este grupo, con el fin de apoyar y fortalecer los aspectos protectores y minimizar los riesgos que puedan alterar de manera grave y permanente su desarrollo integral, reflejado en la calidad de vida alcanzada [24].

En el actual estudio los principales determinantes de la calidad de vida fueron la escolaridad, los ingresos mensuales, las horas de trabajo, la satisfacción con la situación económica, el estrato social y las relaciones familiares, dado que estos presentaron asociación con la mayoría de las dimensiones de la CVRS. Esto evidencia que este tópico es mayormente afectado por condiciones de tipo social y económico, a diferencia de los abordajes tradicionales del proceso salud-enfermedad-atención que han dado mayor preponderancia a las dimensiones física y biológica.

En los aspectos demográficos, el sexo presentó asociación con la salud física, siendo mayor el puntaje en las mujeres, lo cual resulta diferente a la mayoría de estudios de calidad de vida, y podría atribuirse a un mayor grado de exigencias y presiones socioeconómicas en los hombres que residen en provincia, donde generalmente se les asigna el rol de proveedores o “sostenedores” económicos de la familia, sumado al hecho de que los hombres acuden con menor frecuencia a servicios de salud y programas de prevención de la enfermedad o promoción de la salud [25].

Por su parte, la procedencia presentó asociación con la salud psicológica y el ambiente, siendo mejor el resultado de las personas que viven en zona urbana. Esto podría implicar que los habitantes de la zona rural presentan desventajas socioeconómicas, como menor escolaridad, menores ingresos, menor cobertura de servicios públicos, entre otras condiciones que podrían incidir de forma directa en la calidad de vida [14].

En las características socioeconómicas, los mayores puntajes de CVRS se observaron en las personas con educación secundaria o superior, satisfechos con su situación económica, de estrato social medio y con buenas relaciones familiares, lo cual podría implicar que

las personas de estratos altos presentan un mayor grado de exigencia con respecto a los dominios de su existencia, y por ello se perciben insatisfechos con su situación económica. Estos hallazgos evidencian la importancia de fomentar la independencia económica, y particularmente la necesidad de disponer de un buen empleo, factor que genera mayores ingresos económicos, incrementa las oportunidades de mejorar el nivel educativo y de acceder a mayor información, aumenta la salud física y mental, favorece el acceso a mejores servicios de salud y posibilita la satisfacción de diversas necesidades.

En coherencia con lo anterior se debe explicitar que la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos; los primeros subsumen condiciones como utilización y aprovechamiento de potenciales de tipo intelectual, emocional y creador, sumado a circunstancias externas como la estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política; el componente subjetivo incluye percepciones del individuo en relación con la realización de sus aspiraciones personales, y la percepción que él o su grupo determine como condiciones globales de “buena vida” [26-28].

Sumado a los aspectos determinantes de la CVRS previamente enunciados, en el caso concreto de la dimensión de salud física se encontró que el sexo, las hospitalizaciones, la presencia de enfermedades y la ocupación constituyen factores asociados de gran relevancia para el grupo incluido en este estudio. Esto es coherente con planteamientos previos que indican que cualquier enfermedad en general y otras condiciones psíquicas afectan la calidad de vida [29].

En términos generales, en el actual estudio las personas de zona urbana, las mujeres, individuos con mayor nivel educativo, de estrato medio, satisfechos con su situación económica, con buenas o excelentes relaciones familiares y que no han sido hospitalizados durante el último año ni presentaron enfermedades el último mes, fueron los subgrupos que registraron los mejores puntajes de CVRS. Lo anterior es congruente con estudios realizados en otras poblaciones sanas que han reportado como factores más importantes para la calidad de vida las relaciones familiares, el apoyo social, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica [30].

A pesar de que la calidad de vida se determina por múltiples aspectos demográficos, socioeconómicos y de salud a los cuales se les atribuye un grado de importancia diferente dentro de los grupos sociales, existen algunos como el soporte social y económico, que se

consideran como determinantes de la calidad de vida, independientemente de la población estudiada. Otros autores opinan que la calidad de vida varía según la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia, aunque los aspectos socioeconómicos y de escolaridad presentan mayor importancia [31].

Entre las principales limitaciones del estudio se debe indicar el sesgo temporal inherente a estudios transversales y el carácter exploratorio de las asociaciones estadísticas.

Finalmente, el grupo de estudio presentó un buen perfil de calidad de vida principalmente en los dominios de salud física y psicológica; entre los principales factores asociados se encontraron los económicos como el ingreso, la escolaridad, la satisfacción con la situación económica y el estrato, y otros de tipo social como las relaciones familiares; estos factores corroboran la multidimensionalidad e intersectorialidad del tópico estudiado. Además, cabe indicar que la calidad de vida es un concepto valorativo que abarca fenómenos afines a cualquier rama de las ciencias [32].

Agradecimientos

A los participantes que brindaron su información para la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses para la publicación de este manuscrito.

Referencias

- [1] Gordis L. Epidemiología. 3ª. ed. España: Elsevier; 2005. 336 p.
- [2] Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 22 de julio de 1946. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 1946.
- [3] Mental health: evidence and research. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. WHOQOL-HIV. Instrument, user's manual, scoring and coding for the WHOQOL-HIV instruments. Switzerland: World Health Organization; 2002.
- [4] Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique M, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la

- salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per.* 2009; 26(4): 230-8.
- [5] Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) en adultos mayores: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud.* 2007; 12(1): 11-24.
- [6] Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002; 37(S2): 74-105.
- [7] Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine.* 1993; 118(8): 622-9.
- [8] Bustos, C. La adultez media. [Monografía en internet]. Chile: APSIQUE; 2001. [Acceso: 2011 Dic. 2]. Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/DesaMadurez>
- [9] Fajardo M, Rincón M. Demografía del envejecimiento y sus implicaciones en sectores claves de la sociedad colombiana. En: Wartenberg L, comp. *La cátedra abierta en población 2000-2001.* Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2003. p. 57-102.
- [10] Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica.* 2006; 26: 206-15.
- [11] Hoffman L, Paris S, Hall E. *Psicología del desarrollo hoy.* Madrid: McGraw-Hill; 1996.
- [12] Betancourt E, Betancourt L. Adulto mayor en estado de fragilidad. *Medisan.* 2010; 14(3): 396-401.
- [13] Badia X, Salamero M, Alonso J. *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español.* 3ª. ed. Barcelona: Fundación Lilly; 2002. p. 131-216.
- [14] Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. *Información Básica Municipio de Rionegro.* [Sitio Web. Consultado: 2012 Sept. 10]. Disponible en: <http://www.antioquia.gov.co/antioquiav1/organismos/planeacion/descargas/instructivos/rionegro.pdf>
- [15] Espinosa O. Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. *Rev Contribuciones (Fundación Konrad Adenauer de Alemania y el CIEDLA).* 1999; 63(3): 119-48.
- [16] OMS. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. [Website. Cited: 2012 Sept. 2]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- [17] Skevington S, Lofly M, O'Connell K (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research.* 2004; 13: 299-310.
- [18] González U, Grau J, Amarillo M. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR, editor. *Bioética. Desde una perspectiva cubana.* Ciudad de La Habana; 1997; p. 279-85.
- [19] Alcaldía de Medellín. [Sitio Web]. Medellín: Departamento Administrativo de Planeación; 2009. Encuesta calidad de vida. [Consultado: 2011 Dic. 2]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co>
- [20] Yanguas J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. [Monografía en internet]. Gipuskoa, España: IMSERSO; 2006. [Consultado: 2011 Dic. 2]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>
- [21] Grace Yao, Chia-huei Wu, Cheng-ta Yang. Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Soc Indic Res.* 2008; 85: 483-98.
- [22] Pontificia Universidad Católica de Chile. Autocuidado en el ciclo vital. [Sitio Web. Consultado: 2012 Abr. 22]. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/medio/cic_frame.htm
- [23] Rodríguez J. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Cepal. [Sitio Web. Consultado: 2012 Abr. 2]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/7889/lcl1588-P.pdf>
- [24] Resolución Número 00412 de 2000, 25 de Febrero. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud. 25 de febrero del 2000.
- [25] Geosalud. Los hombres y la depresión. [Sitio Web. Consultado: 2012 Oct. 1]. Disponible en: <http://geosalud.com/depresion/hombres.htm>
- [26] Dulcey E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Roca J. *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica.* La Habana: Academia; 1999. p. 128-36.
- [27] Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología.* Ciudad de La Habana: Científica Técnica; 1996.
- [28] Mantilla G, Márquez A. *Envejecimiento. Experiencias y perspectivas.* Bogotá: AIG; 1996.
- [29] Lizan L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. *Concepto de calidad de vida y sus dimensiones.* *Aten Primaria.* 1995; 16(Suplem 1): 131-2.

- [30] Rubio R, Rico A, Cabezas J. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriatría*. 1997; 13: 271-81.
- [31] Fernández R, Zamarrón M, Macía A. Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (Insero); 1997.
- [32] Faden R, Germán P. Calidad de vida: consideraciones en geriatría. Clínica de Medicina Geriátrica. México: Panamericana; 1998.