

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ESTUDIANTE DE PRIMER  
INGRESO  
DE LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
EN EL AÑO 2007  
(Informe final de Investigación)

Cehidy Jacqueline Pivaral Sagastume  
Carné 9912460

## INDICE

Análisis del problema	1
Definición del problema	3
Delimitacion del problema	4
Planteamiento del problema	4
Justificación	7
Revisión teórica y referencia	11
Objetivos	19
Diseño y técnica de estudio	21
Operacionalizacion de las variables	23
Descripción de técnica y procedimientos utilizados	25
Presentación de resultados	27
Análisis y discusión e interpretación de resultados	37
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Referencias bibliograficas	45
Anexos	47



## RESUMEN

Estudio descriptivo que determinó la auto percepción de calidad de vida en 195 estudiantes Universitarios de primer ingreso, de la Universidad de San Carlos de Guatemala del 17 de Agosto al 28 de Septiembre de 2007.

**OBJETIVO:** Describir la auto percepción de calidad de vida del estudiante de primer ingreso de la Universidad de San Carlos de Guatemala

**MATERIAL Y METODOS:** Para determinar la auto percepción de la calidad de vida de esta población, se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF. El cuestionario evaluó varios aspectos que conforman la calidad de vida como funcionamiento psicológico, social, y condición física así como el ambiente que lo rodea.

**RESULTADOS:** En general, el 55% de los estudiantes perciben su calidad de vida como buena, y solamente el 4% como mala. Sin embargo, en comparación con solo el 2% de los hombres, casi una cuarta parte de las mujeres (5%) la perciben como mala.

Los dominios peor evaluados fueron el de Salud Física (media 56%) y el de Bienestar Emocional (media 65%). El mejor evaluado fue el de Condición Social (media de 74%). Relacionada con el peso corporal, la calidad de vida es buena en 58% de los estudiantes, mientras que el 5% de los obesos la perciben como mala. En relación con los dominios, el Salud Física es el más afectado y el menos afectado es Condición Social, percibiendo una mejor calidad de vida los de bajo peso, para ambos sexos siendo los dominios 2, 3, y 4 evaluados con el mismo punteo. Con lo que respecta a Condición Social se encuentra normal en los de peso anormal.

**CONCLUSION:** En general la población estudiantil percibe su calidad de vida como buena, y los dominios mas afectados son el bienestar psicológico y condición social.

## 1. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### 1.1 ANTECEDENTES

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa la forma en que el paciente percibe los efectos funcionales de una enfermedad y de su terapia consecuente. Aunque mejorar la calidad de vida es un aspecto implícito al que tendremos los seres humanos que mejorar, es hasta los últimos años cuando es abordado como tema de discusión en el campo teórico y en la práctica profesional de la medicina.(10)

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. (10).

Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos. (9,10).

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998). (7)

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida. (10)

Existen diversos estudios sobre CVRS realizados en países industrializados en donde la salud se toma como prioridad en las políticas estatales. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.(10)

Aunque se sabe que en los últimos años ha aumentado el interés por los estudios de CVRS en investigación médica, encontrando algunos que la evalúan de acuerdo a diferentes aspectos que influyen en ella, como se presenta a continuación. (3)

En el estudio realizado en la ciudad de México en el año 2,005 se evaluó la calidad de vida en 25 ciudades: se encuestó en forma aleatoria a 5, 504 personas, para determinar su auto percepción. El promedio ponderado fue de 6.8 % para calidad de vida, ubicando a la ciudad de Aguascalientes en el primer lugar (7.9%), y a la Ciudad de México en último lugar (5.4%) (6)

Un estudio realizado en Chile en Junio del 2007, en el hospital, octava región, Chile, Se evaluaron 100 enfermeras con el instrumento de medición de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, validada en población chilena. Los resultados indican que el Dominio Relaciones Sociales (media=77,38) es el mejor percibido por estas enfermeras y, el peor, el Físico (media=54,56). La Calidad de Vida Global, fue conceptuada como "Buena" (media=3,99), y, la Calidad de Vida en Salud, se percibe "Conforme" (media=3,97). (11)

Todos estos factores sociales afectan negativamente tanto a la salud como a la calidad de vida de una persona en su comunidad.

Por lo que es necesario conocer la calidad de vida de un paciente con una enfermedad crónica ya que múltiples estudio realizados en otros países demuestran que la calidad de vida se ve mas afectada en el aspecto emocional, psicológico y físico de los pacientes con stress, sobrepeso, obesidad, diabéticos, e hipertensos y no obstante las complicaciones que conlleva estas patologías, por lo que la OMS considera el sobrepeso y obesidad como una epidemia a nivel mundial ya que países en desarrollo se ve sostenida por una dieta rica en carbohidratos y a nivel general por la disminución de la actividad física, aumento de sedentarismo, cambios en los hábitos alimenticios e influida por aspectos psicológicos inherentes al individuo, que afectan su desarrollo socioeconómico.(9)

En EE.UU. en 2003 se encuentra la calidad de vida de la población a partir de 51 años presento Diabetes Mellitus 25%, Hipertensión 45%, y obesidad 55% a causas atribuibles a la mala alimentación al sedentarismo, y los malos estilos de vida que la población lleva, por lo que en las ultimas dos décadas, la población ha disminuido la esperanza de vida según los últimos estudios del ministerio de sanidad el 60.2% no realiza ejercicio en su tiempo libre por lo que comparado con los años 1987 se ve claramente que adolescentes y adultos presentaran una disminución de calidad de vida a causa del sedentarismo, la mala alimentación y la disminución del ejercicio.(4)

En Venezuela el 2006 se encontró que el 30% de la población presento' stress 43% y 38% obesidad, 22% de diabéticos y que era producto de dos factores 1. Sus malos hábitos alimenticios 2. Las llamadas dietas milagrosas. Al análisis que se llevo fue que la calidad de vida se encuentra precaria ya que tanto la alimentación como la fase emocional se encontraron disminuidas. (6)

En Guatemala se tienen conocimiento de existir un estudio en la Unidad de Salud realizado por los EPS del Área de Psicología sobre calidad de vida de los cuales no se encuentran datos. (5)

## **1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

La calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades crónicas de cualquier índole, es afectada por la enfermedad en si, por los cambios emocionales y psicológicos que presentan los pacientes, por la discapacidad que en un momento dado pueden llegar a presentar y por los recursos que deberán utilizar, ya que el concepto esta emergiendo como un principio organizados que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.(6)

Se ha identificado una progresión de emociones que se inicia con el diagnostico de una enfermedad crónica. Casi todas las personas muestran conmoción, incredulidad, pena, depresión y duelo por la perdida de la integridad corporal(a todos estos elementos juntos). Es posible que también los diabéticos, los obesos y los pacientes con problemas psiquiátricos, sientan ira y quizás culpa de la forma en que se produjo el trastorno, y la angustia de afrontar los cambios y asumir nuevas consideraciones vitales. Muchos enfermos están atónitos en este punto e incluso con miedo a la enfermedad y sus consecuencias, que conllevan el ambiente en donde viven lleno de Ssmo., el transito pesado, su salud física en particular los que necesitan

bajar de peso y los que tienen alteraciones funcionales y corporales. El conformismo no es característico de los pacientes y mucho menos en las mujeres. La base de los cambios es la insatisfacción, y esta, impulsa al ser humano a actuar y a buscar los elementos concretos e intangibles que transformen esta sensación dado que no se asimilen hechos, por lo que es necesario darles la oportunidad de exteriorizar sus temores.(7)

No existe un patrón constante de sentimientos, y el estudiante pueda experimentar simultáneamente varios de ellos. La protección comentada puede asumir la forma de retraso en la intervención directa de su enfermedad aceptada ya que los individuos recurren a una serie de mecanismos de defensa para protegerse, situación nacida de su sentido de inferioridad y por una serie de etapas psicológicas conocidas como proceso de aceptación de la enfermedad. Por lo que a creado de esta manera la disminución de calidad de vida, (4)

Lo anteriormente expuesto se decide conocer la calidad de vida de los Universitarios y los factores que puedan asociarse a esta evaluación, dado que no se cuentan con estudios realizados en Guatemala.

### **1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA**

El presente trabajo se realizo en la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en los meses de Agosto a Septiembre del 2007. Para Explorar la auto percepción que tiene el estudiante de primer ingreso en relación a su calidad de vida, La población que se incluirá comprende las edades de 18 a 25 años, inscritos en el 2007 para medir calidad de vida se utilizará el cuestionario de calidad de vida WHOOQL-Abreviado, que determina las opiniones del individuo en el contexto de su sistemas de cultura, de valor, y sus metas.

### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Dado el concepto de auto percepción de la calidad de vida como un indicador de impacto en las intervenciones del estado de las personas, y la manera practica de recoger la información y elaborarla en los sujetos y las ventajas a estos cuestionarios a utilizar explicara el mecanismo y patrón constante de sentimientos, y experimentar simultáneamente varios de ellos. La protección comentada puede asumir la forma de retraso en la intervención directa de su enfermedad aceptada ya que los individuos recurren a una serie de mecanismos de defensa para protegerse, de la situación nacida.

Es por esa razón que nos surgen ciertas preguntas.

¿Cual es la auto percepción de calidad de vida de el estudiante primer ingreso a la USAC?

¿Cual es el dominio de calidad de vida mas afectado en esta población?



## 2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud es un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad y mortalidad y expectativa de vida, la calidad de vida esta presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente con un auge evidente en la década de los 90. Se conoce que el estrés, el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes predisponen a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. El Grupo de trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud estima para el 2020, el stress sea la causa principal de muerte, al igual que las consecuencias que la obesidad trae con ella. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de Vida relacionada con la salud es una medida necesaria que ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluación, el modelo biomédico tradicional esta profundamente influido por el estado de animo según los reportes por Europa. (2)

Es indudable que la obesidad y el sobrepeso conlleven cambios tanto biológicos como psicosociales que implican modificaciones en las capacidades adquiridas e innatas de quien la padece, dando por consiguiente percepciones individuales de calidad de vida según el estado psicológico, económico, social y del enfermo actual, determinado por la distancia existente entre el estado actual de salud del paciente y el deseado, aunque en ocasiones se traduce estrictamente al efecto que se produce en el costo beneficio que se obtienen al aplicar determinadas medidas terapéuticas.(6)

Es necesario conocer la calidad de vida de un paciente con una enfermedad crónica ya que, además de proporcionar elementos para una atención mas integral permite evaluar la funcionalidad y el éxito terapéutico así como las implicaciones éticas de someter a pacientes a rigurosos esquemas de tratamiento. Más importante aun es que permite evaluar el impacto que la enfermedad tiene en la vida de los pacientes y la forma en que ellos la perciben. Las mediciones de la calidad de vida son de importancia obvia, tanto para el paciente como para los sistemas que cuidan de la salud. De esa manera se obtiene información que permite enfocar y desarrollar metodologías de intervención y de esta forma reducir el impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida. (2)

Existen diversos estudios sobre calidad de vida los cuales se han realizado en países industrializados en donde la salud se toma como prioridad en las políticas estatales. Estos demuestran que la calidad de vida esta disminuida en los pacientes con obesidad, sobrepeso,

hipertensos, diabéticos pero estos no son de gran utilidad, debido a que fueron realizados en pacientes que viven situaciones de vida y estructuras sociales y económicas muy diferentes a las nuestras. A pesar de lo anterior hasta el momento no existe en Guatemala estudios que demuestren en realidad como es el tipo y calidad de vida de ellos, todo lo antes dicho es parte del conocimiento diario que surge de las revistas publicadas. (3)

La obesidad, la diabetes, y el stress produce en el paciente una mala nutrición, deficiencia física, baja autoestima, y debilidades psiquiatricas ya que en los estudios realizados revelan que las mujeres muestran los peores indicadores de problemas psicosociales, menos interacción social y baja salud percibida, y que en hombres se encuentra afectada la funcionalidad física, (donde disminuye la vitalidad física, la energía para levantarse y emprender algo). Analizando la calidad de vida según el grado de obesidad, los obesos.

Presentan baja función física social y de rol, deficiente percepción de la salud general y mayor dolor corporal. Se ve afectada en mayor porcentaje la esfera emocional y social.

A la fecha se desconoce la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los jóvenes que presentan obesidad, diabetes, stress, e hipertensión considerando que la obesidad y el sobrepeso se ha incrementado por diferentes factores en nuestro medio y por otra parte los talleres de nutrición y actividad física que actualmente brinda la Unidad de Salud no han tenido la afluencia esperada, (4)

Guatemala, uno de los países donde el Estado invierte menos en salud y solo destina 5 o 6 dólares por persona/año a la salud pública, comparado con los 4,000 dólares que países desarrollados le dedican, estas diferencias se traducen en una precaria atención a los pacientes en instituciones públicas, y un sistema de salud que no logra satisfacer las necesidades más urgentes. Lo cual aunado a la ya difícil condición económica en la que día a día subsisten los pacientes, dan como resultado las condiciones de vida y por consiguiente de salud que influyen grandemente en deteriorar la calidad de vida. Siendo así los fines primordiales de la Unidad de Salud promover y proteger la salud del estudiante universitario de la USAC, dentro de lo que compete a la nutrición, mas sin embargo a pesar de la implementación de los respectivos programas se evidencia un deterioro de la salud durante el transcurso de la carrera, razón por la cual se desea realizar el estudio para detectar las esferas más afectadas y tratar de nivelarlas. Ya que de los resultados que puedan obtenerse de el, se resolverán muchas, dudas, y al conocer cual es su situación real dentro de la sociedad, podrán realizarse proyectos sobre

bases sólidas que beneficien a esta población, para así lograr una mejor y decorosa calidad de vida (10)



### 3. REVISIÓN TEÓRICA Y REFERENCIA

#### 3.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada a la salud representa la forma en que el paciente percibe los efectos funcionales de una enfermedad y de su terapia consecuente.

Aunque mejorar la calidad de vida es un aspecto implícito al que tendremos los seres humanos, es hasta los últimos años cuando es abordado como tema de discusión en el campo teórico y en la práctica profesional. El término calidad de vida fue mencionado por primera vez por Pigou en 1920 en un libro sobre la economía y el bienestar, el apoyo gubernamental para la clase baja y el impacto que tenía en sus vidas, así como en el sistema financiero nacional. En 1949 Karnoski junto con Burchenal rompen con las aproximaciones convencionales de la época, al proponer una escala de valoración del pronóstico y evolución de los enfermos tratados con quimioterapia. En la actualidad dicha escala se continúa usando como instrumento de evaluación de calidad de vida relacionada a la salud. (7,9)

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien". En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud. (10)

En los años posteriores la Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para incluir el aspecto físico, emocional, y social. Fue hasta en el año 1977 cuando el término calidad de vida ingreso al index medico después de varios escritos y discusiones sobre el tema. Se

habían descuidado hasta entonces no solo indicadores reales de bienestar, si no todos los aspectos cualitativos a la vida del hombre.

El ingreso de este nuevo concepto en el mundo medico abarca distintas áreas de la salud que incluyen las psicológicas y sociales, vistas como distintas facetas que influyen en la persona, sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones.

Uno de los objetivos de tratar a los pacientes debe ser permitir que ellos se sientan bien de manera que les permita desarrollarse bien en sus actividades diarias. Muchos médicos y los investigadores clínicos reconocen la importancia de incorporar calidad de vida relacionada a la salud en su práctica clínica rutinaria ahora y en los estudios de investigación clínicos (12, 14,15).

### 3.1.1 Definición:

La organización Mundial de la Salud, basada en estudios multiculturales por medio de su grupo de trabajo en calidad de vida, la define como “la percepción de individuo, de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e interese”.

Todo ello complementando con la salud física, psicológica, el estado de independencia. Las relaciones sociales los factores ambientales y las creencias personales.

Un enfoque social sobre calidad de vida nos propone la CEPAL al definirla como “la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente”. Comprometiendo esfuerzos para el desarrollo, fruto del trabajo de la organización social de la tecnología y del uso del medio ambiente; tomando como factores determinantes un empleo estable, digno y bien remunerado y adecuados niveles de salud (7)

La calidad de vida, dada sus múltiples dimensiones, refleja la situación actual de su estado de vida y de sus perspectivas, incluyendo el estado funcional biológico, social, psicológico, estado moral y del entorno. Es decir comprende todos aquellos aspectos de las condiciones de vida de los individuos o del grupo social sus necesidades y la medida en que estos se satisfacen. No comprende únicamente satisfacciones materiales, más bien de aspectos de la vida relacionados con el desarrollo personal y de la autorrealización en un ecosistema equilibrado (3,5)

Existen múltiples aspectos de la vida, por el cual la Organización Mundial de la Salud define los siguientes tópicos que, aunque no son universales, es necesario para explicar sus componentes:

1. la calidad de vida puede ser expresada en términos de distancia entre la posición de un paciente y sus objetivos.
2. El paciente debe definir sus metas u objetivos lo bastante claros para estimar la distancia a que se encuentra de ellos.
3. La relación entre la enfermedad y la calidad de vida no es lineal.
4. La medida de la calidad de vida esta sujeta únicamente a las dificultades inherentes a la medida de las emociones (3).

El grupo de trabajo de la Organización mundial de la Salud identifico a través de estudios en todo el mundo, 10 factores que influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo.

1. Sentimientos positivos
2. Actividades de la vida diaria
3. Energía y fatiga
4. Sentimientos negativos
5. Capacidad de trabajo
6. Autoestima
7. Actividades de Ocio
8. Relaciones personales
9. Dolor y molestias
10. Sueño y descanso

Se puede señalar que mejorar la calidad de vida es un propósito hacia el cual debemos encauzar toda actividad política, económica, institucional, social y culturas; es una meta que nos propone el desafío de construir una sociedad que brinde a todos sus integrantes las mejores condiciones (deseables y posibles) para la plena realización individual y social, tanto en el terreno espiritual como en el material. Vincula factores objetivos y subjetivos relacionados con el proyecto personal de la vida de cada uno de nosotros, su objetivo es configurar un nivel suficiente para llevar una vida social, cultural y económicamente digna, una vida

verdaderamente humana: lo que depende de las particulares circunstancias socioculturales que definen a la comunidad y de las aspiraciones, deseos y propuestas de sus integrantes (12).

### 3.1.2 Medición de la Calidad de Vida:

Las características de abstracción y multidimensionalidad., hacen de la calidad de vida un aspecto imposible de medir de forma directa. Son los componentes los que dan sentido a la vida. Se miden las áreas de la vida. Aun así, los componentes mismos poseen a su vez facetas distintas, sub.- áreas o sub-componentes de los cuales es necesario ofrecer una panorámica cuando se pretende cuantificar la calidad de vida.

En los últimos años ha aumentado el interés por los estudios de calidad de vida en la investigación médica. Hace 20 años únicamente se publicaban 300 estudios anuales, probablemente por la dificultad que surge al investigar estos campos puesto que se trata de medir percepciones subjetivas. Actualmente el número de estudios en este campo de la medicina equivale a diez veces más. En el banco de datos de Medellín sobre “calidad de vida”, para el año 1978,1988 y 1998 se obtiene 271 311 artículos publicados, respectivamente. (8)

Se han desarrollado varias pruebas, genéricas y específicas, que pretenden medir aspectos diferentes de calidad de vida. Típicamente, la medición de la calidad de vida ha involucrado el desarrollo de encuesta que se diseñan para evaluar la percepción del paciente sobre la enfermedad y el impacto en su vida. Es inherente reconocer la dificultad que se tiene en la interpretación de estas encuestas, puesto que se intenta cuantificar percepciones subjetivas, por ello en el sistema de captura de datos WHOQOL para calidad de vida relacionada a la salud, se tiene en cuenta dos tipos de acercamiento: el acercamiento descriptivo y el de valoraciones de utilidad. Las valoraciones descriptivas intentan describir ampliamente en un individuo las diferentes dimensiones que conlleva el vivir con una enfermedad. Típicamente, este es el tipo de valoración que se esfuerza para describir a una persona en el ámbito físico y mental. La forma corta del WHOQOL (36 preguntas) es típica de este tipo de valoración;; esta bien validado, y ampliamente usada en numerosos estudios sobre obesidad, razón por la cual no se utilizo el cuestionario SF-36 ya que es genérico y no específico para una enfermedad. Los esfuerzos tienen que dirigirse a diseñar una encuesta específica sobre calidad de vida, las valoraciones de utilidad tienen por objetos determinar como los pacientes valoran su estado de salud. (9,10)

En España se analizaron 15 instrumentos genéricos de calidad de vida relacionado con la salud los cuestionarios que se realizaron presentaban versiones infantiles y/o para adolescentes. Las bases consultadas fueron Medline, HealtSTAR y psycLIT (1980-Agosto 2001) la estrategia combino diferentes palabras clave sin exclusión de ningún idioma, las principales características analizadas fueron las del contenido de los instrumentos y sus propiedades psicometrías.

El proceso de adaptación se encontró en el rango de 4 a 18 años. Por lo que las medidas tomadas fueron las de realizar los test en fase inicial de desarrollo.

En Chile se realizaron reflexiones críticas sobre las mediciones de Calidad de vida y concluyeron que existe una relación conflictiva, disonante. Donde se preguntaban si se equivocaban las mediciones sobre la realidad, se equivocaban las personas en sus percepciones o se equivocaban ambas o nadie lo hace. Razón por la que se postula la necesidad de revisar las mecánicas analíticas para que los estudios sobre la materia sirvan efectivamente al diseño de políticas públicas, sociales y culturales destinadas al mejoramiento de la calidad de vida.

En México en Agosto del 2002 se realiza un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades. Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor numero de personas con algún grado de discapacidad y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. Con este trabajo hace una revisión sobre la evolución del concepto de calidad de vida, ya que actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y salud mental. Ya que las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación validos, reproducibles y confiables. (6)

Ya que sabemos que la calidad de vida es un estado actual, que implica la valoración de un sujeto de su historia personal y de sus expectativas de vida. El evaluar la calidad de vida de un paciente, se hace necesario, no solo como parte de un tratamiento integral, si no también para determinar el impacto que la enfermedad ha tenido en el paciente, el cual resulta enorme cuando los conocimientos que se tienen acerca de la enfermedad son pocos. (9)

Este impacto afecta de forma directa el estado psicológico de las personas, volviéndose la actividad mental un conjunto de sentimientos negativos y pensamientos equivocados, que se traducen en una mala percepción de la calidad de vida. (10)

Tomando como base, algunos estudios donde la educación para la salud ha transformado la calidad de vida de las personas afectadas por esta y otras alteraciones donde el estilo de vida es importante y los resultados son alentadores por lo tanto es importante verificar en nuestra población los resultados. (9)

### 3.2.3 Descripción del WHOQOL-Abreviado

La Organización Mundial de la Salud del proyecto de la vida (WHOQOL) fue iniciada en 1991. Tomado de Sharon Word. La idea fue desarrollar una calidad de vida comparable de la cruz-cultural. Y determinar las opiniones del individuo en el contexto de la cultura, valor, y sus metas estándares como las preocupaciones personales. Los instrumentos de WHOQOL fueron desarrollados de colaboración en un número de centros por todo el mundo, y ha sido extensamente field-tested. (15)

El instrumento de WHOQOL-BREF abarca 26 preguntas, que miden 4 dominios, Dominios evaluados, cada uno con sus facetas son: Físico (Dolor, energía, sueño, movilidad, actividades, medicación y trabajo) Psicológico (Sentimientos positivos, pensamiento, estima. Cuerpo, sentimientos negativos y espiritualidad), Relaciones Sociales (relaciones sociales, soporte social y sexualidad) y Ambiente (Seguridad, hogar, finanzas, servicios, información, ocio, medio ambiente y transporte).

Los puntajes de los Dominios son escalados en una dirección positiva, es decir, los puntajes más elevados indican una mejor percepción de Calidad de Vida.

El WHOQOL-BREF es una versión más corta del instrumento original que puede ser más conveniente para el uso en estudios grandes de la investigación o ensayos clínicos.

Los puntos de consenso son las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar 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: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales.

Existen versiones de cuestionarios de los cuales tenemos el IWLQOL lite que contiene 17 preguntas y fue realizado para comparar la calidad salud-relacionada a la vida del individuo es un instrumento específico para obesidad proporciona 5 dominios (la función Física, la Autoestima, la Vida Sexual, el Dolor Público, el trabajo), se ha demostrado que contiene las propiedades de Psicolométrica excelentes. Y el WRSM de 20 preguntas que es el instrumento realizado para evaluar calidad de vida del obeso, ya que este es específico para observar el daño en aquellos con IMC superior y en mujeres con cierto tratamiento.

Para el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 1,600 millones de mayores de 15 años con sobrepeso y 400 millones, con obesidad, para el 2015 estima 2,300 millones de mayores de 15 años con sobrepeso y 700 millones con obesidad. (Centro de Prensa OMS, nota descriptiva no. 311,2006).

En la Universidad del Valle en el 2005 se realizó un estudio de 4978 pacientes de ambos sexos, sobre calidad de vida y se encontró un 26.2% de sobrepeso y 8% de obesidad, y 34% de pacientes que sufrían stress y un 3% con Hipertensión siendo los obesos los que presentaban más trastornos psiquiátricos, y presentando menos interacción social y baja salud percibida en los pacientes con Stress, Mientras que en la población masculina de 18 a 40 años presentaron 20.2% de sobrepeso y 6% de obesidad, siendo el trastorno más marcado la psicopatía. Percibiéndose así que la medida de la calidad de vida relacionada con la salud se ve más afectada en estas patologías.

En un estudio realizado en Septiembre del año 2005 por la Universidad del Valle de la Facultad de Nutrición encuentro que la obesidad pasa a hacer una epidemia global de enfermedades relacionadas a los hábitos y estilos de vida, llamadas enfermedades crónicas no transmisibles se estima más o menos 88% de estas enfermedades se relacionan a la muerte, mientras que en países como el nuestro explican alrededor del 40% de las muertes. Se estima en Guatemala que la incidencia de la obesidad y el sobrepeso como el stress se ve afectada por gran parte por los cambios dietéticos,

estilos de vida, afectando de esta manera la calidad de vida ya que se estima que para el 2020 aumente la prevalencia de un 46% a 57%. Y que mucha población morirá de las consecuencias del Stress. (10)

En otro estudio realizado en el 2001 por el Instituto de Seguridad Social (IGSS), en la población pediátrica indica que la tasa de sobre peso para niños es de 51%, y las niñas con 32% y obesidad en niños 55% y niñas 41% en el estudio del 2004 detectaron que la tasa de sobre peso y obesidad va en aumento ya que encontraron un sobrepeso 55%,

Y obesidad 45% ya que estudios hechos por diversos investigadores comprueban que dentro de esta línea, se encuentra mas afectada la calidad de vida, ya sea por antecedentes genéticos y sociales de cada individuo.

Dadas las características socio económicas del país y los datos de la OMS, este aumento obedece a dietas ricas en carbohidratos, estilo de vida , sedentarismo y aspectos psicológicos propios de cada persona, ya que Guatemala realizo un proyecto participando junto con 13 países de Latinoamérica para prevenir la obesidad en niños dada que estudios realizados en EE.UU. infiere en que la obesidad es uno de los grandes problemas de nuestra población ya que se ve afecta en todos los aspectos antes mencionados afectando de esta manera la calidad de vida del individuo.(10)

## 5. OBJETIVOS

### 5.2 OBJETIVO GENERAL

Describir la auto percepción de calidad de vida global en estudiantes de primer ingreso la Universidad de San Carlos de Guatemala durante 2007.

### 5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.3.1 Identificar la auto percepción del estado de salud física del estudiante de primer ingreso en la Universidad San Carlos de Guatemala en el año 2007.

5.3.2 Identificar la auto percepción del bienestar emocional del estudiantes de primer ingreso en la Universidad San Carlos de Guatemala en el año 2007.

5.3.3 Identificar la auto percepción de la condición social de los estudiantes de primer ingreso en la Universidad San Carlos de Guatemala en el año 2007.

5.3.4 Identificar la auto percepción del ambiente de los estudiantes de primer ingreso en la Universidad San Carlos de Guatemala en el año 2007



## 6. DISEÑO DEL ESTUDIO TECNICAS Y PROCEDIMIENTO

### 6.1 Tipo de Investigación

- Descriptivo

### 6.2 Unidad de análisis:

- Respuesta al cuestionario WHOQOL-BREF que los estudiantes universitarios de primer ingreso percibieron cuando se presentaron a la Unidad de Salud a realizarse su examen Multifásico en los meses de agosto a septiembre 2007.

### 6.3 Población

- Se incluyó en el estudio a todos los estudiantes universitarios de primer ingreso (195) que se presentaron a la Unidad de Salud a realizarse su examen Multifásico en los meses de agosto a septiembre 2007.

#### 6.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de primer ingreso en el año 2007, que se efectuaron examen Multifásico en la Unidad de Salud de la USAC
- comprendidos entre 18 a 25 años de edad

#### 6.3.2 Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Mayores de 25 años.
- Estudiantes con limitaciones físicas.



#### 6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
Auto percepción de Calidad de vida	Concepto multidimensional que tiene la persona en relación a su estilo de vida, vivienda, y situación económica	Respuestas a las preguntas siguientes: ¿Como valora la calidad de vida?, ¿está satisfecho con su salud?, ¿aprovecha su vida? ¿Realiza actividades con suficiente energía?	Buena, muy buena, ni buena ni mala, normal, mala y muy mala,	Ordinal	Cualitativa	Cuestionario WHOQOL-BREF
Auto percepción del estado de salud física	Concepto que tiene la persona en relación a su estado de salud física y mental	Respuestas a las facetas del dominio salud física esta contento con su apariencia física, duermes las suficientes horas, algún padecimiento le dificultad realizar actividades diarias, toma medicinas para llevar su vida, del instrumento WHOQOL-BREF	Muy satisfecho, insatisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, muy satisfecho Muy mal, mal, ni bien ni mal, buena muy buena	Ordinal	Cualitativa	
Auto percepción del bienestar Psicológico	Concepto que tiene la persona en relación a su bienestar mental y psicológico.	Respuestas a las facetas del dominio bienestar psicológico aprovechas su vida, cree que su vida tiene sentido, cuanto se concentra del instrumento WHOQOL-BREF	Para nada, muy poco, mas o menos, bastante, enormemente	Ordinal	Cualitativa	

Auto percepción de la Relación social	Concepto que tiene la persona en relación a la sensación de su bienestar que puede experimentar con otras personas	Respuestas a las facetas del dominio relación social que tan satisfecho esta en su vida sexual, como es su capacidad física para caminar que tan satisfecho esta con usted mismo, del instrumento WHOQOL-BREF	Muy satisfecho, insatisfecho, ni insatisfecho ni satisfecho, satisfecho, muy satisfecho	Ordinal	Cualitativa	Cuestionario WHOQOL-BREF
Auto percepción del ambiente	Concepto que tiene la persona en relación a su Sensación de seguridad personal y de bienestar emocional	Respuestas a las facetas del dominio ambiente Que tan satisfecho esta con su transporte, el ambiente donde vive es saludable, esta satisfecho con la condición de su hogar, del instrumento WHOQOL – BREF	Muy satisfecho, insatisfecho, ni insatisfecho ni satisfecho, satisfecho, muy satisfecho	Ordinal	Cualitativa	

## 6.5 Descripción detallada de las técnicas y procedimientos e instrumentos a utilizados

### 6.5.1 Técnicas:

Se revisaron los cuestionario a utilizar como el SF-36, el WHOQOL-ABREVIADO, OWLQOL, WRSM, pero se decide utilizar el WHOQOL-Abreviado por la razón que fue validado en la Unidad de Salud en enero del 2007 y utilizado en el área de Psicología en la Universidad San Carlos. El SF-36 no es específico para ninguna enfermedad y lo que concierne a los 2 restantes son específicos para la obesidad.

### 6.5.2 Procedimiento:

Este estudio se efectuó en la población estudiantil de primer ingreso que asistió a la evaluación de salud realizada en la Unidad de Salud de la Universidad San Carlos de Guatemala, los días lunes, martes y jueves en horario de 8:30 a 12:00 horas, a quienes se les explico sobre los objetivos y se les invito a participar en el estudio, y se les pidió honestidad al responder las preguntas.

Los datos del cuestionario fueron analizados de acuerdo al algoritmo proporcionado por la OMS. En el programa estadístico epi-info Versión 3.3

Se analizaron con base a frecuencia, porcentaje por sexo, así como medias de los dominios.

### 6.5.3 Instrumento para Recolección de Datos

Se utilizó el Cuestionario WHOQOL-BREF creado por la OMS y *validado en la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, este instrumento abarca 26 preguntas, que miden los amplios dominios siguientes: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. Los puntajes de los Dominios son escalados en una dirección positiva, es decir, los puntajes más elevados indican una mejor percepción de Calidad de Vida. El WHOQOL-BREF es una versión más corta del instrumento original que puede ser más conveniente para el uso en estudios grandes de la investigación o ensayos clínicos.

## 6.6 Aspectos éticos de la investigación.

No se utilizó consentimiento informado ya que el examen Multifásico es obligatorio. La investigación no implicó ningún tipo de daño físico, moral ya que se trabajó por medio de un cuestionario de preguntas utilizado y avalado por la OMS. Todos los resultados de la investigación fueron manejados anónimamente por el investigador respetando la confidencialidad de las mismas, no son utilizados para otros fines que no sean los planteados en el proyecto de la investigación.

## 6.7 Alcances y limitaciones de la investigación

El presente estudio proporcionó información acerca de la auto percepción que cada estudiante tienen de sí mismo en diferentes dimensiones de la vida, de lo cual será de utilidad para la Unidad de Salud ya que permitió conocer más a fondo las áreas en las que se encuentran afectados dichos estudiantes ya que por estudios realizados en países en desarrollo se esperaba encontrar el área psicosocial más afectada y así poder intervenir más específicas en el problema. Considerando que el estudiante justifica la falta de tiempo para la realización obligatoria de su examen de salud en esta. Logrando evaluar la calidad de vida a 195 estudiantes ya que la afluencia de la población es un poco disminuida, y que existieron estudiantes que se negaron a contestar el cuestionario,

## 6.8 Análisis, uso de programas y tratamientos estadísticos de los datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico Epi info. 2000, se calculó las frecuencias y porcentajes. En base a variables y dominios, así como los diferentes sexos. Se utilizó el sistema de análisis de Epi info, para realizar la conversión de los puntajes del cuestionario en sus diferentes dominios evaluando las respuestas 1 y 2 por separado, y otorgando una puntuación de 4-20 puntos para las diferentes respuestas. Para así luego transformar los puntajes de 0-100 puntos y así poder obtener las diferentes medias y desviaciones estándar. (Ver anexo 2)

## 7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Durante el periodo del 17 de agosto al 28 de septiembre, se recolectaron los datos en 195 estudiantes en la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la Universidad de San Carlos, los cuales, se presentan a continuación. De la población 44% fueron de sexo masculino y 56% de sexo femenino, con una edad promedio de  $20 \pm 2$  años (rango 17-25 años), cuyos grupos de edad por sexo se pueden observar en el cuadro 3.

De acuerdo a las interrogantes planteadas en este estudio, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

**Calidad de Vida Global:** la puntuación media de la población fue de 4 y como puede observarse en el cuadro 4, fue menor en las mujeres que en los hombres (4.01 vs. 3.83). En general, el 54% de los estudiantes perciben su calidad de vida como buena, y solamente el 4% como mala. Sin embargo, en comparación con solo el 2% de los hombres, casi una tercer parte de las mujeres (5%) la perciben como mala (Ver cuadro 1)

**Calidad de Vida Relacionada con la Salud:** este aspecto tuvo una puntuación más baja que el anterior (ver cuadro 4) y al igual que en el anterior, las mujeres perciben su salud de menor calidad que los hombres (3.28 vs 3.66).

**Calidad de Vida evaluada por dominios:** los dominios peor evaluados fueron Salud Física (56%) y Bienestar Emocional (65%). El mejor evaluado fue Condición Social (74%). En cuanto al dominio Ambiente, fue de 70%. Se observa que, en todos los dominios, las mujeres los calificaron más bajo que los hombres (Ver cuadro 2).

**Calidad de Vida de acuerdo con el Peso Corporal:** debido a que una buena parte de la población se encontró con peso por arriba de lo normal (45%), se decidió analizar como está la calidad de vida de acuerdo al peso de los estudiantes, utilizando para el efecto el IMC (Índice de Masa Corporal).

La calidad de vida, tanto global como la relacionada con la salud, fue valorada más baja en la población con peso por arriba de lo normal (Cuadro 5),

Relacionada con el peso corporal, la calidad de vida es buena en 79% de los estudiantes, mientras que el 69% de los obesos la perciben como mala. En relación con los dominios, el ambiente es el más afectado y el menos afectado es Salud Física, percibiendo una mejor calidad de vida los de bajo peso, para ambos sexos siendo el mejor dominio el de Condición Social, con lo que respecta al dominio de Ambiente se encuentra normal en los de peso normal, Y en los de bajo peso.

De acuerdo a los datos obtenidos según peso corporal, se observa que los valores asignados a los dominios Salud Física y Bienestar Emocional están más bajos en los estudiantes obesos (ver cuadro 9).

Percibiendo una mejor calidad de vida los de bajo peso, para ambos sexos siendo el peor dominio el de Salud Física (65%) y puntuando en los dominios 2,3, y 4 una media de 77. Con lo que respecta al dominio Condición Social es el mejor dominio en los de peso anormal (ver cuadro 9),

En general se observa diferencia de percepción entre hombres y mujeres pues estas últimas tienden a calificar mejor su calidad de vida mientras menos peso tienen.

Cuadro 1  
Auto percepción de la Calidad de Vida Global, de acuerdo a sexo.

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>TOTAL</b>	
	f	%	f	%	f	%
Muy Buena	19	22	20	18	39	20
Buena	51	59	56	51	107	55
Normal	14	16	28	26	42	22
Mala	2	2	5	5	7	4
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

**Cuadro 2**  
Evaluación porcentual de los dominios de la calidad de vida, de acuerdo a sexo.

<b>DOMINIO</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Salud Física	23	56	42	50
Bienestar Emocional	28	65	34	62
Condición Social	16	74	16	71
Ambiente	19	70	17	69

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

Cuadro 3

Distribución según edad y sexo de los 195 estudiantes de primer ingreso de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	<u>MASCULINO</u>		<u>FEMENINO</u>		<i>F</i>	%
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
15-19	38	44	50	46	148	90
20-24	45	52	47	43	92	95
25 o mas	3	4	12	11	15	15
TOTAL	86	44	109	56	195	100

Fuente: boleta recolectora WHOQOL-Bref

**Cuadro 4**  
Auto percepción de la Calidad de Vida de acuerdo a sexo.

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>HOMBRES</b>			<b>MUJERES</b>		
	Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Calidad de Vida Global	4	2	5	4	2	5
Calidad de Vida en Salud	4	1	5	3	1	1

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

### Cuadro 5

Auto percepción de la Calidad de Vida de estudiantes con peso por arriba de lo normal.

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Media	Mínimo	Máximo
Calidad de Vida Global	3.87	2	5
Calidad de Vida en Salud	3	1	5

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

Cuadro 6  
Evaluación de la Calidad de Vida global de los estudiantes de acuerdo a su peso.

<b>PESO CORPORAL</b>	<b><u>MUY BUENA</u></b>		<b><u>BUENA</u></b>		<b><u>NORMAL</u></b>		<b><u>MALA</u></b>	
	F	%	F	%	f	%	f	%
Bajo Peso	4	36	6	54	1	9	0	0
Normal	18	19	54	56	21	22	3	3
Sobrepeso	5	26	11	58	2	10	1	5
Obesidad	12	17	36	52	18	26	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>20</b>	<b>107</b>	<b>55</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

**Cuadro 7**  
Evaluación de la Calidad de Vida global de los estudiantes de sexo masculino según su peso corporal.

<b>PESO CORPORAL</b>	<b>MUY BUENA</b>		<b>BUENA</b>		<b>NORMAL</b>		<b>MALA</b>	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Bajo Peso	4	67	1	17	1	17	0	0
Normal	6	14	27	64	8	19	1	2
Sobrepeso	2	20	7	70	1	10	0	0
Obesidad	7	25	16	57	4	14	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

**Cuadro 8**  
Evaluación de la Calidad de Vida global de los estudiantes de sexo femenino según su peso corporal.

<b>PESO CORPORAL</b>	<b>MUY BUENA</b>		<b>BUENA</b>		<b>NORMAL</b>		<b>MALA</b>	
	F	%	F	%	f	%	f	%
Bajo Peso	1	10	5	90	0	0	0	0
Normal	12	22	27	50	13	24	2	3.7
Sobrepeso	2	20	7	70	1	10	1	0
Obesidad	5	12	20	49	14	34	2	4.9
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>18.3</b>	<b>56</b>	<b>51.4</b>	<b>28</b>	<b>25.7</b>	<b>5</b>	<b>4.6</b>

Fuente: boleta WHOQOL-Bref

**Cuadro 9**  
 Distribución porcentual según dominio, sexo y peso corporal de 195 estudiantes primer ingreso de la  
 Universidad de San Carlos de Guatemala

PESO CORPORAL	SALUD FISICA		BIENESTAR EMOCIONAL		CONDICION SOCIAL		AMBIENTE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	%	%	%	%	%	%	%	%
BAJO PESO	65	63	77	76	77	76	77	75
NORMAL	56	54	65	63	71	70	61	60
SOBREPESO	63	47	63	64	74	70	67	63
OBESIDAD	52	51	61	59	78	73	63	60

Fuente: boleta WHOQOL-Bref



## 8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los 195 estudiantes se encontró el 52% (45) de sexo masculino, la mayoría en edad de 20 a 24 años y 46% (50) de mujeres la mayoría en edades de 15 a 19 años. Según cuestionario WHOQOL-BREF, la mayoría de ambos sexos perciben su calidad de vida y su salud como buenas (54%) sin embargo, en comparación con los hombres, un porcentaje considerable de mujeres perciben su calidad de vida como mala (4.6%). En relación con los dominios de la calidad de vida, ambos sexos presentaron mas afectados Salud Física y Bienestar Emocional, siempre las mujeres puntuaron más bajo. Lo anterior puede deberse a patrones culturales y machistas que condicionan a la mujer a su función reproductiva, y a que históricamente se les haya asignado la función de cuidar lo que les ha significado una carga adicional de trabajo. Así también, como se ha reportado, las barreras socioculturales que se manifiestan en desigualdad de oportunidades en los campos político, social, cultural y económico, no sólo les impiden una participación plena, sino que afecta su Calidad de Vida y se convierte en un obstáculo que limita el desarrollo humano de éstas (5), probablemente es por esto que en todos los aspectos de la percepción de su calidad de vida las mujeres de este estudio puntuaron más bajo que los hombres.

En este estudio, la población es de primer ingreso a la universidad y aún no ha experimentado las presiones que conlleva la exigencia de los años posteriores de la carrera, además al evaluar la calidad de vida no se investigó la presencia de enfermedades concomitantes, por lo cual se hace necesario estudios futuros, no solo como parte de un tratamiento integral, sino también para determinar el impacto que las exigencias de una carrera o una enfermedad puedan tener en la persona.

Debido a que casi la mitad de la población se encontró con peso por arriba de lo normal (45%), se analizó cómo está la calidad de vida de acuerdo al peso de los estudiantes, utilizando para el efecto el IMC (Índice de Masa Corporal).

Se encontró que los estudiantes con peso por arriba de lo normal calificaron más baja su Calidad de Vida Global y la Calidad de Vida en Salud (media 3). En lo que respecta a la percepción de calidad de vida no difiere entre sexos ya que tanto las mujeres como los hombres la evalúan como buena (51% vrs. 59%). En general las mujeres calificaron mejor su calidad de vida mientras menos peso tiene probablemente por las exigencias sociales en cuanto al físico deseable.

En relación con los dominios de la calidad de vida, Salud Física (52% hombres y 51% mujeres) y Bienestar Emocional (61% hombres y 59% mujeres) fueron los peor evaluados por los estudiantes con obesidad, estos resultados están de acuerdo a la literatura en otros países donde se observa que estos son los dominios que deben de estar más afectados ya que la obesidad es considerada como una enfermedad crónica (8).

Se ha demostrado que las personas con sobrepeso u obesidad presentan dificultad en su desenvolvimiento ya sea en el aspecto físico, social, psicológico y con el ambiente que los rodea (10), por lo que es importante hacer notar lo extraño que los hombres y mujeres obesas de este estudio perciban su calidad de vida como buena, pero puede ser debido a que no se preocupan tanto por lo que piensa la gente y de cómo se ve su apariencia física, razón por la cual existe tanta obesidad en nuestro país.

A pesar de que la valoración de la calidad de vida fue positiva en la mayoría de estudiantes, y sabiendo que la calidad de vida es un estado actual que implica la valoración del sujeto de su historia personal y de sus expectativas de vida, y que puede cambiar porque cambian las circunstancias o el ambiente, es necesario dar seguimiento a la población estudiada para proporcionarles el apoyo necesario para mejorar su calidad de vida o evitar que esta empeore.

## 9. CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los estudiantes (55%) perciben su calidad de vida global como buena, 51% de los hombres y 56% de las mujeres.
2. La auto percepción de calidad de vida de salud física para la mayoría fue percibido como mala 56% hombres y 50% mujeres.
3. La auto percepción de Calidad de Vida de Bienestar Emocional fue percibido como mala 65% hombres y 62% mujeres.
4. La auto percepción de Calidad de vida de Condición Social fue percibida como buena 74% hombres y 71% mujeres.
5. La auto percepción de Calidad de vida de ambiente fue percibida como buena 70% hombres y 69% mujeres.

## 10. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la creación de programas de capacitación e información, con el fin de disminuir las informaciones inadecuadas que se tienen acerca de la enfermedad, constituyendo así una sociedad que apoye y contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente.
2. Implementar o efectivizar programas sobre la adecuada alimentación continua a la población Universitaria principalmente las de sexo femenino, por medio de charlas, utilización de videocintas con temas relacionados, así como revisar la calidad de vida que conllevan, como una medida preventiva encaminada a una mala salud y dificultades emocionales.
3. Conscientizar a los pacientes con enfermedades crónicas como el sobrepeso y obesidad sobre el adecuado manejo de sus alimentos, el ejercicio no obstante los aspectos psicológicos.
4. Implementar como parte de las normas establecidas por MSPAS la educación a los Universitarios sobre los estilos de Vida, para una mejor calidad de Vida.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Alonso, J. et al. Profile: Translation and preliminary validity, Spanish version of the Nottingham Health Am J Public Health Spa's 1990 Feb; (8):704-708
2. Angermeyer, R. et al. Modelos teóricos de calidad de vida en trastornos mentales, Barcelona, Masson. 2000 ( pp 19-29)
3. Asociación de la Salud. "Calidad de vida ", Órgano de la asociación Mundial de la Salud, New York 2001 ( pp 197-202)
4. Badia, X. Salamero, Alonso. La medida de la salud: guías de medición en español. Barcelona. Edimac. 2002 ( pp 417-428)
5. Barge, Schaapveid. D. Nicolson, A. Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias. Barcelona, Masson 2000 ( pp 93-105)
6. Fitzpatrick R, et al, Quality of life measures in health care applications and issues in assessment. BMJ.1992 Nov-Dic: 16(3):1074-1077
7. Guyatt, GH. et al. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Mex 1993: Sep; 24(8):622-629
8. Higshida Hirose, Bertha. "Educación Para la Salud", 2 ed. Mexico: Mc Graw Hill; 1995 ( pp 201-209 )
9. Katschnig, Freeman. et al. Calidad de vida en los trastornos mentales, Madrid, Masson. 2001 ( pp 93-108)
10. Kolotkin RI. et al. Quality of the life and obesity. Obesity Madrid 2001 Feb; 12 (6):639-649
11. Leplege, A. y Hunt, S. El problema de la calidad de vida en medicina, Jama 1998 Dic; 1 (4):19-23
12. Leung, K.F. Systemic model for Health-Related Quality for life. Jama 2000 Feb; 7 (3):2-3
13. Orley, John. Programme on Mental Health. World Health Organization. Geneva, 2 p.
14. Sansa, Gp. et al. Effect of moderate weight loss on health-related quality of life: analysis of combined data from 4 randomized trials of siburamine vs. placebo. Is J. 2001 Nov; 7(3):875-890
15. Wensteinlinder, Manuel, "Salud, Felicidad y longevidad". México :Trillas, 1993 ( pp 190-195 )

16. Whoqol-bref. Introduction Administration, scoring an generic version of the Assessment. Field Tial version, Dec. 1996. OMS.  
[http: www.popcouncil.org/AIDSQuest/instruments/WHOQOL-BREF.pdf](http://www.popcouncil.org/AIDSQuest/instruments/WHOQOL-BREF.pdf)

## 12. ANEXOS

### Anexo 1

#### EVALUACIÓN DEL DOCUMENTO WHOQOL-BREFF

Dominios	Facetas del dominio	Preguntas que conforman el dominio	Puntaje 0-100 puntos
Dominio 1 (Salud Física)	Dolor, energía, sueño, movilidad, actividades, medicación y trabajo	3,4,10,15,16,17,18	
Dominio 2 (Salud Psicológica)	Sentimientos positivos, pensamiento, estima, cuerpo, sentimientos negativos y espiritualidad	5,6,7,11,19,26	
Dominio 3 (Relaciones Sociales)	Relaciones sociales, soporte social y sexualidad	20,21,22	
Dominio 4 (Ambiente)	Seguridad, hogar, finanzas, servicios, información, ocio, medio ambiente y transporte.	8,9,12,13,14,23,24,25	