

LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



César Iván Rojas Jara



**EDITORIAL
KUNTUR**

La calidad de vida y la salud en estudiantes universitarios / César Iván Rojas Jara. La Paz: Editorial Kuntur, 2024.

80 pp.

ISBN: 978-9917-639-20-6

1. Calidad de vida, 2. Estado de salud, 3. Estudiantes universitarios.

La calidad de vida y la salud en estudiantes universitarios domiciliarios

Depósito legal: 4-1-3350-2024

ISBN: 978-9917-639-20-6

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11290752>

@ César Iván Rojas Jara

Edición

Editorial Kuntur

Diseño de carátula y composición:

Editorial Kuntur

Edición electrónica:

Editorial Kuntur

© Editorial Kuntur

La Paz, Bolivia

www.editorialkuntur.com

Editado en Bolivia/ *Published in Bolivia*

Primera Edición: mayo de 2024.

Todas nuestras publicaciones son sometidas a un proceso de arbitraje doble ciego de pares externos (*Peer Review Double Blind*).

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.



Licencia *Creative Commons* Reconocimiento - NoComercial - SinObrasDerivada 3.0 Unported License

LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

César Iván Rojas Jara



**EDITORIAL
KUNTUR**

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPÍTULO I

LA CALIDAD DE VIDA COMO VARIABLE MULTIDIMENSIONAL	9
1.1 Definiciones de calidad de vida (CDV)	9
1.2. Categorías de definiciones de CDV	14
1.3. Enfoques de medición de la CDV	18
1.3.1. Bienestar psicológico	18
1.3.2. Satisfacción personal o felicidad	19
1.4. Calidad de vida en contextos educativos y de la vida adulta	21

CAPÍTULO II

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CDV	25
2.1. Escala INTEGRAL de Calidad de Vida	26
2.2. Escala GENCAT	30
2.3. Escala San Martín	32
2.4. Escala de Eficacia y Eficiencia Organizacional	35
2.5. Escala de calidad de vida para estudiantes de ciencias de la salud	37

CAPÍTULO III

EL ESTADO DE SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	47
3.1. Definiciones relacionadas.....	42
3.2. Percepción de la salud.....	43
3.3. Dimensiones.....	45
3.3.1. Hábitos tóxicos.....	45
3.3.2. Antecedentes fisiológicos.....	48
3.3.3. Trastornos patológicos.....	48
3.3.4. Trastornos del estado de ánimo	49
3.3.5. Antecedentes gineco – obstétricos.....	50
3.3.6. Examen físico	51
3.3.7. Examen oral.....	52
3.3.8. Exámenes complementarios	53

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL ESTADO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES EN EL PERÚ	55
4.1. Aspectos metodológicos	55
4.2. Hallazgos	58
4.3. Discusión de resultados	65
4.4. Conclusiones	67

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES: LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO SALUDABLE Y DE CALIDAD.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
<i>Dimensiones centrales que definen la calidad de vida, según Schalock y Verdugo (2002)</i>	12
Tabla 2	
<i>Dimensiones e indicadores a evaluar, según la escala integral de calidad de vida (EICDV)</i>	26
Tabla 3	
<i>Escala de calidad de vida para estudiantes de ciencias de la salud</i>	40
Tabla 4	
<i>Calidad de vida según el estado de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Prueba de Chi-cuadrado</i>	61
Tabla 5	
<i>Calidad de vida por indicadores de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Pruebas de Chi-cuadrado</i>	61
Tabla 6	
<i>Estado de salud por indicadores de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Pruebas de Chi-cuadrado</i>	62
Tabla 7	
<i>Prueba de Chi-cuadrado (1)</i>	62
Tabla 8	
<i>Prueba de Chi-cuadrado (2)</i>	63
Tabla 9	
<i>Pruebas de Chi-cuadrado (3)</i>	64



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CDV) se ha convertido en un concepto fundamental para comprender el bienestar de las personas en diversos contextos, incluyendo el ámbito universitario. En este sentido, la CDV de los estudiantes universitarios se define como la percepción subjetiva que tienen estos individuos sobre su bienestar en diferentes dimensiones de su vida, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Al ser un concepto multidimensional, la evaluación de la CDV requiere de instrumentos que consideren las distintas dimensiones que la conforman. En este contexto, diversos instrumentos han sido desarrollados para medir la CDV en estudiantes universitarios, permitiendo obtener información valiosa sobre su estado de bienestar y los factores que lo influyen.

El estado de salud es uno de los factores más importantes que influyen en la CDV de los estudiantes universitarios. Un buen estado de salud físico y mental permite a los estudiantes participar plenamente en sus actividades académicas, sociales y personales, contribuyendo con su bienestar general. Sin embargo, diversos estudios han encontrado que los estudiantes universitarios presentan una prevalencia significativa de problemas de salud, como estrés, ansiedad, depresión y trastornos del sueño, los cuales pueden afectar negativamente su CDV.

En el caso del Perú, la investigación sobre la CDV relacionada al estado de salud de los estudiantes universitarios ha cobrado relevancia en los últimos años.

Diversos estudios han reportado que los estudiantes universitarios peruanos presentan niveles moderados de CDV, con diferencias significativas según variables como la carrera que estudian, el sexo, la procedencia y las condiciones socioeconómicas.

Es importante destacar que la CDV no es un estado estático, sino que se encuentra en constante cambio y se ve influenciada por diversos factores. En este sentido, comprender la CDV de los estudiantes universitarios en un contexto multidimensional y en relación con su estado de salud, permite identificar las necesidades específicas de este grupo poblacional y desarrollar estrategias y políticas públicas para mejorar su bienestar y CDV. Considerando lo expuesto anteriormente, el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre la CDV y el estado de salud de los alumnos de la Universidad “Daniel Alcides Carrión, filial Tarma, en el Perú (Rojas, 2012).

CAPÍTULO I

LA CALIDAD DE VIDA COMO VARIABLE MULTIDIMENSIONAL

1.1. Definiciones de calidad de vida (CDV)

Si bien el término CDV se utiliza con frecuencia, su significado preciso sigue siendo vago, debido a su connotación positiva es común que expertos en marketing, políticos y publicistas lo empleen de manera abusiva para promocionar productos, agendas, ideologías o directrices manipuladas y seguir las incluso de forma demagógica. Esta carencia de una definición explícita sobre la CDV es un rasgo distintivo desde todos los enfoques y disciplinas que la refieren y utilizan. Sin embargo, el trabajo de investigación y la puesta en práctica del concepto ha admitido un avance explicativo en su comprensión en las últimas décadas (Verdugo et al., 2013).

Para Campbell (1981), Meeberg (1993), como se citaron en Urzúa y Caqueo (2012), la utilidad del concepto de CDV se remonta a Estados Unidos, en la posguerra mundial; el mismo surgió como una herramienta de investigación para comprender la percepción de las personas sobre su bienestar general y su seguridad financiera.

A partir de la década de 1960, los eruditos sociales comenzaron a estudiar y utilizar ampliamente el constructo CDV en sus investigaciones. Para ese entonces, la



CDV se basaba en la caracterización objetiva de la información y data del estado socioeconómico, el nivel educativo o el tipo de vivienda de los individuos. Sin embargo, estudios posteriores revelaron que estos indicadores económicos por sí solos, no eran suficientes para explicar la dimensión de la CDV individual, ya que solo podían dar cuenta de un 15% de la misma (Bognar, 2005, como se citó en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Algunos expertos en psicología, como Campbell y Rodgers (1976) y Haas (1999), como se citaron en Verdugo et al. (2013), sugirieron entonces, que las aproximaciones subjetivas como: la felicidad, la satisfacción, el bienestar emocional, así como las interrelaciones personales, podrían ser más relevantes que los indicadores tradicionales, para explicar la variabilidad y poder darle una definición a este constructo. De hecho, encontraron que, a partir de dichos indicadores psicológicos y emocionales, se puede explicar hasta el 50% de la variación del constructo CDV y darle una definición más propia.

Shaw (1977, como se citó en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012) ofrece una definición de la CDV desde una perspectiva objetiva y cuantitativa, y refiere que es la dotación natural que posee todo individuo aunado a las contribuciones de su entorno familiar y social. En otras palabras, es la condición biopsicosocial de bienestar y de una persona determinada por: a) Las características físicas y mentales innatas de la persona; b) La influencia positiva del entorno familiar y social que proporciona el bienestar a la misma, y c) Las condiciones sociales, económicas y culturales del entorno, todo esto se resume en: salud física y mental, apoyo emocional, estabilidad familiar, relaciones interpersonales positivas, acceso a la educación, seguridad, oportunidades laborales, participación social y la calidad del medio ambiente, siendo todos estos factores medibles y cuantificables.

En este mismo orden de ideas, Hörnquist (1982) plantea que la CDV no es un concepto único y universal, sino que depende de la satisfacción individual que percibe el individuo en diferentes aspectos o esferas de la vida, dentro de los cuales las más importantes podrían ser: a) Esfera física: Que refiere salud, bienestar físico, alimentación adecuada, vivienda segura y un entorno saludable; b) Esfera psicológica: Esta representa un sano estado mental y emocional, que incluye buena autoestima, estrés equilibrado, capacidad para afrontar dificultades y sensación de bienestar general; c) Esfera social: Describe las relaciones saludables que la persona tiene con otras, incluye familia, amigos y comunidad, igualmente la sensación de pertenencia y apoyo social; d) Esfera de actividades: Describe las oportunidades que tiene la persona para participar en actividades que le resulten



significativas y satisfactorias como: el trabajo, el ocio, los hobbies y la educación; e) Esfera material: Refiere el nivel de ingresos y riqueza de la persona, y su posibilidad de acceder a bienes y servicios básicos, y f) Esfera estructural: Es el contexto social, económico y político en el que vive la persona, se puede contar la estabilidad del gobierno, la igualdad de oportunidades y la protección de los derechos humanos.

La CDV de una persona aumenta o disminuye en la medida que se satisfacen las necesidades concernientes a cada una de estas esferas, destacándose la importancia de considerar que no todas las personas tienen las mismas necesidades y prioridades, por lo tanto, la evaluación de la CDV debe realizarse de manera individualizada (Hörnquist, 1982).

En la década de 1990, el término CDV se fue desarrollando a cargo de investigadores en el ámbito de la salud, con el propósito de diferenciar y resaltar elementos específicos y propios que definieran este constructo, resultados de estudios enfocados en el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida por parte de los seres humanos (Smith et al., 1999, como se citaron en Urzúa y Caqueo, 2012).

A partir del siglo XXI, este concepto se consolidó como el marco de referencia general que envuelve todo el proceso de soporte, intervención y mediación, desde la evaluación inicial para conocer y manejar información de una persona y sus necesidades de soporte, pasando por ser la guía que permite el accionar de programas individuales, culminando por ser la apreciación final que coteja los resultados personales alcanzados en cuanto al bienestar y la satisfacción de la vida.

Con base en ello, la OMS (2001), en su Informe sobre la salud mental en el mundo define la CDV como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, la cual, es influenciada por el contexto cultural y el sistema de valores en el que se desenvuelve el sujeto, así como por sus propios objetivos, expectativas, normas e inquietudes; no es un concepto universal, sino más bien subjetivo, que depende del estado de salud (físico, psicológico y social) de las personas y varía de acuerdo con las circunstancias que rodean a la misma.

En la actualidad, la definición de CDV es compleja, multifacética y multidimensional ya que como refieren Haas (1999) y Schalock y Verdugo (2007), es una evaluación integral de las experiencias de vida individuales, tomando en cuenta los diversos aspectos que conforman su realidad, llega a ser un modelo que va

más allá de la simple ausencia de una discapacidad o enfermedad. Es un estado óptimo de bienestar individual, compuesto de diversos aspectos fundamentales o dimensiones, los cuales son afectados por componentes tanto personales como ambientales. Estas dimensiones centrales son comunes a todas las personas, pero pueden modificarse en cuanto a la importancia y valor que cada individuo les otorga. La evaluación de estas dimensiones se basa en indicadores que son sensibles a la experiencia, contexto cultural y social en el que se desarrolla la persona (Ver Tabla 1).

Es importante mencionar, que la definición de CDV se ve enriquecida, pero a la vez se complica, por su estrecha relación con otros conceptos como: el bienestar, la satisfacción personal, la adaptación al entorno, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, entre otros; esto debido al uso indistinto e intercambiable del término, por ciertos autores, que al no definir claramente un significado, promueve una confusión del constructo (Galloway y Bell, 2006; Gómez-Vela, 2004; como se citaron en Monardes et al., 2011). Por tal razón, es necesario aclarar que la CDV es la sumatoria de dimensiones que reúnen todos estos términos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Dimensiones centrales que definen la calidad de vida, según Schalock y Verdugo (2002).

Dimensiones	Definiciones y caracterización
Bienestar emocional (BE)	Caracterizado por la tranquilidad, la seguridad, la ausencia de agobios y la calma mental. Se evalúa a través de indicadores como la satisfacción personal, la autoestima positiva y la ausencia de estrés o emociones negativas.
Relaciones interpersonales (RI)	Este aspecto del bienestar emocional se refiere a la capacidad de interactuar efectivamente con otras personas, incluyendo amigos, familiares, compañeros de trabajo y vecinos. Implica construir y cultivar conexiones significativas que sean mutuamente beneficiosas y gratificantes.



Bienestar material (BM)	Disponer de recursos económicos suficientes para cubrir las necesidades y aspiraciones, así como contar con una vivienda y un lugar de trabajo adecuados, son aspectos fundamentales para alcanzar una CDV satisfactoria. Para evaluar este nivel de bienestar, se consideran indicadores como la calidad de la vivienda, las condiciones del lugar de trabajo, el nivel de ingresos (incluyendo pensiones y salarios), las posesiones materiales y la capacidad de ahorro o de acceder a gastos no esenciales.
Desarrollo personal (DP)	Este concepto abarca la capacidad de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y experiencias que contribuyen con el desarrollo personal y profesional. Se evalúa a través de diversos indicadores, como las limitaciones y capacidades individuales, el acceso a nuevas tecnologías, las oportunidades de aprendizaje disponibles y las habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Bienestar físico (BF)	Esta dimensión considera: Un estilo de vida saludable; implica un compromiso integral que abarca diversos aspectos, desde la atención médica hasta la alimentación, pasando por el sueño, la actividad física y el uso de ayudas técnicas cuando sea necesario. Al cuidar estos aspectos, podemos alcanzar un estado de bienestar físico y mental que nos permita disfrutar de una vida plena y activa.
Autodeterminación (AU)	Capacidad de tener la libertad de tomar decisiones sobre los aspectos más importantes de la vida, como: Una carrera, tiempo libre, un lugar de residencia y las personas con las que establecer relaciones. Es asumir la responsabilidad del propio bienestar y felicidad, eligiendo el camino que mejor se adapte a los propios valores, sueños y aspiraciones.

Inclusión social (IS)	Participar activamente en la vida comunitaria, integrándose a las dinámicas sociales de la ciudad o barrio, compartiendo experiencias y actividades con otros individuos. Sentirse parte de un grupo, conectado con la sociedad y contando con el respaldo de su entorno.
Derechos (DE)	Esta dimensión, que en realidad es un principio fundamental, implica que todas las personas, sin distinción alguna, merecen ser tratadas con dignidad y consideración. Esto incluye el respeto a su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad y derechos. La evaluación de este derecho se realiza a través de indicadores como la intimidad, el respeto, el conocimiento y el ejercicio de los derechos.

Nota. Adaptado de Schalock y Verdugo (2002, como se citaron en Verdugo et al., 2013).

1.2. Categorías de definiciones de CDV

Como se viene explicando, el concepto de CDV no posee una definición única y universalmente aceptada. No obstante, con fines pedagógicos, es posible agrupar las diversas definiciones existentes, en distintas categorías. En el presente estudio se tomarán en cuenta dos categorizaciones:

1. Categorización de la CDV, según Lawton (2001, como se citó en Rojas (2012). Esta categorización identificó cuatro categorías como principales, las mismas comprenden diversos dominios concretos relacionados con el bienestar de personas adultas en general:

CDV cimentado en lo físico: Fundamentada ante todo en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, ya que, esta categoría se concentra en los aspectos fisiológicos y biológicos que determinan el bienestar físico de un individuo. Incluye indicadores como:

- a) Salud general: El individuo goza de bienestar debido a la ausencia de enfermedades crónicas o graves, ya que sus órganos y sistemas corporales presentan un buen funcionamiento, lo que le permite tener la capacidad para realizar actividades físicas cotidianas. Esta



ausencia de dolores crónicos, de molestias o discapacidades físicas, permiten al individuo gozar de niveles de energía, resistencia, flexibilidad, coordinación y fuerza muscular, muy satisfactorio para una buena CDV

b) Seguridad física y acceso a servicios de salud: Este indicativo está relacionado con la protección física en contra de accidentes, violencia y amenazas ambientales, así como la disponibilidad y calidad de atención médica, preventiva y curativa.

c) Capacidad cognitiva: Es decir, la habilidad y destreza equilibrada para pensar, recordar y aprender.

CDV cimentado en lo social: Proporciona referencias tangibles que comprueben el vínculo con el ambiente externo, es decir, la habilidad de las personas para interactuar con los demás, participar en actividades sociales, frecuencia de las interacciones con sus contactos, en otras palabras, los indicadores medibles incluyen todo lo concerniente a la red social en la que se mueve el individuo, teniendo en cuenta que el nivel máximo de alcanzar todo esto socialmente no es necesariamente el objetivo de todos. Los indicadores de esta categoría son:

a) Establecimientos de vínculos: Son las relaciones familiares, de parejas y de amistades, que se establecen en el entorno del individuo, las cuales dan existencia a una red social de apoyo. Estos vínculos para ser efectivos deben ser de calidad, es decir, brindar el apoyo emocional, práctico o instrumental en momentos difíciles.

b) Involucramiento social satisfactorio: es la participación del individuo en actividades comunitarias, de grupos sociales, clubes, religiosas y educativas, que proporcionen sentido de pertenencia, conexión con la comunidad, sentimiento de aceptación y valoración social, además de felicidad y bienestar derivado de los diferentes involucramientos sociales.

CDV cimentada en la percepción subjetiva: Esta categoría refiere la evaluación y valoración individual que cada persona determina sobre su propia CDV. Es una medida subjetiva que considera factores como:



- a) Satisfacción general con la vida: Manifestada en las personas en el nivel de felicidad que sienten, junto al bienestar y la realización personal.
- b) Autoestima y valoración propia: Es la exteriorización que tiene un individuo de la confianza en sí mismo, de la percepción de sus propias capacidades. También se cuenta el control que este mantenga sobre la vida, lo cual, se percibe por la sensación de autonomía y la capacidad para tomar decisiones propias y sanas. Igualmente se cuenta el sentido del propósito y la significación de la vida.
- c) Optimismo y esperanza: Es la perspectiva positiva que internaliza una persona sobre el futuro y la capacidad que pudiese gozar para afrontar los desafíos.

CDV cimentada en lo psicológico: Esta categoría hace referencia al bienestar mental y emocional del individuo; se puede inferir que se encuentra conformada por los afectos que podría presentar el individuo, junto a los síntomas que generan malestar y las necesidades individuales que impactan de forma más amplia en la CDV en general. La percepción de control que tiene un individuo sobre su vida y su entorno es un factor determinante en su bienestar psicológico. Esta percepción de control puede ser primaria, es decir, basada en la capacidad del individuo para influir directamente en los acontecimientos, o secundaria, basada en la capacidad del individuo para adaptarse a los acontecimientos que no puede controlar (Schulz y Heckhausen, 2006, como se citaron en Rojas, 2012). Entre los indicadores de esta categoría se cuenta:

- a) Ausencia de trastornos mentales graves, como depresión, ansiedad o psicosis.
- b) Bienestar emocional, manifestado en las habilidades de manejar el estrés, las emociones dificultosas y los retos de la vida. Aunado a experimentar continuamente emociones positivas de felicidad, alegría, satisfacción y entusiasmo.
- c) Autoconciencia y resiliencia: El individuo con control psicológico puede comprender a profundidad los propios pensamientos, sentimientos y motivaciones, y esto le permite a su vez, tener des-



trezas para adaptarse a situaciones adversas y superarlas con éxito.

2. Categorización de la CDV según Borthwick-Duffy (1992) y Felce y Perry (1995), como se citaron en Monardes et al. (2011) y Urzúa y Caqueo-Urizar (2012). Para estos autores la evaluación de la CDV requiere un enfoque holístico que considere tanto factores objetivos como subjetivos, la controversia en torno a este concepto radica en la forma en que estos elementos se ponderan y se integran para determinar el nivel de bienestar de un individuo. Esta categorización para definir la CDV se fundamenta en cuatro dimensiones:

a) CDV = Condiciones de vida: De acuerdo con esta perspectiva, la CDV se concibe como un indicador integral que refleja el bienestar de un individuo en diferentes dimensiones de su vida, tomando en cuenta aspectos físicos, sociales, demográficos y funcionales que pueden ser medibles al ser evaluados, sin interpretaciones subjetivas, estos en principio se analizaban desde la perspectiva del bienestar.

b) CDV = Satisfacción con la vida: En este aspecto, la CDV se asocia con la satisfacción personal, sugiriendo que la vida en sí es la suma de las satisfacciones obtenidas en diferentes áreas de la existencia, sin considerar las condiciones objetivas. En esta categoría, la definición individual de satisfacción juega un papel crucial en la evaluación del bienestar material de cada persona. En otras palabras, la percepción subjetiva de la satisfacción con las posesiones materiales determina en gran medida el nivel de bienestar que experimenta cada individuo en este ámbito.

c) CDV = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida): Se conceptualiza la CDV como la intersección entre las condiciones de vida y la satisfacción personal. Esta definición busca abarcar el constructo desde una perspectiva integral, incluyendo tanto aspectos objetivos como subjetivos. Esta perspectiva multidimensional permite una comprensión más completa de la CDV, al reconocer que la satisfacción personal es un factor crucial en la determinación del bienestar general. Cabe destacar que la correlación entre los datos objetivos y la satisfacción personal no siempre es directa.

d) CDV = (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) * Valores: La CDV se define como la conjunción de las condiciones materiales objetivas en las que vive un individuo y su percepción subjetiva de satisfacción con dichas



condiciones. Esta valoración personal está modulada por los valores, aspiraciones y expectativas que cada individuo posee. El bienestar material no solo se limita a evaluar el nivel de ingresos de una persona y su satisfacción con ellos, sino que también abarca la valoración o importancia que el individuo le otorga a este aspecto en su vida.

1.3. Enfoques de medición de la CDV

Los enfoques de medición de la CDV son metodologías que buscan evaluar y comprender el bienestar y la satisfacción de las personas, en diversos aspectos de su vida. Estos enfoques abarcan tanto dimensiones objetivas como el acceso a los servicios básicos o el estado de salud física, como dimensiones subjetivas, como la percepción de felicidad, satisfacción personal y autorrealización, todo de acuerdo con las diversas concepciones y categorizaciones que existen multidisciplinariamente en torno a este constructo (Monardes et al., 2011).

La evaluación de la CDV resulta un reto complejo debido a su naturaleza insoslayable, pluridisciplinar y a las diversas dificultades que presenta su propia medición. Por tal razón, son varios los enfoques principales y que históricamente han abordado esta tarea. Para Schalock y Verdugo (2002, como se citaron en Verdugo et al., 2013), los grandes estudiosos de la CDV, en el ámbito de las escalas multidimensionales, han puesto el foco en las reacciones subjetivas que las personas tienen ante las experiencias que marcan su vida. Para cuantificar estas evaluaciones subjetivas, se han utilizado dos enfoques diferentes: el bienestar psicológico y la satisfacción personal o felicidad.

1.3.1. Bienestar psicológico

Con respecto a este punto, Schalock y Verdugo (2002, como se citaron en Verdugo et al., 2013) manifiestan que es una valoración multidimensional, ya que se centra en la percepción subjetiva, emocional, cognitiva, social y existencial, que realiza un individuo sobre su estado de vida y el agrado que esta estima por los diferentes dominios que tiene de la misma. Para estos autores, un mayor bienestar psicológico, se asocia a una mejor CDV en general. Los elementos a medir y evaluar dentro de este enfoque se relacionan con: a) Las emociones positivas como el sentir alegría, satisfacción, entusiasmo; b) Desarrollo de una sana autoestima, autoeficacia y resiliencia, como funcionamiento psicológico positivo; c) Establecimiento de relaciones positivas y significativas con familiares, amigos y la comunidad en general; d) Búsqueda de metas, propósitos en la vida y



desarrollo del sentido de control de la misma. Existen dos enfoques principales para medir el bienestar psicológico en el contexto de la CDV, que se señalan a continuación.

1.3.1.1. Enfoque etnográfico

Estos estudios sugieren que la investigación longitudinal, con observación no intrusiva y naturalista, es la herramienta más adecuada para evaluar la CDV de las personas en sus contextos naturales. Los mismos, pueden utilizarse para compendiar información muy detallada sobre cómo los individuos perciben y experimentan la CDV en la cotidianidad, y los métodos para la recolección de dicha información incluyen entrevistas en profundidad, grupos focales y observación de participantes. En el marco de la investigación etnográfica, los enfoques antropológicos tradicionales no suelen emplear las técnicas psicométricas o las entrevistas estructuradas características de las escalas multidimensionales antes mencionadas (Schalock y Verdugo, 2002, como se citaron en Verdugo et al., 2013).

1.3.1.2. Enfoque de análisis de discrepancia

Se basa en la comparación de las expectativas o aspiraciones de los individuos con su realidad actual, siendo este el estándar referencial con que el individuo mide su CDV. A partir de este enfoque, la CDV se erige como un elemento crucial en el diseño de políticas sociales y en la búsqueda de su optimización, el cual aboga por su utilización para identificar las carencias existentes en diferentes sectores de la población. La información obtenida podría emplearse para evaluar de manera diferencial la relevancia de diversos ámbitos o dimensiones que influyen en la vida de las personas, con el objetivo de considerarlos en la asignación de recursos por aquellos que elaboran las mejoras sociales y políticas (Schalock y Verdugo, 2002, como se citaron en Verdugo et al., 2013).

1.3.2. *Satisfacción personal o felicidad*

La satisfacción personal o felicidad es un estado emocional positivo que se caracteriza por sentimientos de alegría, contentamiento y bienestar; este estado se asocia con la vivencia de experiencias placenteras y un sentido general de satisfacción con la vida de la persona que lo experimenta. Si bien la felicidad representa un componente fundamental de bienestar psicológico y satisfacción,



no define en su totalidad estos componentes; es posible experimentar un estado de bienestar psicológico y satisfacción total sin sentir felicidad constante, y de igual manera, se puede ser feliz sin experimentar un bienestar psicológico pleno y una satisfacción total (Schalock y Verdugo, 2002).

En su mayoría este método es una herramienta conceptual muy aplicable para medir y evaluar la CDV de las personas, particularmente aquellas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Existen dos enfoques principales para medir la satisfacción personal o felicidad en el contexto de la CDV, los cuales se explican seguidamente.

1.3.2.1. Enfoques subjetivos

Fundamentados en informes exhaustivamente detallados que proporcionan los propios individuos sobre sus niveles de satisfacción personal o felicidad, mediante los cuales, se pueden medir y evaluar una amplia gama de aspectos en torno a este tema, considerándose entre los más relevantes: a) Bienestar emocional (autoestima, satisfacción con la vida, felicidad, optimismo, gratitud; b) Relaciones sociales (calidad de las relaciones, amor y afecto, confianza, apoyo social); c) Salud mental (bienestar cognitivo y emocional, autocuidado), entre otros, como las oportunidades y las percepción de libertades. Los métodos comunes de medición subjetiva incluyen escalas de calificación, cuestionarios y diarios (Schalock y Verdugo, 2002).

1.3.2.2. Enfoques objetivos:

Asentados en indicadores externos de satisfacción personal o felicidad, como el nivel de ingresos, acceso a la vivienda, acceso a los servicios básicos, condiciones y oportunidades laborales, acceso a espacios verdes, estabilidad política, libertad de expresión, el estado de salud y las relaciones sociales, entre muchos otros. Esta tipología de enfoque puede utilizarse para complementar las medidas subjetivas y proporcionar una imagen más completa de la CDV. Los métodos comunes de medición objetiva incluyen análisis de datos administrativos, encuestas y observación (Schalock y Verdugo, 2002).



1.4. Calidad de vida en contextos educativos y de la vida adulta

La CDV es un concepto multidimensional que se refiere al bienestar general que percibe y determina una persona, de varios de los aspectos subjetivos y objetivos, medibles o cuantificables, así como los no tan palpables de la vida que está desarrollando en un entorno determinado. En el contexto educativo, la CDV se asocia con la capacidad de los estudiantes para aprender, desarrollarse y prosperar en un entorno seguro y favorable. En cuanto a la vida adulta, la CDV se relaciona con la capacidad de las personas para alcanzar sus metas, participar en la sociedad y disfrutar de una vida plena y significativa (Pineda et al, 2014).

La evaluación de CDV en el ámbito educativo y en la vida adulta en general, ha cobrado relevancia en los últimos años, por considerarse un indicador integral del bienestar y el progreso personal; sobre todo en alumnos y adultos que presentan discapacidades y problemas en el desarrollo psicomotor y cognitivo, recientemente forma parte de una tendencia cultural más amplia de interés por medir, evaluar y documentar con datos cuantificables los avances educativos y pedagógicos, que han alcanzado las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales de los servicios sociales en cuanto a este tema (Crane, 2005, como se citó en Verdugo et al., 2013). Esta evaluación va más allá de los logros académicos o profesionales, e incluye dimensiones como la salud física y mental, las relaciones sociales, el sentido de pertenencia, la autonomía y las oportunidades de participación, entre otras.

Una buena CDV es fundamental para el desarrollo integral tanto de las personas en general como de los estudiantes en particular, ya que un individuo con una CDV adecuada tiene mayores posibilidades de alcanzar su máximo potencial en todos los ámbitos de su vida, en esto radica la importancia de la CDV en el desarrollo integral tanto de estudiantes como de adultos (Monardes et al., 2011).

El modelo de CDV propuesto por Schalock y Verdugo (2002) y Gómez et al. (2010), respaldado por un extenso cuerpo de investigaciones empíricas que avalan su conceptualización, formulación, aplicación y validación en diversos contextos, emerge como una herramienta invaluable para guiar y evaluar el progreso en las transformaciones educativas y en la vida adulta. Este modelo, al centrarse en la consecución de resultados individualizados, permite constatar de manera efectiva los avances alcanzados en el ámbito escolar y en la vida adulta de las personas.



Para Pacheco et al. (2014) y Pineda et al. (2014), la evaluación de la CDV ha permitido observar mejoras en varios aspectos fundamentales que influyen en el bienestar, felicidad y satisfacciones de los individuos, a continuación, se manifiesta:

En el caso de los estudiantes, la CDV:

- Propicia un mayor rendimiento académico: Un estudiante que goce de una buena alimentación, medios de traslados, conviva en un entorno familiar estable, tenga acceso a atención médica, pueda contar con medios suficientes para cubrir sus gastos estudiantiles; cuenta con factores que contribuyen a una mejor CDV y, por lo tanto, a un mayor rendimiento académico.
- Favorece una mejor salud mental y emocional: Los estudiantes en cualquier nivel de estudio que perciban y tengan una buena CDV son menos propensos a sufrir problemas de salud mental como: ansiedad, depresión, frustración, temor, tristeza extrema, soledad y sentimientos de incapacidad y falta de logro, lo que les permite disfrutar de una vida más plena y productiva. Y esto permite el involucramiento con los otros.
- Colabora con mayor desarrollo social: Las oportunidades que pueda tener un estudiante para participar en actividades extracurriculares, jornadas de desarrollo escolar y personal, relacionarse con otros estudiantes y desarrollar habilidades sociales son esenciales para el mejoramiento, crecimiento y progreso integral como seres humanos, y esto eleva igualmente la CDV.
- Contribuye en el bienestar general: Una buena CDV se traduce en un mayor bienestar general, lo que permite a los estudiantes sentirse felices, seguros y motivados para alcanzar sus metas (Pacheco et al., 2014; Pineda et al., 2014).

En el caso de los adultos, los aspectos más relevantes de la CDV, según De Vincez y Tudesco (2009); Monardes et al. (2011) son:

- Consolidación personal: La CDV en la etapa adulta cobra especial relevancia, pues subjetivamente se trata de una etapa en la que se consolida la identidad, se desarrollan las capacidades plenas y se contribuye activamente a la sociedad. Poder contar con CDV permite que aquellos aspectos relevantes del desarrollo integral de un individuo se puedan lograr y consolidar para vivir una vida plena y satisfactoria.



- Disfrute de salud física: En la etapa adulta el que un individuo pueda contar con acceso a servicios de salud de calidad, mantener una alimentación balanceada y practicar actividad física de manera regular, son pilares esenciales de la CDV que contribuyen significativamente para tener una buena salud física, siempre que la persona lo requiera como agregado saludable
- Lograr y mantener una excelente salud mental: Un componente elemental dentro de las consideraciones de la CDV es el disfrute de un bienestar emocional y psicológico completo, el cual se vuelve necesario para el desarrollo integral del adulto. Factores como la gestión del estrés, la construcción de relaciones sanas y la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesario, son aspectos importantes a considerar que se perciben en plenitud y satisfacción en la edad adulta.
- Alcanzar el bienestar social: La vida llena de satisfacción y bienestar es complemento de sentirse parte de un grupo o comunidad, contar con una red de apoyo sólida y tener oportunidades de participación social son elementos que contribuyen significativamente a la CDV, y a su vez, son indicadores del disfrute de la misma.
- Lograr la realización personal: El ser humano en la etapa adulta, cuando anhela progreso personal otorga gran significancia a la posibilidad de perseguir y alcanzar metas, desarrollar talentos y sentirse satisfecho con los logros adquiridos, esto se torna fundamental para el bienestar integral del adulto y acrecienta la percepción de tener y gozar CDV.
- Disfrutar de un entorno favorable: Una de las dimensiones cuantificables y esenciales de la medición y evaluación en una persona de disfrutar de una positiva y buena CDV es la posesión de vivir en un ambiente seguro, limpio y con acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento y vivienda digna, aspectos esenciales que otorgan satisfacción y consolida por lo tanto felicidad y alegría.

Según Córdoba y Verdugo (2003) y Córdoba et al. (2006), en los últimos años, se ha observado un auge en la investigación sobre la CDV en Europa, donde diversos estudios han arrojado avances significativos, enfocándose principalmente en el desarrollo y validación psicométrica de instrumentos para evaluar este constructo en diferentes contextos; dichos instrumentos se han aplicado tanto en el ámbito educativo general como en la vida adulta y familiar, con especial énfasis



en personas con discapacidad intelectual y en la evaluación de servicios sociales para diversos grupos poblacionales, verificando que entre los beneficios tanto para estudiantes como para el adulto, la CDV otorga: Mayor productividad y rendimiento escolar y laboral, reducción del ausentismo por enfermedad en el contexto educativo y laboral, disminución de los niveles de estrés y ansiedad, fortalecimiento de las relaciones interpersonales, satisfacción académica y laboral, mayor esperanza de vida, aumento de la satisfacción y el bienestar general, personas más felices y plenas, crecimiento y mejoramiento personal, educativo y profesional, participación activa en la sociedad, entre otros.

CAPÍTULO II

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CDV

Siguiendo el modelo de Schalock y Verdugo, se han desarrollado en Europa, y particularmente en España, instrumentos relevantes para evaluar la CDV en distintos contextos y con diversos individuos, tales como: Niños y adolescentes con y sin discapacidad, en el ámbito educativo; personas con discapacidad intelectual, en su vida adulta y, personas que son beneficiadas por la atención en los servicios sociales (Verdugo et al., 2013).

La escala GENCAT sobresale entre las herramientas de evaluación disponibles, gracias a sus sólidas propiedades psicométricas y su amplia aplicación en España y otros países. Cabe destacar también la existencia de nuevos instrumentos desarrollados por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca, como la escala San Martín cuya inminente publicación las convierte en opciones muy recomendables debido a su mayor rigor científico y mejor adaptación a las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, así como a otras personas cuya CDV puede verse afectadas por otros y nuevos padecimientos como la ansiedad, depresión y enfermedades de índole psico cognitivas y emocionales (Verdugo et al., 2013).

Mediante la aplicación de estos instrumentos, tanto los de reciente creación como los ya existentes, se puede obtener un perfil e índice de CDV. Estos indicadores permiten evaluar las puntuaciones del individuo en las diversas áreas

del bienestar y compararlas (puntuación total y percentil) con un baremo predefinido. Las escalas en cuestión no solo son útiles para evaluar a individuos en el contexto de la proyección de programas, sino que también pueden emplearse con datos agrupados por servicios o programas para generar un perfil de la organización y tomar decisiones que beneficien la CDV de los usuarios (Verdugo et al., 2013).

2.1. Escala INTEGRAL de Calidad de Vida

La Escala Integral de Calidad de Vida (EICDV) es un instrumento único y novedoso desarrollado por Verdugo, Gómez y Arias (2007) para medir y evaluar la CDV de personas con discapacidad intelectual, desde dos perspectivas: subjetiva y objetiva; tanto de la persona que tiene la discapacidad como del profesional que la acompaña y la atiende. De esta manera, se habilita la evaluación y se contribuye con el mejoramiento del paciente, al conjugar ambas perspectivas.

La fundamentación de la Escala Integral se sustenta en investigaciones previas que exploraron la relevancia y percepción del concepto de CDV en individuos con discapacidad intelectual, sus familiares y profesionales; estos estudios fueron realizados por: Verdugo, Arias y Gómez (2005); Schalock, Verdugo, Jenaro, Wang, Wehmeyer y Xu, (2005); Verdugo, Schalock y Caballo (2005); Gómez y Gómez (2006); Schalock, Verdugo, (2005), como se citaron en Verdugo et al. (2007). Este sólido marco de referencia posibilitó un análisis profundo de las ocho dimensiones y los indicadores centrales que componen el modelo multidimensional de CDV propuesto por Schalock y Verdugo en el 2003 (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Dimensiones e indicadores a evaluar, según la escala integral de calidad de vida (EICDV)

DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Bienestar emocional	Este estado se caracteriza por una sensación de tranquilidad, seguridad y ausencia de agobios o nerviosismo.	Alegría, autoconcepto, ausencia de estrés, sentimientos positivos y negativos

Relaciones interpersonales	Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas. Esto incluye la capacidad de interactuar con diversas personas, formar amistades y mantener una buena convivencia con el entorno social (vecinos, compañeros de trabajo, etc.).	Interacciones, relaciones de amistad, red de apoyo.
Bienestar material	El individuo disfruta de una situación económica holgada que le permite cubrir sus necesidades básicas y adquirir bienes y servicios deseados. Además, cuenta con una vivienda y un lugar de trabajo adecuados a sus necesidades.	Estado financiero, empleo, vivienda. Lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
Desarrollo personal	Refiere el desarrollo personal y profesional del individuo, enfocándose en la capacidad de adquirir conocimientos, habilidades y experiencias que le permitan crecer y alcanzar sus metas.	Limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades), habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Bienestar físico	Mantener un estilo de vida saludable implica cuidar diversos aspectos del bienestar físico y mental, incluyendo la atención sanitaria, el sueño, la alimentación y la actividad física.	Atención sanitaria, estado de salud, actividades de la vida diaria, ocio, alimentación.
Autodeterminación	Posibilidad de escoger entre diversas opciones en todos los ámbitos de su vida. No está limitada a un solo camino, sino que puede explorar diferentes alternativas y seleccionar la que mejor se adapte a sus necesidades y deseos.	Autonomía/control personal, metas, preferencias, decisiones y valores personales, elecciones.

Inclusión social	Involucrarse en espacios públicos y sociales frecuentados por otros, participando activamente en sus actividades como uno más, para desarrollar: Sentirse parte de la sociedad y de una comunidad, experimentar una sensación de integración y contar con el apoyo y compañía de otras personas.	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
Derechos	El individuo busca ser tratado con igualdad y respeto por parte de los demás, reconociendo su individualidad, opiniones, deseos, privacidad y derechos. Aspira a ser valorado como cualquier otro miembro de la sociedad, sin discriminación ni prejuicios.	Derechos legales, humanos (dignidad y respeto). Conocimiento

Nota. Adaptado de Schalock y Verdugo (2003), como se citaron en Verdugo et al. (2009a).

Verdugo et al. (2007), refieren que la parte objetiva de la EICDV, compuesta por 23 ítems que se identifican por su carácter objetivo debido a tres aspectos principales: a) Evaluación de aspectos tangibles/medibles y objetivos de la CDV, lo que permite una evaluación precisa y consistente; b) Formato de respuesta dicotómico (sí/no), caracterizándose con simplicidad y facilitando la respuesta y la obtención de información clara y concisa, minimizando la ambigüedad y la subjetividad en las respuestas y; c) Valoración de un observador externo: La escala refleja la perspectiva de un profesional externo, conocedor de la persona con discapacidad intelectual, quien puede brindar una apreciación objetiva y confiable de su CDV.

Según Castro et al. (2017), la parte objetiva de la EICDV desarrollada por el profesional, consta de 23 ítems distribuidos en 5 dimensiones. El profesional evalúa cada ítem de forma dicotómica, asignando un valor de 0 si no se ha adquirido la característica en cuestión y un valor de 1 si se ha logrado su adquisición; esta escala se distribuye de la siguiente manera:

1. Autodeterminación (8 ítems): Evalúa la apreciación del profesional acerca de las habilidades de la persona con discapacidad para tomar deci-



siones de forma independiente y establecer sus propias metas. La escala realiza preguntas al profesional sobre la persona con discapacidad, por ejemplo: ¿Manifiesta intereses y objetivos propios y hace planes para alcanzarlos? ¿Toma decisiones sobre su vida personal y laboral de forma autónoma?

2. Inclusión social (3 ítems): Evalúa el nivel de inclusión social de la persona con discapacidad en su entorno. Algunos ejemplos de ítems incluyen: ¿Tiene amigos con los que realiza actividades de su agrado? ¿Participa en actividades sociales y comunitarias?

3. Bienestar laboral (3 ítems): Mide la satisfacción de la persona con discapacidad con su trabajo y su capacidad para desempeñarlo de forma competente. Ejemplos de ítems incluyen: ¿Realiza su trabajo de forma competente y responsable? ¿Se siente satisfecho con su trabajo?

4. Bienestar material (4 ítems): Evalúa el acceso de la persona con discapacidad a las necesidades básicas y a los recursos necesarios para vivir una vida digna. Algunos ejemplos de ítems incluyen: ¿Tiene las cosas que necesita para vivir con dignidad? ¿Tiene acceso a una vivienda adecuada?

5. Bienestar emocional y físico (5 ítems): Mide el estado emocional y físico de la persona con discapacidad. Algunos ejemplos de ítems incluyen: ¿Habitualmente está alegre y de buen humor? y ¿Se siente sano y con energía?

La evaluación subjetiva de la EICDV, según Verdugo et al. (2007), se caracteriza por: a) Recopilar información sobre aspectos subjetivos e individualistas de la CDV de las personas; b) Utilizar un formato de respuesta tipo Likert, es decir, que se responden en una escala de cuatro puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo) y c) Representar la valoración y percepción personal del individuo con discapacidad.

En total, la escala cuenta con 39 ítems y según Castro et. al (2017), se caracteriza de la siguiente manera:

Autodeterminación (8 ítems): Con esta dimensión se evalúa la capacidad del individuo para tomar sus propias decisiones y controlar su vida. Ejemplos de las preguntas: ¿Hago compras en tiendas y supermercados? ¿Tomo mis propias decisiones sobre cómo gastar mi dinero?

Bienestar laboral (4 ítems): Se evalúa la satisfacción del individuo con su trabajo y sus relaciones laborales. Ejemplos de estos ítems: ¿Mis relacio-



nes en el trabajo son buenas? ¿Me siento valorado por mi trabajo?

Bienestar material (9 ítems): En este apartado se evalúa el nivel de satisfacción del individuo con sus posesiones materiales y su nivel de vida. Ejemplos de ítems: ¿Tengo dinero para comprarme las cosas que necesito? ¿Vivo en una casa que me gusta?

Bienestar emocional y físico (7 ítems): Esta dimensión evalúa la salud mental y física del individuo. Ejemplos de ítems: ¿Estoy contento con mi vida? ¿Duermo bien por la noche?

Bienestar familiar (3 ítems): Se evalúa la calidad de las relaciones del individuo con su familia y se le puede preguntar: ¿Tengo una buena relación con mis padres? ¿Me siento apoyado por mi familia?

A pesar de que el instrumento no evalúa las ocho dimensiones del modelo de Schalock y Verdugo, ha sido desarrollado con éxito y cumple con los máximos estándares psicométricos actuales. Por otra parte, la EICDV es relevante ya que al evaluar y medir las diversas dimensiones: a) Proporciona una visión multidimensional y completa del bienestar de las personas; b) Permite comparar la CDV de individuos y grupos; c) Puede ser utilizada para identificar áreas de mejora y planificar intervenciones personalizadas y d) Facilita la investigación sobre la CDV de personas con discapacidad intelectual (Verdugo et al., 2007; Castro et al., 2017).

Esta escala según Verdugo et al. (2007) y Castro et al. (2017), puede ser de gran utilidad al aplicarse en: Centros educativos de cualquier nivel; servicios de atención diurna a cualquier tipo de personas; programas de apoyo a la vida independiente, entre otros y los profesionales que hacen mayor uso de este instrumento de medición son profesionales de diversas disciplinas, tales como: psicólogos, educadores, trabajadores sociales y personal de apoyo, para evaluar CDV de personas con discapacidad intelectual, estudiantes, adultos mayores en diferentes contextos (Verdugo et al., 2007; Castro et al., 2017).

2.2. Escala GENCAT

El modelo de CDV de Schalock y Verdugo elaborado entre el 2002 y el 2003, inicialmente concebido para personas con discapacidad, ha experimentado un notable progreso y se posiciona como un principio organizador de gran relevancia para mejorar la situación de colectivos excluidos socialmente, tal y como señala Schalock (1996, como se citó en Benito et al., 2017). La escala GENCAT



es una herramienta creada para evaluar la CDV de manera objetiva, la cual se basa en los avances del modelo multidimensional de CDV propuesto por Schallock y Verdugo y explicado en el punto anterior, un modelo que goza de gran reconocimiento al nivel internacional (Benito et al., 2017).

Verdugo et al. (2009b) refieren que la escala GENCAT ha sido concebida como una herramienta para el perfeccionamiento constante de los servicios sociales, su objetivo es la elaboración de planes de atención y apoyo personalizados, adaptados a las necesidades presentes y venideras de los usuarios.

Según diversos autores, la escala GENCAT, como instrumento de medición, evalúa diversos aspectos observables de distintas áreas que conforman la CDV de una persona, los cuales, pueden ser abordados, como se ha referido mediante planes de apoyo personalizados ofrecidos por distintos tipos de servicios sociales. Considerando la diferenciación establecida entre aspectos objetivos y subjetivos en los últimos años, y la escasa correlación observada entre ellos, este instrumento facilita la evaluación objetiva de la CDV. Para ello, ofrece indicadores sensibles al diseño ambiental y a la implementación de programas por parte de las organizaciones y servicios (Verdugo et al., 2009b).

De acuerdo con Schallock y Verdugo (2003, como se citaron en Verdugo et al., 2009b), las dimensiones básicas de la CDV (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar social, autodeterminación, relaciones interpersonales, participación social, derechos e inclusión social) se entienden como un conjunto de elementos que se combinan para proporcionar el bienestar personal, y los indicadores centrales de estas dimensiones son las percepciones, conductas o condiciones específicas que reflejan el bienestar de una persona.

La multidimensionalidad de este tipo de escala, se fundamenta en: a) La evaluación de diferentes áreas, de gran importancia que manifiestan el bienestar de las personas con discapacidad intelectual, de desarrollo, adultos mayores y padecimientos mentales, mayores de 18 años que son usuarios de servicios sociales; b) La consideración del entorno o contexto social y ambiental de la persona al evaluar su CDV; c) La detección de cambios importantes en la CDV de las personas a lo largo del tiempo; d) La fácil aplicación por profesionales y por las propias personas con discapacidad intelectual (Benito et al., 2017).

La Escala GENCAT de CDV es un material presentado en un cuestionario que consta de 69 ítems que abordan diversos aspectos relacionados con el bienestar individual y distribuido en ocho subescalas o dimensiones. Los ítems se redactan en tercera persona, de forma declarativa y las respuestas se brindan en una escala de periodicidad de cuatro opciones: “nunca o casi nunca”, “a veces”, “frecuente-



mente” y “siempre o casi siempre”. La escala permite la elaboración de un perfil CDV a partir de puntuaciones estándares conseguidas en cada una de las ocho dimensiones evaluadas. Adicionalmente, proporciona un índice de CDV global, calculado a partir de la puntuación estándar compuesta de las ocho subescalas (Benito et al., 2017).

La Escala GENCAT es una herramienta importante en la identificaron tanto de las necesidades como de las fortalezas de aquellas personas adultas, con discapacidades y problemas de desarrollo que frecuentemente usan los servicios sociales, permitiendo esta información obtenida e identificada para responder a dichas necesidades de manera planificada y específica, igualmente da apertura a procesos investigativos que mejoren y contribuyan con el bienestar y la salud de estas personas, traduciéndose todo esto en la sensibilización de la sociedad sobre la importancia de la CDV de las personas con discapacidad intelectual, lo que promueve su inclusión social (Verdugo et al., 2009).

La Escala GENCAT puede ser utilizada en diferentes contextos, como: a) Servicios sociales, los cuales, presentan de manera asidua la demanda por parte de las personas con discapacidad intelectual que requieren de sus beneficios, este contexto es de los que permiten importantes valoraciones sobre la CDV; b) Servicios educativos, son relevantes para medir y evaluar el bienestar y la satisfacción que ayuda en la CDV de estudiantes con discapacidades y problemas de diversa índole; c) Servicios de salud: son contextos muy propicios para evaluar la CDV de las personas con discapacidades que reciben atención médica; d) Investigación, esta escala otorga grandes oportunidades para investigar de manera general y específica sobre la CDV; e) Organizaciones de personas con discapacidad, esta escala es una herramienta fundamental en este tipo de entidades, ya que permite obtener una información amplia detallada de las personas que hacen uso y conviven dentro de las mismas, con respecto a su CDV (Verdugo et al., 2009b).

2.3. Escala San Martín

Las personas con discapacidad intelectual severa y profunda han sido, tradicionalmente, el grupo que menos se ha beneficiado de los avances en este ámbito, las transformaciones que se han llevado a cabo han resultado ser mucho más complicada para ellos, al punto que la aplicación de la mayoría de estas iniciativas aún no ha podido comenzar. Su situación de discapacidad se agrava cuando aparte de su propia condición, se llega a presentar otras discapacidades igualmente graves, relacionadas con lo físico, conductual, sensorial, mental y fisiológicamente crónica. En estos casos, las personas requieren de apoyos extensos y



generalizados más especializados para poder desenvolverse en su día a día (Verdugo et al., 2014).

La Escala San Martín (ESM) se presenta como una iniciativa para abordar las necesidades de un colectivo que, lamentablemente, ha acogido baja vigilancia por parte de la comunidad científica debido a los complejos desafíos que implica su estudio. Su objetivo principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo. Por tal razón, La ESM es un instrumento de evaluación diseñado para medir la CDV de personas adultas con discapacidades múltiples y significativas y necesidades de apoyo extensas o generalizadas, por personas que se dedican a observarlas (Verdugo et al., 2013).

Esta escala, según manifiestan Verdugo et al. (2014), se fundamenta en un modelo conceptual multidimensional que considera los siguientes aspectos:

- a) La discapacidad fundamentada en los derechos humanos, ya que se reconoce a las personas con discapacidades como sujetos de pleno derecho con capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida.
- b) La CDV como concepto multidimensional, ya que abarca diversos aspectos del bienestar, incluyendo: Bienestar físico (Salud, funcionamiento físico, acceso a servicios sanitarios); Bienestar emocional (Estados de ánimo saludables, autoestima, relaciones interpersonales); Bienestar social (Participación social, inclusión, acceso a oportunidades); Bienestar ambiental (Entorno físico, accesibilidad, seguridad).
- c) La perspectiva del observador externo: La ESM se basa en la perspectiva de un observador externo que está al tanto y en continua observancia de la persona con discapacidad severa y significativa, ya que muchas de ellas presentan dificultades para expresar sus propias opiniones y experiencias.
- d) La relevancia del contexto: La ESM reconoce la importancia del contexto en la evaluación de la CDV, debido a que le otorga significancia a los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la vida de la persona.
- e) La participación activa de las personas con discapacidad y sus familiares en la investigación, medición y evaluación de sus condiciones y CDV, con la finalidad de hacer relevante y sensible las necesidades de este grupo poblacional y aportarle solución.

Para Borthwick (1990), Goode y Hogg (1994), Oulette y McCreary (1996), como se citaron en Verdugo et al. (2014), la ESM se vuelve una respuesta para



la comunidad científica, que por más de dos décadas ha documentado con gran ahínco las condiciones y el desenvolvimiento de las personas con discapacidades significativas, múltiples y profundas, ya que es un modelo ampliamente operativo en la búsqueda de medir, evaluar, valorar y conocer la CDV de este grupo de seres humanos, debido a que es la primera escala de este tipo construida en el ámbito internacional y que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y con suficientes evidencias de validez y fiabilidad, ya que evalúa la CDV de manera integral, tomando en cuenta las diferentes dimensiones que la componen; ha sido validada en diferentes estudios en los últimos años; es de fácil aplicación e interpretación lo que la hace accesible a una amplia gama de profesionales y proporciona información valiosa para la toma de decisiones, tanto al nivel individual como al nivel programático.

En palabras de Verdugo et al. (2014), la medición del bienestar subjetivo realizado mediante la ESM se centra en el grado en que las personas experimentan momentos vitales que consideran valiosos. Esta medición refleja las dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos) que contribuyen a una vida satisfactoria e interrelacionada, tomando en cuenta el contexto de los entornos físico, social y cultural que son significativos para las personas. Además, incluye tanto experiencias humanas habituales como experiencias vitales insuperables.

El modelo de CDV se operativiza mediante dimensiones, indicadores y resultados personales, las dimensiones, a su vez, se hacen tangibles a través de indicadores centrales y la evaluación de la situación o aspiraciones de la persona en estos indicadores se traduce en resultados personales (Schalock, Gardner y Bradley, 2007, como se citaron en Verdugo et al., 2014).

La ESM se puede utilizar en una variedad de contextos, incluyendo: a) Evaluación individual, con la finalidad de conocer la CDV de una persona con discapacidad severa, y poder llevar a cabo intervenciones individualizadas; b) Investigación, para estudiar la CDV de personas con discapacidad múltiple en diferentes grupos o contextos; c) Evaluación de la eficacia de programas de intervención destinados a mejorar la CDV de este grupo de personas, y d) Abogacía, para defender los derechos de las personas con discapacidad significativa y promover políticas públicas que mejoren su CDV (Verdugo et al., 2014).



2.4. Escala de eficacia y eficiencia organizacional

Según Schalock y Verdugo (2012), en la actualidad las organizaciones de servicios sociales deben adaptarse a una nueva realidad en la que la demanda es mayor, los recursos son menores y las expectativas son más altas, provocando esta realidad la necesidad de llevar a cabo cambios estructurales, así como en las ideologías que fundamentan sus culturas, con el fin de enfrentar los retos propios de la modernidad organizacional, a esto se le une la gran necesidad de adoptar enfoques basados en evidenciar y fortalecer las capacidades internas de la organización. Los entes organizacionales que logren superar estos desafíos de manera exitosa atraviesan por procesos de cambio y transformación.

En la actualidad, nos encontramos inmersos en una “era de transformación”, donde tanto las organizaciones con fines de lucro, como las sin ellos, están adoptando una o más particularidades de las organizaciones en transformación. Estas particularidades propias de la era de transformación se centran en el valor del individuo, promoviendo organizaciones más flexibles y adaptables, donde los sistemas de información se basan en el rendimiento, los cuales impulsan la mejora continua de la calidad. Se cuenta también un estilo de liderazgo participativo que inspira a los colaboradores a buscar el cambio como elemento fundamental del curso transformacional (Schalock y Verdugo, 2013, como se citaron en Schalock et al., 2015).

Por tal razón, el Consorcio Internacional de Investigación sobre Prácticas Basadas en la Evidencia (International Research Consortium on Evidence-Based Practices) creó en el año 2013 la Escala de Eficacia y Eficiencia Organizacional (OEES). Esta herramienta tiene como objetivo apoyar a las organizaciones sin fines de lucro en su búsqueda por ser más eficientes en lograr los resultados deseados, contribuir a que la organización alcance una mayor eficiencia en el uso de sus recursos, a la vez que la vuelve más adaptable al cambio. De esta manera, la organización se posiciona para ofrecer un conjunto sólido de oportunidades y prácticas en la prestación de sus servicios (Schalock et al., 2015).

La escala OEES en la consecución de uno de sus propósitos principales que es apoyar a las organizaciones en la respuesta a los desafíos actuales y guiarlas en el camino hacia la mejora continua de la calidad y la transformación. Propone a la organización para lograrlo:

- a) Un enfoque colaborativo de la evaluación, mediante la promoción de la participación activa de diversos actores en el proceso evaluativo, fomentando la colaboración y el intercambio de perspectivas para obtener una visión más completa e integral del desempeño organizacional, en otras



palabras, se busca obtener una imagen precisa del desempeño de la organización en las áreas clave de eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

b) Un enfoque basado en la evidencia para la evaluación del rendimiento, utilizando datos y pruebas concretas como base para la evaluación del rendimiento, asegurando la objetividad y confiabilidad del proceso de valoración.

c) Un enfoque de perspectiva múltiple de la evaluación y gestión del rendimiento: Se consideran diferentes puntos de vista y metodologías para evaluar el rendimiento, permitiendo una comprensión más profunda y matizada del desempeño individual y organizacional, la identificación de áreas de fortaleza y debilidad enfocan los esfuerzos de mejoras.

d) Un enfoque comprensivo de mejora continua de la calidad y transformación organizacional: La evaluación se integra en un marco integral de mejora continua, impulsando la transformación organizacional y el logro de la excelencia en todos los ámbitos, mediante planes de acción estratégicos que buscan mejorar el rendimiento, en este punto es útil comparar el desempeño con otras organizaciones similares (Schalock et al., 2015).

La Escala de Eficacia y Eficiencia Organizacional (OEES) representa una nueva generación de herramientas de evaluación para organizaciones. Esta escala se caracteriza por basarse en una perspectiva de modelo lógico y ser utilizada para diversos fines, entre los que se encuentran la autoevaluación, la planificación estratégica, el desarrollo de capacidades y la evaluación del rendimiento. De acuerdo con lo planteado por Hanson et al. (2013, como se citó en Schalock et al., 2015), un modelo lógico se compone de tres elementos fundamentales: componentes de entrada, proceso y resultados. En el caso específico de la OEES:

a) Componente de entrada, compuesto por los estimadores o entrevistadores, que son los que valoran y evalúan, ya que poseen el conocimiento y las destrezas técnicas necesarias para vislumbrar y aplicar la lógica y los métodos de la evaluación; estos estimadores toman decisiones y se implican con el aprendizaje y la transformación de la organización, así como con las partes interesadas que comparten una comprensión común de las políticas y prácticas de la misma.

b) El componente de evaluación del modelo se concentra en tres aspectos clave: Validez y credibilidad de la información (confiable, precisa, y si cumple con los estándares de calidad establecidos; relevancia y oportunidad (información útil y pertinente, oportuna); integración efectiva y



sostenible en la cultura organizacional de los hallazgos del modelo.

c) Las consecuencias o componente de resultados del modelo, con el cual se busca impulsar en las partes involucradas una mayor comprensión de los términos y conceptos clave que sustentan la transformación, y mediante la información obtenida a través de la evaluación, se tomen decisiones estratégicas, se busque la mejora continua de la calidad y el avance en el proceso de transformación organizacional.

La OEES puede ser aplicada por una amplia gama de organizaciones sin fines de lucro, independientemente de su tamaño, misión o sector de actividad, la misma se puede completar de forma autoadministrada o con la ayuda de un facilitador externo (Schalock et al., 2015).

2.5. Escala de calidad de vida para estudiantes de ciencias de la salud

Es crucial que las universidades no solo se integren en la comunidad, ciudad y contexto social en el que se encuentran, sino que también asuman un papel activo en la promoción y el fortalecimiento de los valores que fomentan el bienestar, la autonomía y el desarrollo personal pleno de los individuos, todas dimensiones que engloban indicadores que caracterizan una existencia plena y buena de CDV (Rojas, 2012).

En palabras de Agis D. Tsouros, como se citó en Reig et al. (2001), coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las instituciones de educación superior tienen un papel fundamental en la promoción y protección de la salud de sus estudiantes, personal y comunidad en general. En este sentido, pueden implementar diversas estrategias para crear entornos propicios para el bienestar físico y mental, tanto en los espacios de residencia y aprendizaje como en los laborales.

Así mismo, las universidades pueden contribuir a la protección del medio ambiente y al desarrollo humano sostenible, fomentando prácticas responsables y promoviendo la investigación en estas áreas. Además, tienen la oportunidad de integrar la promoción de la salud en sus actividades docentes e investigativas, generando conocimiento y conciencia sobre la importancia de un estilo de vida saludable. Las mismas, pueden fortalecer la salud de la comunidad circundante, ofreciendo servicios de salud, realizando campañas de prevención y educación, y promoviendo la participación ciudadana en iniciativas de salud pública. En definitiva, las instituciones de educación superior pueden convertirse en referentes en materia de salud, contribuyendo al bienestar integral de la sociedad,



lo que contribuye en gran medida a incrementar los niveles de CDV de los que hacen vida fuera y dentro de ellas (Tsouros, 1998, 2000, como se citó en Reig et al., 2001).

Las universidades que imparten carreras del área de la salud tienen un papel fundamental en la garantía de la CDV de sus estudiantes, ya que, como instituciones educativas, tienen la responsabilidad de formar profesionales competentes, éticamente responsables y comprometidos con el bienestar, la satisfacción y la salud de la población en general, incluyendo sus propios estudiantes (Rojas, 2012; Pacheco et al., 2014).

Son muchos los argumentos que sustentan el rol de las universidades como garantes de la CDV de los estudiantes de la salud. Para Reig et al. (2001), Pineda et al. (2014), Pacheco et al. (2014), algunos de estos argumentos pueden ser:

- a) Formación integral: Más allá de la adquisición de conocimientos técnicos, la universidad le puede brindar a los estudiantes las oportunidades o herramientas para que pueda desarrollar otras habilidades, otros tipos de trabajo y otras formas de resolver problemas.
- b) Bienestar físico y mental: Las universidades deben promover para los estudiantes de la salud, un bienestar físico y mental, ofertas de actividades físicas y recreativas, atención a la salud mental, entornos ecológicos y biosaludable dentro del espacio universitario que promuevan el bienestar, contribuyan a mejorar su CDV y su rendimiento académico.
- c) Equilibrio entre la vida personal y profesional: En el área académica de la salud, muchas son las presiones y los niveles de estrés que los estudiantes manejan, en este caso las universidades deben fomentar el equilibrio entre la vida personal y profesional de sus estudiantes, lo que implica reconocer la importancia del descanso, las relaciones familiares y sociales que promueven salud y el bienestar a los mismos. Las universidades pueden implementar medidas como la flexibilidad horaria, el apoyo a la conciliación familiar y laboral, y la promoción de actividades extracurriculares para ayudar a los estudiantes a lograr este equilibrio y una excelente CDV.
- d) Oportunidades de desarrollo profesional: Todo estudiante de las ciencias de la salud necesita este tipo de oportunidades y son las universidades las que pueden brindar dichos beneficios con continuidad, ofertando cursos de posgrado, talleres, seminarios y congresos. Además, las universidades pueden fomentar la participación de los estudiantes en investigaciones y proyectos de innovación, lo que les permitirá adquirir nuevas



habilidades y conocimientos y mejorar su empleabilidad, así como darle la satisfacción de estar disfrutando de una óptima CDV.

e) Compromiso social: Muchos son los valores que deben profesar los estudiantes de la salud en los entornos sociales; una de las manifestaciones de gozar una CDV es poder dar al otro, lo que se obtiene de la vida subjetiva y objetivamente, por tal razón las universidades deben fomentar valores como la solidaridad, la responsabilidad social y el compromiso con la atención de las poblaciones más vulnerables, esto otorga al ser humano en general satisfacción y felicidad

Por tal razón, para Reig et al. (2001), Pineda et al. (2014), y Pacheco et al. (2014), las escalas que miden la CDV de estudiantes de ciencias de la salud, llegan a ser un instrumento de medición y evaluación diseñado en su mayoría como un cuestionario autoadministrado, que consta de diferentes ítems que exploran diversos dominios (dimensiones e indicadores) relacionados con el bienestar y la vida en general de los estudiantes, con el fin de investigar y comprender la CDV de los estudiantes de ciencias de la salud y permite con esta información:

- a) Ayudar a identificar a los estudiantes que experimentan dificultades en uno o más dominios de la CDV, lo que permite intervenciones tempranas y apoyo;
- b) Este tipo de escalas, puede usarse para evaluar la efectividad de programas e intervenciones dirigidas a mejorar la CDV de los estudiantes de ciencias de la salud;
- c) Los resultados de la investigación realizada con esta tipología de escala de medición pueden ser insumos de políticas y prácticas para mejorar el bienestar de los estudiantes de ciencias de la salud.

Para Rojas (2012), son variadas las escalas utilizadas para medir la CDV de los estudiantes universitarios. La propuesta en esta investigación evalúa y mide 7 dimensiones sobre la satisfacción general con la experiencia universitaria: Bienestar económico, vivencia dentro de la universidad, vida familiar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión (Ver tabla 3). En la misma se obtiene un puntaje total permitiendo identificar áreas de mejora. La escala de puntuación es de la siguiente manera: Buena CDV: 147-189 puntos; Regular CDV: 106-146 puntos; y Baja: CDV63-105 puntos.

Esta escala ofrece información sobre la percepción del bienestar subjetivo de los estudiantes dentro del contexto universitario; permite comparaciones entre diferentes poblaciones universitarias; evalúa el bienestar psicológico, familiar y social en el contexto universitario; mide la calidad de vida desde la perspectiva de los estudiantes subjetiva y objetivamente, incluyendo aspectos como ocio y recreación, acceso a los medios de comunicación y la religión; si se busca com-

parar con otras poblaciones o realizar un seguimiento en el tiempo, se debe considerar la disponibilidad de datos normativos (Reig et al., 2001; Rojas, 2012).

De manera general, las escalas de medición de CDV al nivel universitario, son útiles en diversas investigaciones que buscan y se preocupan por impartir mejoras en la CDV de estudiantes, en este caso de aquellos que se desarrollan en el área de la salud y en diversos contextos de la misma. Dichas escalas se pueden aplicar, incluyendo esta: a) Estudios de prevalencia, donde se estiman la problemas de salud física, mental y social entre los estudiantes de ciencias de la salud; b) Estudios de factores de riesgo, con estos se busca identificar factores de riesgo asociados con una baja CDV, como el estrés académico, las dificultades financieras y las relaciones problemáticas; c) Estudios de intervención con el propósito de la efectividad de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los estudiantes de ciencias de la salud, como programas de manejo del estrés, tutoría académica y apoyo social (Reig et al., 2001; Rojas, 2012).

Tabla 3.

Escala de calidad de vida para estudiantes de ciencias de la salud

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES
Bienestar económico	Satisfacción del estudiante con su situación económica, incluyendo aspectos como ingresos, gastos, deudas y acceso a recursos básicos.	Vivienda cómoda; servicios básicos cubiertos; dormitorios suficientes; contaminación/descontaminación; seguridad pública; capacidad económica para: alimentación adecuada, vestido, recreación, educación; salud satisfecha; cobertura básica y diaria de dinero; capacidad de adquisición de medios y materiales de estudio.
Vivencia dentro de la Universidad	Satisfacción del estudiante con su experiencia en la universidad, incluyendo aspectos como el ambiente académico, las relaciones con profesores y compañeros, las instalaciones y servicios disponibles, y la participación en actividades extracurriculares.	Relaciones e interacciones de amistad, laborales y cordiales; tiempo disponible para relacionarse con amigos, compañeros y la comunidad; cantidad de amigos; relaciones parentales, responsabilidades; seguridad y satisfacción afectiva dentro y fuera de la universidad.



Vida familiar	Satisfacción del estudiante con sus relaciones familiares, incluyendo el apoyo emocional, la comunicación y la calidad del tiempo que pasa con su familia.	Tiempo familiar y relaciones sanas y afectivas con los padres, hermanos, sobrinos; apoyo familiar, dado y recibido.
Pareja	Satisfacción del estudiante con su relación de pareja (si la tiene), incluyendo aspectos como la comunicación, la intimidad, el apoyo mutuo y la resolución de conflictos.	Tiempo y espacio para la relación con la esposa (o) o pareja; actividades en pareja; apoyo emocional de parejas; relaciones íntimas o sexuales de parejas.
Ocio	Satisfacción del estudiante con su tiempo libre, incluyendo la cantidad de tiempo libre que tiene, las actividades que realiza en su tiempo libre y la satisfacción que obtiene de estas actividades.	Tiempo libre para ocio, deporte, actividades recreativas y extracurriculares (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.); tiempo de descanso; actividades creativas (pintura, dibujo, manualidades, etc.).
Medios de comunicación	Satisfacción del estudiante con su uso de los medios de comunicación, incluyendo la cantidad de tiempo que dedica a ver televisión, usar internet y leer, y la calidad de la información que obtiene de estos medios.	Tiempo y exposición a contenido de programas televisivos, por cable y satelital (señal cerrada o privada) y de radio; tiempo educativo en internet; tiempo que pasa “chateando”; calidad de películas del cine nacional y extranjero; frecuencia y asistencia al cine; calidad y frecuencia al teatro y su obras; exposición en tiempo y contenido a periódicos, revistas científicas y no científicas.
Religión	Satisfacción del estudiante con su vida espiritual, incluyendo la importancia que le da a la religión en su vida, su participación en actividades religiosas y la sensación de paz y bienestar que obtiene de su fe.	Vida religiosa; Frecuencia y asistencias a las actividades religiosas (misa, cultos, talleres, programas educativos); relación con Dios; tiempo y amor que le brinda a Dios; vida religiosa comunitaria.

CAPÍTULO III

EL ESTADO DE SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

3.1. Definiciones relacionadas

a) **Funcionamiento físico:** Para Rojas (2012), este concepto comprende aspectos que se relacionan con la salud y el bienestar físico. No obstante, no debe confundirse la presencia o ausencia de sintomatología debida a una enfermedad con la incidencia que tiene la misma sobre la CDV del individuo, dado que se busca evaluar la incomodad que una determinada sintomatología causa en la vida cotidiana de las personas, como por ejemplo, la repercusión que tienen las deficiencias visuales, la audición y el habla, la movilidad, los trastornos del sueño, la autonomía, entre otras, en las actividades diarias de las personas que las padecen.

b) **Bienestar psicológico:** Abarca el efecto del funcionamiento cognitivo y la capacidad de evocar recuerdos de memoria corta y de largo plazo, así como la claridad de pensamiento. Así mismo, refiere la energía y vitalidad, además de la competencia para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento (Rojas, 2012).



c) Estado emocional: Generalmente comprende evaluaciones de la depresión y la ansiedad, esto es, de los componentes de índole emocional del bienestar psicológico. Análogamente, puede incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación (Rojas, 2012).

d) Dolor: Evalúa el nivel o umbral del dolor percibido por el individuo, asociado con la presencia de una enfermedad y sus síntomas, pero sobre todo la interferencia del dolor con la vida diaria del paciente, el cual generalmente está asociado con la dimensión de funcionamiento físico, pero es habitual darle un tratamiento por separado, por cuanto la percepción del dolor y su tolerancia pueden variar significativamente entre los individuos (Rojas, 2012).

e) Funcionamiento social: Refiere la incidencia del estado de salud sobre el desempeño normal de las relaciones sociales de las personas afectadas; así, por ejemplo, la discapacidad física incide notablemente en el desempeño social y la vida familiar y laboral, propiciando también el aislamiento social del individuo (Rojas, 2012).

f) Estilos de vida: Según Veramendi et al. (2020), los estilos de vida comprenden el grupo de comportamientos y actitudes que practican y desarrollan las personas a lo largo de la vida. Cuando se trata de estilos de vida saludables, estos reportan bienestar o beneficios a la salud del individuo, con base en la interrelación biológica, mental y social y en los contextos donde las personas viven, laboran, estudian y se recrean. De ahí que los estilos de vida saludables constituyen uno de los principales determinantes de la salud de las personas, por tanto, son de suma importancia en la prevención de enfermedades.

3.2. Percepción de la salud

La OMS define la salud como el estado de bienestar del individuo, considerando las dimensiones física, psíquica y social, y no únicamente la ausencia de enfermedades y otras dolencias. En este sentido, ha cobrado especial importancia el concepto de estilos de vida, muy especialmente los hábitos saludables como principales determinantes de la CDV y del bienestar de las personas (Taylor, 2007; Oblitas, 2010; OMS, 2002; como se citaron en Becerra, 2013).



Se entiende por percepción de la salud, la sensación que tiene una persona en relación con su estado de bienestar físico, mental y social. A medida que aumenta la edad y se tienen más enfermedades, es más baja la percepción de buena salud en el individuo de ambos sexos (Moncada et al., 2005, como se citaron en Cladellas y Castelló, 2011).

Para Rojas (2012), la percepción general de la salud comprende una evaluación subjetiva y global del estado de salud del individuo y de las creencias relativas en torno a la salud, reflejando con ello las preferencias, los valores, y las actitudes relacionadas con la salud. Por tanto, representa una noción de gran importancia que permite valorar las diferencias individuales con respecto a la reacción frente al dolor y otras dificultades, así como el nivel de esfuerzo y de preocupación por el estado de salud.

Es importante resaltar que -de acuerdo con Razo et al. (2018)- la percepción de salud de cada individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Primero, es subjetiva por cuanto las reacciones frente a un mismo estímulo pueden variar de un individuo a otro; es también selectiva pues depende de la naturaleza subjetiva de cada individuo que no puede percibir todo al mismo tiempo y, adicionalmente, es temporal dado que es un fenómeno de corto plazo. De manera que, el estado de salud percibido constituye uno de los indicadores más utilizados al ser evaluada la salud de la población, aportando una primera aproximación de la satisfacción vital de la persona. Según Abellán, la autopercepción del estado de salud es un buen predictor de la calidad y satisfacción vital; las personas con salud deficiente generalmente están menos satisfechas con sus vidas que aquellas que tienen percepciones más positivas.

Por otro lado, con base en un estudio realizado en la Universidad de Michigan, EE.UU., liderado por el Dr. Shervin Assari, se estableció que la percepción de la salud no tiene un carácter universal, encontrando que en la mayor parte de los países, los pobres, los solteros y las mujeres se sienten menos saludables, lo que pudiera estar influenciado por diversos factores -ambientales, culturales y socioeconómicos- de cada país. En este estudio se concluyó que la percepción de la salud puede estar influenciada por el nivel de ingreso, el estado civil, el sexo y la presencia de enfermedades; cabe resaltar que la valoración de salud del individuo puede incidir en la CDV así como en la mortalidad (Razo et al., 2018).



En general, en la literatura especializada, la autopercepción de la salud se relaciona con diversos factores: demográficos, socioeconómicos, psicosociales, entre otros. En este sentido, las personas casadas, con un nivel de ingresos alto y elevado nivel educativo, con buenas relaciones familiares y sociales y sin comorbilidades, reportan una buena autoevaluación de la salud; en cambio si se padecen enfermedades crónicas o discapacidades, este resultado tiende a ser percibido de manera inferior. Dado que la percepción de la salud es un concepto multidimensional, se han diseñado varios instrumentos para su evaluación, entre ellos, el Short-Form 36, muy utilizado en España sobre la base de sus buenas propiedades psicométricas. Así pues, la obesidad, el sedentarismo y una dieta alimentaria deficiente, son factores que se asocian con una mala autopercepción de la salud (Razo et al., 2018).

3.3. Dimensiones

3.3.1. Hábitos tóxicos

Para Barrera-Núñez et al. (2023), el tabaquismo es una epidemia al nivel global; 1,1 mil millones de personas mayores de 14 años son fumadoras; de ellas el 6,6% son del sexo femenino, mientras que el 32,7% corresponde al género masculino.

El consumo de tabaco continúa siendo el principal factor de riesgo que incide en enfermedades crónicas, tales como: enfermedad vascular-cerebral, cardiopatía isquémica, enfermedades respiratorias, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cuales constituyen las primeras causas de muerte en el mundo. Al tabaquismo se le atribuyen ocho millones de muertes al año (Barrera-Núñez et al., 2023).

Para Payaslián et al. (2023), los principales riesgos asociados con el consumo de tabaco son: a) Mortalidad a causa de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, coronaria, vascular e insuficiencia cardíaca; b) El consumo de 20 cigarrillos/día aumenta el riesgo -seis veces en la mujer y cuatro veces en el hombre- de sufrir un infarto al miocardio, en comparación con los no fumadores; c) Las fumadoras tienen un 25% más de riesgo de sufrir enfermedad coronaria, con respecto a los fumadores; d) Fumar incrementa el riesgo de padecer enfermedad vascular periférica; e) El riesgo de su-



frir enfermedad cardiovascular es mayor en fumadores, inclusive aquellos que consumen dosis bajas de tabaco (1 cigarrillo diario); f) El consumo pasivo de tabaco, aumenta entre 20-30% el riesgo de sufrir enfermedad coronaria.

De acuerdo con Barrera-Núñez et al. (2023), luego de la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), en los últimos 15 años ha disminuido ligeramente la prevalencia global del consumo de tabaco, de 22,7% en el año 2007 a 19,6% en 2019. No obstante, estos resultados se evidencian en países de ingresos medios y altos que han impulsado políticas que apuntan al control del tabaquismo. En América Latina, el tabaquismo es responsable de un millón de muertes aproximadamente, siendo la prevalencia en la región de 16,3% en 2020; se espera que este porcentaje continúe descendiendo.

Entre las medidas de prevención y control del tabaquismo se pueden mencionar: campañas educativas a favor de no consumir cigarrillos, prohibición de consumo en espacios cerrados y otros destinados a no fumadores, prohibición de campañas de publicidad, y aumento de los precios del producto vía impuestos (Barrera-Núñez et al., 2023).

Sin embargo, esto se ha visto afectado por las acciones tomadas por la industria tabacalera, entre ellas la introducción y posicionamiento de nuevos productos, como los cigarrillos con cápsula de sabor, cigarros electrónicos y productos de tabaco calentado, que resultan particularmente atractivos sobre todo en la población adolescente (Barrera-Núñez et al., 2023).

En definitiva, se puede resaltar que el consumo de tabaco es un hábito tóxico que tiene una incidencia negativa en la salud, puesto que genera gran morbilidad y mortalidad cardiovascular en la población, especialmente fumadora. Por tanto, abandonar el tabaquismo aporta grandes beneficios para la salud en general (Payaslián et al., 2023).

Las políticas en distintos niveles sanitarios tienen un probado impacto sobre la prevalencia del consumo del cigarrillo, con base en herramientas eficaces y seguras que han demostrado ser útiles en el tratamiento de la adicción al tabaco. Al mismo tiempo, las instituciones educativas -entre ellas las universitarias- deben impulsar acciones para disminuir el consumo de tabaco y con ello prevenir o mejorar el estado de salud de los



miembros de la comunidad educativa adscrita a la institución y su contexto (Payaslián et al., 2023).

Por otra parte, el consumo de alcohol es un hábito tóxico que afecta la salud de las personas, generando cambios en el sistema nervioso y entorpeciendo los reflejos y el autocontrol de los individuos, además se presenta dificultad para hablar y asociar ideas, euforia, descoordinación motora e incluso intoxicación aguda en los casos graves; provoca muchos problemas de salud y adicionalmente genera repercusiones laborales y familiares. Estos efectos dependen de la cantidad ingerida y su regularidad, así como de la graduación alcohólica de las bebidas que se consumen (Olaya-Calero y Lata-Sánchez, 2023).

Por su parte, Rojas (2012) señala que el alcohol constituye el tercer factor de riesgo para la salud en importancia, después del consumo de tabaco y la hipertensión arterial; siendo tres veces más importante como factor de riesgo que la diabetes y cinco veces más importante que el asma.

En general, los estudiantes universitarios consumen elevados niveles de alcohol, comparado con la población adulta. Los jóvenes en las edades de ingreso a la educación universitaria se encuentran en algunos casos en un proceso de adaptación e incluso descubrir ciudades, conocer personas, recintos educativos, culturas; también muchas veces los jóvenes se encuentran lejos de la mirada y cuidado de sus padres, por lo que pueden incurrir en situaciones de confundir libertad con libertinaje. Así mismo, se ha podido evidenciar -con base en diversos estudios- que en aquellas familias donde se consume habitualmente alcohol, los adolescentes son más propensos a adquirir este hábito tóxico que ocasiona una serie de problemas de salud, económicos y sociales, especialmente cuando se bebe sin control, causando limitaciones al buen aprendizaje (Olaya-Calero y Lata-Sánchez, 2023).

Dadas las consecuencias médicas, psiquiátricas y sociales de esta enfermedad de carácter adictivo, es importante su control. Por tanto, se debe afrontar este problema con políticas públicas que permitan la prevención y el tratamiento oportuno al alcoholismo en la población, incluyendo adolescentes y universitarios, para asumir acertadamente esta problemática desde edades tempranas (Olaya-Calero y Lata-Sánchez, 2023).



En definitiva, tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, en la historia clínica se deben registrar diversos aspectos relacionados con los hábitos tóxicos, entre ellos: a) El tabaquismo o hábito de fumar; cuántos cigarrillos el paciente fuma a diario y cuánto tiempo lleva fumando; si dejó de fumar preguntar cuanto tiempo tiene que no fuma cigarrillos; b) Consumo de bebidas alcohólicas; tipo de bebida y la cantidad que ingiere diariamente; c) Uso de drogas no legales como la marihuana, la cocaína, entre otras; d) Medicamentos; si son indicados por el médico o son auto-medicados (García e Hidalgo, s.f.).

3.3.2. Antecedentes fisiológicos

En la historia clínica del paciente deben registrarse los datos referidos a diversos aspectos fisiológicos, entre ellos: a) Alimentación; si realiza una ingesta diaria de alimentos de forma balanceada (desayuno, almuerzo y cena) y una merienda en la tarde; si lleva una dieta desbalanceada; si presenta hiperorexia, hiporexia o anorexia; b) Sed; eudipsia, hiperdixia, y adipsia; c) Sueño; el paciente debe indicar si sufre de insomnio de manera habitual u ocasional; c) Ejercicio; si efectúa actividades físicas de manera regular (García e Hidalgo, s.f.).

3.3.3. Trastornos patológicos

El médico tratante debe interrogar al paciente para obtener información sobre los antecedentes de trastornos patológicos hereditarios o familiares y los trastornos patológicos personales, que forman parte de la estructura de la historia clínica.

En el primer caso, se incluye en la historia clínica, cualquier enfermedad que hayan sufrido los familiares de línea directa del paciente (abuelos, padres, hermanos, tíos y primos sanguíneos, no políticos), entre ellas: neoplasia, enfermedades endocrinológicas y metabólicas, enfermedades crónicas-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, hematológicas, entre otras) (Preza, s.f.).

En relación con los antecedentes personales patológicos, se pueden mencionar en orden cronológico, los siguientes: a) Enfermedades infecto-contagiosas: Rubeola, varicela, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca; parasitarias: amibiasis, giardiasis, cisticercosis,



taeniasis, uncinarias, entre otras; b) Enfermedades crónicas-degenerativas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, y obesidad; c) Enfermedades traumatológicas: Entre ellas las de tipo articular, fracturas óseas, esguinces, luxaciones, así como cualquier otra agresión que sufre el organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos; d) Enfermedades alérgicas a medicamentos, alimentos, entre otras; e) Antecedentes quirúrgicos: Tipo de intervención, fecha, presencia o no de complicaciones, resultados finales (Preza, s.f.).

Así mismo, se debe indagar sobre hospitalizaciones previas, preguntando al paciente la fecha y motivo de su ingreso hospitalario, si se resolvió su problema de salud o sufrió subsiguientes recaídas. También preguntar si ha recibido transfusiones de sangre, especificando el motivo de las mismas, fecha, tipo de componente, cantidad, y si se presentó alguna reacción adversa (Preza, s.f.).

Sobre toxicomanías o alcoholismo es importante conocer la fecha de inicio de estos hábitos; si mantiene el consumo o ya lo ha dejado; en este último caso cuánto tiempo lleva sin consumir estos productos tóxicos (Preza, s.f.).

3.3.4. Trastornos del estado de ánimo

Según la American Psychiatric Association (1994, cómo se citó en Rueda-Toro et al., 2022), los trastornos del ánimo se clasificaban principalmente en depresión, trastorno distímico y trastornos bipolares I y II, causando generalmente alteración del humor en el paciente.

Posteriormente, desde el año 2014, ya no se agrupa ningún trastorno en la categoría de trastornos del ánimo por cuanto reciben un tratamiento distinto de manera separada, pero sigue utilizándose el término para hacer referencia a desórdenes mentales, cuya principal característica es la alteración del humor en el individuo (American Psychiatric Association, 2014, cómo se citó en Rueda-Toro et al., 2022).

De acuerdo con la OMS, al nivel mundial, la depresión es la novena causa de enfermedad y discapacidad presente en los adolescentes; en el caso de la ansiedad es la octava causa principal, lo que evidencia la necesidad de generar programas de prevención orientados a mitigar los factores es-



tesores en la población universitaria y general, siendo el ejercicio físico regular una actividad que contribuye con el mejoramiento de las condiciones de salud tanto físicas como mentales (OMS, 2018, cómo se citó en Rueda-Toro et al., 2022).

Las instituciones de educación superior pueden jugar un papel importante en la prevención y control de trastornos del ánimo en los universitarios, impulsando además la práctica consuetudinaria del ejercicio físico, especialmente al aire libre y de intensidad moderada junto con actividades recreacionales sanas (OMS, 2018, cómo se citó en Rueda-Toro et al., 2022).

La historia clínica psiquiátrica comprende información obtenida principalmente mediante la entrevista clínica. Esta última -en el ámbito de la psiquiatría- es un instrumento fundamental en la práctica psiquiátrica que permite la obtención de un diagnóstico confiable con base en criterios operativos; se trata de realizar una exploración psicopatológica del paciente. De ahí que la anamnesis psiquiátrica o información aportada por el paciente para conformar su historia clínica, incluye los rasgos de su personalidad, la exploración del entorno, la red de apoyo social y familiar, la identificación de las personas más relevantes y los tipos de relaciones, entre otros aspectos. Toda esta información debe ser organizada de manera cronológica en relación con el motivo de la consulta y su historia personal, considerando el contexto sociocultural y familiar en el que se desenvuelve el paciente (Palao y Caverro, s.f.).

Los elementos básicos de la historia clínica psiquiátrica son los siguientes: a) Datos identificatorios y sociodemográficos del paciente; b) Relaciones sociales y apoyo familiar; c) Motivo de la consulta; d) Historia del trastorno actual y sus factores estresores, así como su incidencia en el ambiente familiar, laboral y social; e) Antecedentes psiquiátricos y médicos en general; tratamientos; hospitalizaciones; intentos de suicidio; f) Antecedentes psiquiátricos familiares; g) Exploración psicopatológica del paciente; h) Exploraciones complementarias; i) Orientación diagnóstica (CIE-10); j) Plan terapéutico; k) Evolución; l) Informes (Palao y Caverro, s.f.).

3.3.5. Antecedentes gineco - obstétricos

Según Alcázar (2017), en la realización de la historia clínica se busca identificar en la paciente cuáles son los factores de riesgo que presenta, para



determinar si es necesaria la realización de estudios exploratorios y otros exámenes complementarios y el orden en que deben efectuarse.

En el caso específico, del área gineco-obstetra, la obtención de esta información es también importante en relación con la función reproductiva y la promoción de la buena salud de las estudiantes universitarias. Cuando las pacientes son sintomáticas, se debe indagar acerca de los factores de riesgo y antecedentes, centrarse además en el motivo de la consulta. En el caso de las pacientes gestantes, la historia clínica va a reflejar si se trata de un embarazo de alto o bajo riesgo; también es preciso tener en cuenta si la gestación es el resultado de una relación sexual o de reproducción asistida (Alcázar, 2017).

De manera que, con respecto a los antecedentes obstétricos-ginecológicos, se deben recopilar fundamentalmente los siguientes datos: a) Fórmula de fertilidad (Número de embarazos, abortos y partos que ha tenido la paciente); b) Fecha de la primera menstruación o menarquía; c) Fecha de la última menstruación; d) Fórmula menstrual (número de días que dura la menstruación en la paciente; indicar además si presenta alguna irregularidad) (Alcázar, 2017).

En la historia clínica debe reseñarse además si la paciente ha tenido partos, señalando la edad gestacional en la que se produjo y el peso del recién nacido; si el parto fue instrumentado; si fue normal o por cesárea; si tuvo alguna complicación durante la gestación o el parto. En el caso de que la paciente no haya tenido hijos, si es sexualmente activa, se pregunta si la no gestación ha sido voluntaria o no. Otros datos a recopilar en la historia clínica son si ha tenido o no relaciones sexuales, número de parejas, métodos anticonceptivos que ha empleado, entre otros (Alcázar, 2017).

Finalmente, se debe interrogar acerca de los trastornos ginecológicos como la dismenorrea, dolor durante la menstruación, así como enfermedades de transmisión sexual.

3.3.6. Examen físico

El examen médico físico de rutina permite evaluar el estado de salud del individuo, independientemente si se presentan síntomas o no. Se refiere a la exploración que practica el médico al paciente, con el propósito de

reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos que causan las enfermedades, utilizando los sentidos y algunos instrumentos como el termómetro, tensiómetro, estetoscopio, entre otros. Además de tomar los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura), durante el examen físico el médico procede a realizar la revisión de las principales estructuras corporales: apariencia general, examen cardíaco, examen abdominal, examen pulmonar, evaluación de cabeza y cuello, examen dermatológico y examen de extremidades; todo ello con base en diferentes métodos como la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación (Universidad de Guanajuato, 2023).

Para Rodríguez (2000, como se citó en Espinosa, 2020), la realización de un examen físico médico más que un conocimiento es una habilidad o destreza, por tanto, solo se aprende a hacer un examen físico de manera correcta al repetirlo muchas veces en los pacientes. Según Rodríguez (2006), toda vez que se realiza el interrogatorio al paciente durante la consulta, se procede a realizar el examen físico, el cual debe tener un orden sistemático respetando la privacidad del paciente, poniendo énfasis en el órgano que se sospecha más afectado, aunque adoptando una perspectiva sistémica de la salud.

La realización del examen físico propicia una interacción médico-paciente generalmente positiva, en la que el reconocimiento y la ética profesional conducen al agradecimiento y confianza del paciente por la atención de calidad brindada (Espinosa, 2020).

No obstante, en la actualidad se observa en el área médica una tendencia universal a minimizar el valor de la realización del examen físico al paciente, incluso obviarlo, bajo el argumento de realizar un somero interrogatorio y utilizar los medios modernos de diagnóstico como la historia clínica electrónica, siendo frecuente la expresión “el médico ni me tocó” (Espinosa, 2020).

3.3.7. Examen oral

Según Herrera-Salas et al (2020), un buen estado de salud bucal permite mantener funciones de suma importancia como la alimentación y la comunicación. La caries es una enfermedad que afecta entre el 60-90% de la población joven; en los casos graves este padecimiento ocasiona mu-



cho dolor e incide en el ausentismo en los centros de estudio y laborales, así como la pérdida prematura de piezas dentales; también enfermedades orales como la gingivitis y la periodontitis afectan aproximadamente al 20% de los adolescentes. Otras enfermedades bucodentales descritas por la OMS son las infecciones bacterianas y fúngicas, enfermedades virales, el labio leporino y paladar hendido, maloclusiones, entre otras. De ahí la importancia y necesidad de un diagnóstico preciso y oportuno con base en el examen oral, para tratar adecuadamente estos padecimientos.

Al mismo tiempo, el odontólogo deberá promover en sus pacientes -especialmente adolescentes- la importancia de cuidar la salud bucal con un mayor compromiso, reforzando las prácticas de higiene bucal y prevención de enfermedades orales mediante vínculos sociales y estrategias colaborativas, en la comunidad en general y en los centros educativos, incluyendo las universidades, que favorecen con sus acciones un ambiente saludable apto tanto para el estudio como para el trabajo de sus miembros. Así pues, la valoración del estado bucal o examen oral en los estudiantes universitarios puede actuar como un factor promotor del cuidado y permanente vigilancia de la salud oral (Herrera-Salas et al., 2020).

3.3.8. Exámenes complementarios

Según Antúnez (2013), las exploraciones o exámenes complementarios son herramientas -indicadas por el médico- cuyos resultados deben asentarse en toda historia clínica. Las pruebas complementarias permiten confirmar o descartar alguna enfermedad, es decir, ofrecer el diagnóstico antes de comenzar un tratamiento para la sanación del paciente. Sin embargo, ninguna prueba diagnóstica es del todo exacta y en algunos casos acarrea problemas de interpretación, siendo necesario repetirlas.

Entre los exámenes complementarios se pueden mencionar los siguientes:

- Pruebas de laboratorio: Las más conocidas son las pruebas sanguíneas y los análisis de orina; se trata de análisis bioquímicos o biológicos de muestras generalmente de fluidos corporales, tales como, sangre, orina, heces fecales, semen, etc. (Antúnez, 2013).



- Técnicas de diagnóstico por imagen: comprende exámenes de diagnóstico donde es posible visualizar el interior del cuerpo humano, entre ellos radiografía y tomografía axial computarizada, resonancia magnética, y ultrasonidos (Antúnez, 2013).
- Técnicas especiales: Comprenden pruebas endoscópicas; citologías y pruebas de anatomía patológicas, electrogramas, estudios alergológicos y espirometrías (Antúnez, 2013).

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL ESTADO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES EN EL PERÚ

4.1. Aspectos metodológicos

Entre los antecedentes de investigación vinculados con la temática objeto de estudio, resalta el trabajo desarrollado por Molina et al. (2017), cuyo objetivo general fue establecer la relación existente entre la CDV relacionada con la salud (CDVRS) de los estudiantes de primer año que cursan alguna carrera en la Universidad de Chile.

En este sentido, se realizó una investigación de tipo observacional, transversal y analítica, en estudiantes con edades comprendidas entre los 17 y 18 años, cursantes del primer año de 14 Facultades, 2 Institutos y 1 Programa de Bachillerato de la Universidad de Chile. Se aplicó el test Kidscreen-52 -una encuesta autoadministrada de CDV- enviada vía correo electrónico a 3.738 estudiantes, siendo respondida por 1.277 alumnos (34,16%) de la



población potencial, analizado con el programa WINSTEPS y expresión con puntajes Rasch de cada dimensión (Molina et al., 2017).

Los resultados derivados de la investigación -desarrollada por Molina et al. (2017)- muestran que las dimensiones bienestar físico, estado de ánimo y emociones, y autonomía, obtuvieron un puntaje (PR) menor a 42 puntos, significativamente más bajos con respecto a los estudiantes en las universidades chilenas al nivel nacional; estos hallazgos pueden guardar relación con las exigencias de las clases de pregrado, especialmente en aquellas Facultades con mayor demanda académica, aunado al breve periodo de tiempo de transición de la enseñanza media a la universitaria, lo que podría afectar la CDV de los estudiantes.

Por su parte, las dimensiones bienestar psicológico, amigos y apoyo social, alcanzaron puntajes significativamente menores comparados con los encontrados en adolescentes chilenos de edad comparable al nivel nacional; es preciso resaltar que al nivel nacional no se evidencia ningún puntaje inferior a 42 puntos (Molina et al., 2017).

Todas las dimensiones consideradas -en el estudio de Molina et al. (2017)- presentan diferencias de género, afectando principalmente a las mujeres; también son más bajos los resultados obtenidos en el caso de estudiantes de bajos ingresos socioeconómicos provenientes de instituciones municipales, o con discapacidad o enfermedades crónicas, en comparación con los puntajes evidenciados a nivel nacional.

Finalmente, se puede mencionar que este tipo de estudios puede realizarse en las instituciones educativas de distintos niveles, en beneficio tanto de los estudiantes como de los docentes, constituyendo un valioso aporte para el diagnóstico y diseño de políticas de salud para el apoyo de toda la comunidad universitaria (Molina et al., 2017).

La presente investigación es de tipo descriptivo-analítico-explicativo, basada en los métodos inductivos-deductivos, así como el analítico-sintético.

La población -objeto de estudio de la presente investigación- comprende de todos los alumnos matriculados en ambas escuelas profesionales de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, en el Perú,



del segundo al sexto semestre académico, con un total de 315 estudiantes de ambos sexos (Rojas, 2012).

A partir de la población se estimó la muestra, con base en el muestreo de tipo probabilístico al azar, con un margen de error del 5%, siendo $n=160$ estudiantes de ambas carreras universitarias, distribuidos proporcionalmente (Rojas, 2012).

Se planteó como hipótesis general la siguiente: La CDV se relaciona de manera significativa con el estado de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, en Perú. Se establecieron las siguientes hipótesis específicas: a) La CDV es regular en los alumnos de dicha institución; b) El estado de salud es bueno en los estudiantes universitarios de la mencionada institución (Rojas, 2012).

Las técnicas de recopilación de información para el estudio fueron las siguientes:

- **Autorregistro:** se aplicó la escala de Olson y Barnes para la obtención de información; una vez seleccionadas las unidades de análisis fueron aplicados los instrumentos en forma grupal, siendo el tiempo de aplicación de veinte minutos en cada sección (Rojas, 2012).
- **Examen médico:** Con la participación del médico de la institución educativa mencionada, se realizó el examen físico, oral, de laboratorio y radiológico a los estudiantes pertenecientes a la muestra, registrando las evaluaciones en fichas clínicas (Rojas, 2012).

Los instrumentos correspondientes a la recolección de información del presente estudio fueron los siguientes:

- **Escala de CDV** para estudiantes de ciencias de la salud, Olson y Barnes (1982), con ítems de alternativas de respuesta de tipo Likert, con la finalidad de medir la CDV de los alumnos de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, en el Perú (Rojas, 2012).

El análisis de la confiabilidad y de consistencia interna del instrumento utilizado, se sustentó en el coeficiente de Alfa de Cronbach, siendo muy bueno o elevado de acuerdo con su resultado (Devellis, 2006, como se citó



en Rojas, 2012).

- **Ficha clínica:** Se consideraron 8 ítems con el propósito de evaluar el estado de salud de los alumnos que conformaron la muestra, mediante la evaluación médica en función de los objetivos propuestos. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para el análisis de la consistencia interna de este instrumento, tomando en cuenta la regla de decisión que establece que si χ^2 calculado $>$ χ^2 de la tabla, entonces el instrumento es significativo. En este caso se tiene que $50,0 > 3,841$, por lo que se puede concluir en función de estos resultados que en efecto es significativo (Rojas, 2012).

Con respecto a las técnicas de procesamiento de datos y el análisis de los resultados, se realizó: a) Verificación de conformidad de los instrumentos de investigación; b) Tabulación de las respuestas dadas por los estudiantes entrevistados; c) Elaboración de la base de datos utilizando el Programa estadístico SPSS V19; d) Cruce de variables para obtener datos puntuales y porcentuales (estadística descriptiva); e) Aplicación de las pruebas estadísticas (estadística inferencial); f) Interpretación de los resultados; y g) Presentación de los resultados de la investigación (Rojas, 2012).

4.2. Hallazgos

Los datos obtenidos con el desarrollo del presente estudio evidencian que existe relación entre las variables CDV y el estado de salud en los estudiantes universitarios encuestados. El 58,8% de estos alumnos tienen una CDV regular y un estado de salud bueno (0,0% sin trastornos), mientras que el 9,0% de los universitarios presentan algún trastorno de salud. La CDV trasciende el estado de salud, pues adicionalmente comprende aspectos socioeconómicos, ambientales, institucionales, entre otros (Rojas, 2019).

Las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis arrojaron que existe relación entre ambas variables, con un nivel de significancia del 95% y error de 5%, verificando la hipótesis principal (Rojas, 2019).

Los estudiantes con edades entre los 19 y 20 años (32,5% de los encuestados) poseen una CDV regular; en el caso de los alumnos entre 16 y 18 años este porcentaje es de 26,3%. Por su parte, la CDV buena se evidencia en el



2,5% de los estudiantes (entre los 19 y 20 años) (Rojas, 2019).

Así mismo, los datos obtenidos dan cuenta que la CDV regular se presenta con mayor porcentaje en los estudiantes de sexo femenino (61,9%), mientras que en el caso de los alumnos de sexo masculino es del 2,5%. En relación con la CDV buena, se presenta con un porcentaje más alto en estudiantes de género femenino (3,8%) y en el masculino en 1,3% del total de alumnos de la muestra (Rojas, 2019).

De lo mencionado anteriormente, se puede deducir que la mayor parte de los estudiantes matriculados en la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, en el Perú, del segundo al sexto semestre académico, se sienten insatisfechos con la vida que llevan, predominantemente con CDV regular, por tanto, se deben satisfacer necesidades primarias y secundarias para mejorar la situación descrita. La CDV de los estudiantes universitarios, en general tiende a mejorar a medida que van avanzando en la carrera académica, dada la mejor adaptación a las exigencias de la vida universitaria y su entorno (Rojas, 2012).

Además, se puede evidenciar que la CDV regular es relativamente mayor (35,6%) en los estudiantes oriundos de la misma ciudad de Tarma en el Perú, en comparación con aquellos provenientes de otras provincias y distritos (28,8%). Por su parte, la CDV baja se observa en un porcentaje más elevado en el caso de los alumnos que son de la misma ciudad de Tarma (17,5%), a diferencia del 13,1% de estudiantes provenientes de otras regiones (Rojas, 2012).

En relación con la variable estado de salud de los estudiantes, se puede resaltar que el 85,6% de la población total goza de buena salud. De ellos, el 40,6% tiene entre 19 y 20 años de edad; el 31,9% se encuentra entre los 16 y 18 años; el 13,1% restante se ubica en el grupo de estudiantes mayores de 21 años de edad (Rojas, 2012).

Así mismo, el 14,4% de los alumnos encuestados presentan algún trastorno de salud. De este porcentaje, el 6,9% se ubica entre los 16 y 18 años; seguido del grupo perteneciente a las edades entre 19-20 años (5,6%); y finalmente 1,9% de los estudiantes con padecimientos de salud corresponde a los mayores de 21 años (Rojas, 2012).



El buen estado de salud es mayor en los estudiantes del género femenino (80,0%), mientras que solo un 5,6% de los alumnos masculinos gozan de buena salud. De esto se puede deducir que la mayoría de los estudiantes universitarios que participaron en el estudio presenta condiciones estables de salud, toda vez que se obtuvieron los resultados de las correspondientes evaluaciones médicas; solo un pequeño porcentaje evidencia algún trastorno de salud, aunque sin patologías graves (Rojas, 2012).

Por otra parte, los datos obtenidos muestran que de los estudiantes que gozan de buena salud (85,6%), el 22,5% de ellos cursan el sexto semestre de las carreras que se dictan en la institución, mientras que el 21,9% son estudiantes del cuarto semestre, y el 21,3% restante son alumnos regulares del octavo semestre académico (Rojas, 2012).

Entre el grupo de estudiantes que padecen trastornos de su estado de salud (14,4%), el 4,4% de los mismos cursan el cuarto semestre académico, seguido del 3,8% que son estudiantes del segundo semestre; el 3,1% estudian el sexto semestre; con el mismo porcentaje (3,1%) se encuentran los alumnos pertenecientes al octavo semestre (Rojas, 2012).

De ese total de estudiantes universitarios que evidencian algún trastorno de salud (14,4%), el 13,8% pertenecen al sexo femenino, mientras que el 0,6% son alumnos del sexo masculino (Rojas, 2012).

Tomando en cuenta el lugar de procedencia de los estudiantes universitarios, a partir de los resultados de la estadística descriptiva, se puede observar que del 85,6% de los alumnos que gozan de buen estado de salud, el 51,3% de los mismos son de la misma localidad de Tarma, mientras que el 34,4% de los alumnos son procedentes de otras provincias o distritos en el Perú (Rojas, 2012).

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas de hipótesis:

**Tabla 4.**

Calidad de vida según el estado de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Prueba de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.025(a)	2	.002
Razón de verosimilitudes	12.053	2	.002
Asociación lineal por lineal	11.411	1	.001
N de casos válidos	160		

Nota. Tomado de Rojas (2012).

Valor P = Es significativo

Tabla 5.

Calidad de vida por indicadores de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.446(a)	4	.034
Razón de verosimilitudes	9.721	4	.045
Asociación lineal por lineal	3.392	1	.066
N de casos válidos	160		

Nota. Tomado de Rojas (2012).



Valor P = Es significativo

Tabla 6.

Estado de salud por indicadores de los estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, filial Tarma, Perú, 2012. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.934(a)	2	.627
Razón de verosimilitudes	0.917	2	.632
Asociación lineal por lineal	0.675	1	.411
N de casos válidos	160		

Nota. Tomado de Rojas (2012).

Valor P = Es significativo

Tabla 7.

Prueba de Chi-cuadrado (1)

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.166(b)	1	0.684		
Corrección por continuidad (a)	0.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	0.181	1	0.670		



Estadístico exacto de Fisher				1.000	0.564
Asociación lineal por lineal	0.165	1	0.685		
N de casos válidos	160				

Nota. Tomado de Rojas (2012).

Valor P = Es significativo

Tabla 8.

Prueba de Chi-cuadrado (2)

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.905(b)	1	0.009		
Corrección por continuidad (a)	5.765	1	0.016		
Razón de verosimilitudes	6.944	1	0.008		
Estadístico exacto de Fisher				0.012	0.008
Asociación lineal por lineal	6.862	1	0.009		
N de casos válidos	160				

Nota. Tomado de Rojas (2012).

Valor P = Es significativo

Tabla 9.*Pruebas de Chi-cuadrado (3)*

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.476(a)	3	.924
Razón de verosimilitudes	0.477	3	.924
Asociación lineal por lineal	0.291	1	.590
N de casos válidos	160		

Nota. Tomado de Rojas (2012).

Valor P = Es significativo

Los resultados obtenidos con la presente investigación indican que la variable CDV tiene una relación significativa con la variable estado de salud de los estudiantes universitarios de la institución objeto de estudio; regular calidad de vida y buen estado de salud (58,8%). Generalmente, durante la juventud el organismo funciona considerando las dimensiones biopsicosocial y espiritual; los adolescentes y jóvenes se encuentran en una fase de maduración y desarrollo para adquirir competencias y habilidades propias de esta edad. No obstante, pudieran presentarse algunas dificultades con la salud que requieren el seguimiento médico adecuado para su control y superación, aun cuando en algunos casos esto no sea posible (Rojas, 2012).

Al nivel universitario, los jóvenes muchas veces dejan de ser dependientes de los padres y algunos asumen una conducta en la que adquieren hábitos tóxicos y nocivos para la salud, poniendo en riesgo a su vez la culminación de la carrera universitaria seleccionada (Rojas, 2012).



4.3. Discusión

En la investigación titulada Depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de Educación Física y Deportes, desarrollada por Patiño et al. (2019), a partir de un estudio transversal-descriptivo realizado en una muestra de 227 estudiantes de pregrado del Instituto Universitario de Educación Física y Deporte de la Universidad de Antioquia, Colombia, en el semestre 2016-2, se resalta que las exigencias propias de la vida académica representan un riesgo para la salud mental de los estudiantes, siendo los indicadores más utilizados la depresión, la ansiedad y la CDV relacionada con la salud (CVRS).

De los 227 estudiantes que conforman la muestra, se pudo obtener información de 100 individuos, predominantemente hombres (87%). Del total de participantes, se evidenció que el 69% de los estudiantes no consume bebidas alcohólicas; el 22% presenta síntomas de depresión y el 10% síntomas de ansiedad. En otras palabras, con base en los resultados obtenidos se puede resaltar que 1 de cada 5 estudiantes manifestaron síntomas de depresión y 1 de cada 10 individuos de los encuestados presentaron ansiedad. En dicho estudio se encontró que, a medida que aumenta la edad de los estudiantes, estos síntomas disminuyen, aun cuando otras investigaciones reportan que a mayor edad de los alumnos universitarios se acentúan ambas enfermedades psiquiátricas (Patiño et al., 2019).

En relación con la CDVRS, las puntuaciones fueron adecuadas ubicándose entre 70 y 100 puntos en diferentes dominios; algunos de ellos se asociaron con depresión, ansiedad, perímetro de la cintura y VO2 máx (Patiño et al., 2019).

Por otro lado, en un estudio científico realizado por Romero et al. (2023), titulado Calidad de vida de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, se resalta que el desarrollo de los estudios al nivel universitario implica una serie de exigencias y nuevos retos, los cuales pueden afectar la CDV del estudiante e inclusive su proceso de aprendizaje y rendimiento académico.

El objetivo general de la investigación fue describir la CDV de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, comparando los alumnos iniciales de los primeros tres años versus los alumnos más avanzados (Romero et al., 2023).



Se trató de un estudio transversal, observacional y analítico, utilizando el cuestionario WHOQoL-BREF, lo que permitió la valoración de la CDV global y la satisfacción del estudiante con respecto al estado de salud, tomando en cuenta los dominios físico, psicológico, relaciones interpersonales y entorno (Romero et al., 2023).

El cuestionario fue respondido por 918 estudiantes, pero fueron descartadas 164 personas de la muestra, dado que las respuestas estaban incompletas (sólo hasta un 80%). De este modo, fueron analizados 854 casos; de este total el 47% de los alumnos se encontraba en el grupo de edades comprendidas entre 21-24 años, mientras que el 33% pertenecía al grupo entre 17 y 20 años de edad. Así mismo, del total de respuestas (854), el 72% correspondió a mujeres; el 63% eran estudiantes iniciales de la carrera; y el 43% con procedencia de otra provincia/país (Romero et al., 2023).

Por otro lado, la investigación determinó qué tantos los estudiantes iniciales como los avanzados consumen alcohol (el 78% de los estudiantes de la muestra). En relación con otros hábitos tóxicos, los estudiantes iniciales consumen más tabaco que los avanzados y estos últimos consumen más marihuana y modafinilo, aun cuando los porcentajes no fueron muy altos (Romero et al., 2023).

La principal conclusión de esta investigación señala que la CDV es percibida por los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba como normal. No obstante, los mejores puntajes corresponden a los estudiantes iniciales de la carrera y los que realizan actividad física de manera regular (Romero et al., 2023).

En la investigación desarrollada por Canova-Barrios et al. (2023), intitulada Calidad de vida relacionada con la salud y hábitos de autocuidado en estudiantes de Enfermería, el objetivo general planteado fue analizar la calidad de vida relacionada con la salud y su vinculación con los hábitos de autocuidado de los alumnos de la escuela de Enfermería de una universidad privada en la República de Argentina, segundo cuatrimestre de 2023.

Se trató de un estudio descriptivo-analítico, con enfoque cuantitativo y de corte transversal, con base en el muestreo no probabilístico. La población abarcó 120 estudiantes de la carrera de Enfermería, de los cuales participó el 90,83%, es decir, 109 alumnos, predominantemente del sexo femenino



(71,56%); solteros (81,65%); sin hijos (88,07%); del primer y tercer año del plan de estudios (24,77%); activos laboralmente (57,80%); que residen con su familia nuclear en la ciudad donde se encuentra la universidad (32,11%) o que tuvieron que cambiar de domicilio para estudiar esta carrera (75,23%) (Canova-Barrios et al., 2023).

En cuanto a los hábitos de autocuidado de los estudiantes universitarios -objeto de estudio- se observaron resultados generalmente favorables, con una baja prevalencia de tabaquismo (3,67%) y sedentarismo (39,45%). No obstante, se evidenció una baja asistencia de estos alumnos a consulta médica anual (41,28%) y a exámenes complementarios como análisis de laboratorio y otros (37,61%). Así mismo, se identificó que el 44,04% de los participantes tenía un adecuado índice de masa corporal (IMC), mientras que el 49,54% presentó obesidad o sobrepeso. Adicionalmente, el 9,17% de los encuestados señaló padecer de una enfermedad crónica (Canova-Barrios et al., 2023).

Entre los hallazgos de la investigación se puede resaltar que la mayoría de los participantes universitarios presentaron una CDVRS caracterizada como buena, exceptuando la escala Vitalidad. Así mismo, la Función Física y el Componente Sumario Físico presentaron las medias más altas. Por su parte, la CDVRS está más relacionada con el sexo masculino, el estado civil casado o en unión libre estable, la tenencia de hijos, cursar el quinto año del plan de estudios de la carrera, tener un menor IMC y dormir 7 horas o más diariamente. Por otro lado, aquellos participantes que presentaron una menor CDVRS señalaron que acudían regularmente a consulta médica y se realizaban exámenes de sangre y otros estudios de control de la salud, de manera periódica. La CDVRS está asociada con los hábitos de autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería, principalmente los referidos a los buenos hábitos de sueño y alimentación (Canova-Barrios et al., 2023).

4.4. Conclusiones

La CDV no es un concepto nuevo ni existe una única definición; ha venido evolucionando hasta convertirse en un constructo multidimensional -influido por factores personales y ambientales- que se utiliza cada vez más para hacer referencia teórica y práctica a los aspectos positivos y deseables de la vida, y al mismo tiempo, se emplea como medida de bienestar. De



ahí que la CDV refiere tanto valores positivos como aspiraciones del ser humano como el bienestar y condiciones óptimas de vida (Verdugo et al., 2009a).

Según la OMS (2017, como se citó en Veramendi et al., 2020), la CDV puede definirse como la percepción que tiene el individuo de su posición y perspectivas de la vida, considerando el contexto sociocultural que lo rodea en relación con sus estándares o estilos de vida, sus preocupaciones, sus metas, y expectativas.

Más específicamente, se entiende por CDVRS, al nivel de bienestar que la persona evalúa en relación con diversos dominios de su vida, considerando especialmente la incidencia que tiene sobre su estado de salud (Urzúa, 2010, como se citó en Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012).

De acuerdo con Banda y Morales (2012, como se citó en Medina-Toro et al., 2021), la CDV está influenciada por una serie de factores, principalmente la salud tanto física como mental, el grado de independencia, las relaciones sociales y las interrelaciones con el entorno. Por consiguiente, en el proceso de CDV, tanto los factores externos como los internos, son aspectos determinantes del mismo.

Las universidades tanto públicas como privadas han mostrado -a lo largo de la historia- su preocupación en la promoción de la salud mediante diversas actividades académicas, de investigación y de extensión, orientadas a favorecer comportamientos saludables en los miembros de la comunidad académica, especialmente los estudiantes, dado que según Medina-Toro et al. (2021), la vida universitaria refiere una serie de cambios en un periodo de transición de la vida de los individuos, que se traducen en la formación de hábitos o conductas que estarán presentes en la vida adulta. Es por ello que cobra especial importancia la promoción de estilos de vida saludables en los estudiantes universitarios y en la población general.

De este modo, es fundamental realizar el diagnóstico de la CDVRS de los miembros de la comunidad universitaria, siendo la universidad una institución que contribuye con el entorno saludable y de calidad -en un contexto socioeconómico y político cambiante que involucra grandes desafíos- para garantizar cabalmente el rendimiento satisfactorio de los procesos de enseñanza y aprendizaje, entre otros objetivos relacionados con



el desarrollo sostenible. En efecto, se deben plantear estrategias integrales de salud incluyendo actividades deportivas y recreacionales que permitan el mejoramiento de la CDVRS.

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES: LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO SALUDABLE Y DE CALIDAD

Las universidades pueden ser definidas como instituciones públicas o privadas que pueden promover la salud integral de sus miembros, mediante intervenciones tanto del entorno físico como social, con la finalidad de garantizar la calidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje, aumentar la satisfacción de las personas que estudian y trabajan en el recinto universitario y mejorar la imagen institucional, sin dejar de considerar el contexto en el que se desempeñan (Gobierno de Argentina, Ministerio de Salud, s.f.).

La propuesta de universidad saludable se inscribe en la noción de salud integral como resultado de relaciones internas y externas armónicas, que logra mantener el individuo consigo mismo, con los demás y con todo el medio ambiente en general (Machado, 2001, como se citó en Becerra, 2013).

De acuerdo con la OMS, la salud debe ser promovida en los espacios saludables, siendo entendidos como aquellos lugares donde las personas viven, estudian, trabajan y se recrean. En este sentido, es fundamental que las universidades -además de su misión académica- promuevan actividades vinculadas con mejorar la CDV de los miembros de la comunidad, incluyendo a los estudiantes, con la finalidad de lograr y preservar un buen estado de la salud, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la OMS (López-Alonso et al., 2021).



El basamento fundamental de las “universidades saludables” refiere que la salud está influenciada por el contexto en el que se desarrollan los estudiantes, por tanto, se deben implementar estrategias y políticas orientadas a fortalecer las capacidades de los individuos para modificar los determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud. La CDV y del proceso de enseñanza y aprendizaje pasa por el buen estado de salud, tanto de profesores como de estudiantes y demás miembros de la institución (López-Alonso et al., 2021).

Al mismo tiempo, no menos importante es analizar si los planes de estudio de las carreras de las distintas Facultades no están sobrecargados en contenido y exigencias, por cuanto generalmente los estudiantes no tienen tiempo libre para realizar actividades físicas así como otras vinculadas con la recreación, necesarias para mantener la buena salud y el desempeño, siendo a su vez fundamental el buen manejo del tiempo de estudio y del tiempo libre, favoreciendo las relaciones interpersonales y la vinculación psicológica con el trabajo y el estudio (López-Alonso et al., 2021).

Frente a los cambios en la dinámica de las instituciones educativas, entre ellas las universidades, los estudiantes deben estar preparados para asumir los nuevos retos en un contexto que involucra grandes desafíos, en función de alcanzar los objetivos propuestos en pro del mejoramiento de la sociedad (López-Alonso et al., 2021).

Con base en lo expuesto anteriormente, López-Alonso et al. (2021) concluyen que, entre las acciones más efectivas para la promoción de la CDV y el buen estado de la salud, las intervenciones en los estilos de vida de las personas conducen a la prevención de enfermedades físicas y mentales, conllevando al éxito personal y colectivo bajo la premisa de “mente sana y cuerpo sano”.

Para Rojas (2012), las universidades pueden contribuir con el mejoramiento de la salud en diversas áreas: a) Creación de condiciones saludables en los ambientes de trabajo y de aprendizaje, incluyendo actividades deportivas y recreacionales, dirigidas a toda la comunidad universitaria; b) Fomentar actitudes positivas hacia la temática relacionada con la salud, tanto en la enseñanza como en la investigación; c) Desarrollar acciones para la promoción de salud en las que participe la comunidad; d) Reforzar los valores que conduzcan al bienestar, la autonomía y desarrollo de los individuos; e) Mejorar los servicios de salud; f) Fomentar que los estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria asuman conductas responsables a favor de su estado de salud y CDV.

Finalmente, se reitera que las universidades saludables pueden promover acciones para: a) Disminuir los factores de riesgos asociados con enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo del tabaco y alcohol y la mala alimentación; b) Promover estilos de vida saludables entre los miembros de la comunidad universitaria y sus familias; c) Crear ambientes que sean favorables a la CDV y el estado de salud de la comunidad universitaria, más que en los estilos de vida individuales, mejorando el bienestar físico, psíquico y social (Gobierno de Argentina, Ministerio de Salud, s.f.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, J. (2017). *Obstetricia y ginecología*. Editorial Médica Panamericana. https://www.unav.edu/documents/29044/12213684/capitulo_muestra.pdf/7795ca27-9c69-475a-830a-f9dbd609aa2d
- Barrera-Núñez, D., López-Olmedo, N., Zavala-Arciniega, L., Barrientos-Gutiérrez, I. y Reynales-Shigematsu, L. (2023). Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua* 2022. *Salud Pública de México*, 65, 565-574. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14830/12404>
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287-314. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v31n2/a06v31n2.pdf>
- Benito, E., Alsinet, C. y Maciá, A. (2017). Midiendo la calidad de vida de las personas sin hogar: La escala GENCAT de calidad de vida. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, (66), 127-142. <http://hdl.handle.net/10459.1/60600>
- Bravo, S., Castillo, A., Izquierdo, D. y Rodas, P. (2021). Hábitos alimenticios, nocivos y rendimiento académico en estudiantes universitarios en tiempos de Covid-19. *Vive Revista de Salud*, 4(12), 225-238. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432021000300225
- Canova, C., Almeida, J., Condori, E., Mansilla, M. y Gary, D. (2023). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de técnica en enfermería. *Revista Chilena De Enfermería*, 5(2), 44-56. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.72003>

- Castro, L., Vallejos, V., Casas, J., Cerda, G.; Sánchez, S. y Zuñiga, D. (2017). Adaptación de la Escala Integral de Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en población chilena. *Terapia Psicológica*, 35 (3), 231-237. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78554029003>
- Cladellas, R. y Castelló, A. (2011). Percepción del estado de salud y estrés, de profesorado universitario, en relación con la franja horaria de docencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), pp. 217- 240. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122834011.pdf>
- Córdoba, L. y Verdugo, M. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: Un enfoque cualitativo. *Siglo Cero*, 34(4), 19-33. <https://sid-inico.usal.es/articulo/aproximacion-a-la-calidad-de-vida-de-familiares-de-ninos-con-tdah-un-enfoque-cualitativo/>
- Córdoba, L., Verdugo, M. y Gómez, J. (2006). Adaptación de la escala de calidad de vida familiar en Cali (Colombia). En Verdugo, M (Dir.). *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 273-297). Amarú. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515639>
- De Vincezi, A. y Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49 (7). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3116567>
- Espinosa, A. (2020). Las destrezas en el examen físico. *Medisur*, 18(1), 16-20. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2020/msu201e.pdf>
- García, M. e Hidalgo, P. (27 de marzo 2013). *Semiopatología. Historia clínica*. [Diapositiva PowerPoint]. <https://es.slideshare.net/ECONOMIASANITARIA/historia-clnica-17766038>
- Gobierno de Argentina, Ministerio de Salud. (S.f.). Estrategias de Universidades Saludables (ENES-US). <https://www.argentina.gob.ar/salud/entornos-saludables/universidades>
- Gómez, L., Verdugo, M., Arias, B. y Arias, V. (2010). A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients. *Social Indicators Research*, (101), 109-126. DOI: 10.1007/s11205-010-9639



- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image J Nurs Sch*, 31(3). 215-20. DOI:10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x.
- Herrera-Salas, F., Atzin, L. y Arredondo, I. (2020). Salud oral, imagen corporal y estética bucal en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, (53), 7-18. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/53/53_Herrera.pdf
- Hörnquist, J. (1982). The concept of quality of life. *Scand J Soc Med.*, 10(2). 57-61. DOI: 10.1177/140349488201000204.
- López-Alonso, A., Liébana-Presa, C., Sánchez-Valdeón, L., López-Aguado, M., Quiñones-Pérez, M. y Fernández-Martínez, E. (2021). La universidad como un entorno saludable: un estudio transversal. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, (63), 221-232. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n63/1695-6141-eg-20-63-221.pdf>
- Molina, R., Sepúlveda, R., Molina, T. y Mac-Ginty, C. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios en primer año. *Rev. Chil. Salud Pública*, 20(2), 101-112. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151838/12-Calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Monardes, C., González, F. y Soto, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (2), 68-86. https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Soto-Perez/publication/235989330_Calidad_de_vida_conceptos_caracteristicas_y_aplicacion_del_constructo/links/02e7e515432de5405d000000/Calidad-de-vida-conceptos-caracteristicas-y-aplicacion-del-constructo.pdf
- Olaya-Calero, B. y Lata-Sánchez, M. (2023). Efectos del alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 6(3), 138-147. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966253>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Informe sobre salud mental en el mundo 2001. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-SOBRE-LA-SALUD-MENTAL-EN-EL-MUNDO.pdf>
- Pacheco, M., Michelena, M., Mora, R., y Miranda, O. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(2), 157-168. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip->

[t=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200004&lng=es&tlng=es](https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Psiquiatria_Clinica/M1T4_Texto.pdf)

- Palao, D. y Caverro, M. (S.f.). La entrevista psiquiátrica, la historia clínica y la exploración del estado mental. https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Psiquiatria_Clinica/M1T4_Texto.pdf
- Patiño-Villada, F., Arboleda-Serna, V., Arango-Vélez, E., Botero-Restrepo, S. y Arango-Paternina, C. (2019). Depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud, en estudiantes universitarios de Educación Física y Deportes. *Educación Física y Deporte*, 38(2), 239–260. <https://doi.org/10.17533/udea.efyd.v38n2a02>
- Payaslián, S., Pollán, J., Hernández, H., Vaucher, A., Betancourt, I., Codina, H. y Celauro, H. (2023). Tabaquismo y enfermedad cardiovascular. *Medicina (B. Aires)*, 83 (supl. 1), 20-22. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802023000100020&script=sci_arttext
- Pineda, L., Zapata, M. y Donado, J. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina U.P.B.*, 33(2), 117-123. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159044235004>
- Preza, L. (S.f.). Práctica 4.1: Historia clínica. Interrogatorio. http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/a-2016/04_Prac_01.pdf
- Razo, A., Díaz, R. y López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev. CONAMED*, 23(2), 58-65. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. y Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24985/1/2001_Reig_etal_Calidad_vida_UA.pdf
- Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), s/n. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci_arttext&tlng=en
- Rojas, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de primer año [Tesis doctoral, Universidad del Centro del Perú, Huancayo, Perú].



- Romero, S., Regis, M., Rosa, E., Allende, G., Pepe, G. y Gobbi, C. (2023). Calidad de vida de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80(3), 205-220. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10594977/>
- Rueda-Toro, J., Carvajal, S., Osorio, J., Melo, L. y Muñoz, B. Actividad física y trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 14(1), 1-14. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e3435331>
- Schalock, R. y Verdugo, P. (2002). Quality of life: Models and measures. In Verdugo, R., Schalock, y Gardner, T (Eds.). *Handbook of intellectual disability* (pp. 413-445). Springer. https://www.researchgate.net/publication/225939030_Quality_of_Life_Model_Development_and_Use_in_the_Field_of_Intellectual_Disability
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36. <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pdf>
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2012). *A leadership guide for today's disabilities organizations: Overcoming challenges and making change happen*. Brookes Publishing Company.
- Schalock, R., Verdugo, M., Lee, C., Lee, T., Loon, J., Swart, K. y Claes, C. (2015). *Manual de la Escala de Eficacia y Eficiencia Organizacional (OEES). Un enfoque sistemático para mejorarlos resultados organizacionales*. Publicaciones del INICIO. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26899/Herramientas_9_2015.pdf
- Universidad de Guanajuato. (13 de junio de 2022). Clase digital 2. El examen físico y sus métodos básicos de exploración. <https://blogs.ugto.mx/rea/clase-digital-2-el-examen-fisico-y-sus-metodos-basicos-de-exploracion/>
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Veramendi, N., Portocarero, E. y Espinoza, F. (2020). Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 246-251. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202020000600246

- Verdugo, M., Gómez, L. y Arias, B. (2007). La escala integral de calidad de vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Siglo Cero*, 38 (4). 37-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2513350>
- Verdugo, M., Sainz, F., Gómez, L. y Gómez, S. (2009a). *Bases para el desarrollo de un modelo de evaluación para personas con discapacidad intelectual adultas que viven en servicios residenciales*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Bases_para_el_desarrollo_de_un_modelo_de_evaluacion_para_personas_con_discapacidad_intelectual_adultas_que_viven_en_ser
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. y Schalock, R. (2009b). Escala GENCAT. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida. Ediciones de Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Catalunya. <https://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. y Jordán, B. (2013). Calidad de Vida. En Verdugo, M. y Schalock, R. (Coords.). *Discapacidad e Inclusión* (pp. 443-461). Amarú. https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/CalidaddeVida.pdf?fbclid=IwAR-1fW3wGij0gnIfZhlylsBYaa_GrVgHZqk7e9246uoxHONnXgVCz-5Tlea9c
- Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. y Hierro, I. (2014). *Escala San Martín. Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas*. Ediciones Fundación Obra San Martín. https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/10/Manual_Escala_San_Martin_2014.pdf

César Iván Rojas Jara

Correo: crojas@undac.edu.pe

Perfil: Doctor en Ciencias de la Salud y Salud pública - Magister en Educación, Mención: Docencia en Educación Superior - Licenciado en Enfermería - Bachiller en Ciencias de la Salud- Especialista en Metodología de la Investigación Científica -Especialista en SPSS Aplicado a la Investigación.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9745-8303>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.



**EDITORIAL
KUNTUR**