

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
FACULTAD DE MEDICINA.CARRERA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD EN LA
POBLACION DEL BARRIO LAGUNA SECA, CORRIENTES
LICENCIADO NORMAN ARIEL BRIEND
CORRIENTES, ARGENTINA 2022

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERIA**

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMARIA COMUNITARIA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD EN LA POBLACION DE
BARRIO LAGUNA SECA, CORRIENTES 2022**

Director de tesis:

Dra. Dos Santos Lorena

2022

DEDICATORIA:

Mi tesis se la dedico con todo amor a mi familia, en especial a mi madre quien supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas enseñándome afrontar las adversidades, siendo ella mi pilar fundamental en mi vida.

A Mi Familia por el amor, a mi compañera de vida por la paciencia y acompañamiento que me brinda, a mis hijos que son el amor de mi vida mi sostén y me animan siempre a seguir adelante.

A mis Padres, Angélica y Cachito, me inculcaron valores y principios como el compromiso, paciencia, responsabilidad, los cuales fueron fundamentales para lograr mis metas y objetivos.

Mis hermanos, por su apoyo y cariño incondicional durante todo este camino, sus consejos y palabras me hicieron una mejor persona, en todo momento me alentaron a cumplir mis metas y objetivos.

Mi tutor de trabajo final de tesis, Magister Lorena Dos Santos a quien respeto y admiro como profesional, pero sobre todo como persona, por su gran calidez humana, gracias por su tiempo brindado y su enorme paciencia y por guiarme a concretar mi proyecto.

RESUMEN:

En éste trabajo se han analizado las variables subjetivas (ansiedad/depresión), objetivas (movilidad y dolor) y sociales (actividades de la vida diaria y cuidado personal) para relacionarlas con el impacto en la calidad de vida de las personas.

Para este trabajo de investigación se realizó una encuesta en la población del Barrio Laguna Seca de la Ciudad de Corrientes, tomando como muestra 49 individuos de sexo femenino, masculino y LGBTIQ+, con un rango de edad entre 40 y 60 años.

De acuerdo a la distribución se puede observar dentro de la población una frecuencia de 30 personas(61,2 %), para el sexo femenino; mientras que para el sexo masculino una frecuencia 18 personas(36,7 %), y un mínimo de frecuencia de 1 persona (2%) que se percibe como LGBTIQ+.

De la muestra analizada se determinó como variable predominante la Ansiedad que representa un 46,9% que padece situaciones de mucha ansiedad siendo considerada como variable a destacar dentro del estudio en cuanto a la frecuencia y a la distribución respecto al sexo siendo más predominante en el sexo femenino. Del resto de la muestra analizada 24,5% esta sometidos a bajos niveles de ansiedad, 20,4% considera estar sometido a algún nivel de ansiedad y un 8,2% no sabe cuáles son situaciones que lo podrían llevar a la ansiedad.

Otra Variable a destacar es el dolor en la cual se observa una frecuencia del 61,2% que padece de un dolor leve, mientras que el 24,5% no padece dolor y con una frecuencia más baja 14,3% padece dolor moderado.

En cuanto a la Variable Cuidado Personal se observó que el 95,9% realiza los cuidados personales todos los días y un porcentaje bajo del 4,1% restante realiza sus cuidados personales parcialmente no siendo esta variable de gran impacto en la calidad de vida.

Así mismo cuando se analiza la Variable Capacidad de Movilización el 91.8% no presenta dificultades para movilizarse respecto al 8.2 % que si utiliza dispositivos no siendo esta variable tampoco de gran impacto en la calidad de vida de la muestra analizada.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, población, ansiedad, dolor, depresión.

ABSTRACT

In this work we have analyzed the variables subjective (anxiety/depression), objective (mobility and pain) and social (activities of daily living and personal care) to relate them to the impact on people's quality of life.

For this research work, a survey was carried out in the population of the Laguna Seca neighborhood of the City of Corrientes, taking as a sample 49 individuals of the female, male and LGBTIQ+ sex, with an age range between 40 and 60 years.

According to the distribution, a frequency of 30 people (61.2%) can be observed within the population, for the female sex; while for the male sex a frequency of 18 people (36.7%), and a minimum frequency of 1 person (2%) who is perceived as LGBTIQ+.

From the sample analyzed, Anxiety was determined as the predominant variable, representing 46.9% who suffer from situations of great anxiety, being considered as a variable to be highlighted within the study in terms of frequency and distribution with respect to sex, being more predominant in sex female. Of the rest of the analyzed sample, 24.5% are subject to low levels of anxiety, 20.4% consider that they are subject to some level of anxiety and 8.2% do not know what situations could lead them to anxiety.

Another variable to highlight is pain, in which a frequency of 61.2% suffering from mild pain is observed, while 24.5% do not suffer from pain and with a lower frequency, 14.3% suffer from moderate pain.

Regarding the Personal Care Variable, it was observed that 95.9% perform personal care every day and a low percentage of the remaining 4.1% perform their personal care partially, this variable not being of great impact on quality of life.

Likewise, when the Mobilization Capacity Variable is analyzed, 91.8% do not present difficulties to mobilize compared to 8.2% who use devices, and this variable does not have a great impact on the quality of life of the sample analyzed.

KEYWORDS: Quality of life, health-related quality of life, population, anxiety, pain, depression.

INDICÉ GENERAL

| | |
|--|-----------|
| PORTADA | 1 |
| NOMBRE DE LA MAESTRIA | 4 |
| DEDICATORIA | 5 |
| RESUMEN, PALABRAS CLAVES | 6 |
| ABSTRACT, KEYWORDS: | 7 |
| PROLOGO | 9 |
| INTRODUCCION | 10 |
| TITULO, JUSTIFICACION | 12 |
| PLANTEO DEL PROBLEMA, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO | 14 |
| ESTADO DE ARTE | 15 |
| MARCO TEÓRICO | 23 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 36 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 37 |
| INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EMPÍRICA | 41 |
| TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 41 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 41 |
| RESULTADOS | 43 |
| DISCUSIÓN | 50 |
| RECOMENDACIONES | 55 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 56 |
| ANEXO: 1 | 64 |
| ANEXO: 2 | 66 |

PROLOGO

La calidad de vida es un conjunto de factores que da bienestar a una persona tanto en el aspecto material como en el emocional. Es un concepto complejo de amplio alcance que afecta a la salud física de la persona, su nivel de independencia sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.

Esta obra intenta identificar las variables que de forma silente afectan a la calidad de vida de los individuos y así mismo de la población, cuáles son esas variables objetivas y subjetivas que afectan el bienestar de los individuos.

Existen diversos aspectos a tener en cuenta: objetivos, subjetivos, y sociales.

Dentro de las variables consideradas hago énfasis en el dolor, la ansiedad, la depresión y el grado de independencia que marcan en los individuos el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y su capacidad de adaptación al entorno yendo desde la familia a la sociedad.

Considero que el tema tratado permite dar a conocer los factores que afectan a la calidad de vida, las relaciones entre individuos, su familia y la sociedad en la que están inmersos. Conociendo esto se pueden generar estrategias para concretar acciones que garanticen sociedades en las cuales las personas gocen de las condiciones necesarias para vivir un envejecimiento saludable y puedan ejercer plenamente sus derechos.

No puedo dejar de nombrar a mi hermano Patricio Briend, que desde el primer momento que se aprobó la Resolución de la Maestría en nuestra querida Facultad de Medicina, Carrera de Licenciatura de la UNNE, me motivo a realizarla. También debo nombrar a mis asesores de tesis, destacados y sobresalientes maestros, Fernando Gómez y Lorena Dos Santos, quienes con sus palabras de aliento, sus sabias indicaciones contribuyeron a que no desmayara en el camino e hiciera realidad esta tesis.

También quiero agradecer de todo corazón a quienes de una u otra forma contribuyeron a aliviar mi carga en la realización de esta obra, especialmente a mis hijos Máximo Benjamín y Sayumi Angélica, quienes me han acompañado en todo este recorrido, llenándome cada día de una inmensa alegría, fortaleza y perseverancia y me han inspirado para poder finalizar mi trabajo de investigación.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema calidad de vida y su impacto en la salud de las personas.

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros¹.

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey y col. el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso^{2,3,4}.

La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración⁵. Existen diversas definiciones sobre calidad de vida; Felce y Perry. hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así: “1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”⁶.

Por lo antes expuesto se puede llegar a determinar que las características fundamentales para gozar de una buena calidad de vida están íntimamente relacionadas con aspectos sociales, aspectos subjetivos y aspectos objetivos que se toman como variables para poder analizarlas detalladamente.

Para analizar la calidad de vida de una población es necesario abordar las causas que tienen impacto tanto positivo como negativo para la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones tal y como define la OMS.

Para lograr cuantificar estas variables se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal; porque se estudian las variables en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Se utilizó el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) (21) que evalúa 3 dimensiones: físicas, psicológicas y sociales. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas».

Dentro de las limitaciones identificadas en el trabajo se destaca el grado de entendimiento de la población respecto a determinadas variables subjetivas como ser ansiedad, dolor y depresión respecto a su comprensión sobre las mismas. Sin embargo al utilizar escalas descriptivas y visuales se logró la participación activa de la muestra analizada.

TITULO

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LA POBLACIÓN DEL BARRIO LAGUNA SECA, CORRIENTES AÑO 2022.

JUSTIFICACION

Hay economistas que plantean que la calidad de vida depende de las personas, para adquirir cualquier tipo de producto, así como de bienes materiales que la tecnología moderna y la sociedad pueden ofrecer como indicadores de estado social⁷.

En su aspecto más general la calidad de vida es una categoría social, económica y política, que se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores que por consenso acuerda la sociedad. Constituye un concepto dinámico de asociaciones causales diversas y que tiene, por tanto, un carácter multidimensional⁷.

Por tanto, es comprensible que, en la determinación de la calidad de vida de una sociedad concreta, intervengan elementos tanto del modo de vida como de las condiciones de vida, de forma muy interrelacionada; por lo que la calidad de vida de los grupos humanos que se establezcan dentro de una determinada sociedad, dependerá, fundamentalmente, de la relaciones que esos individuos tengan con los medios de producción, de su posición en cuanto grupo social, con respecto a esos medios de producción, a la organización del trabajo y a la cuantía y proporción que reciban de la riqueza social que se produzca en la sociedad a la que pertenecen, y de las condiciones de vida existentes en la sociedad. No se debe olvidar, no obstante, que media en esta relación grupal o social, el carácter de individualidad de cada ser humano concreto, quien le imprime su sello propio mediante su estilo de vida, entendiéndose como el modo o forma de vida individual de cada hombre⁷.

Desde mi lugar me gustaría evaluar los factores determinantes de calidad de vida relacionado a la salud de mi población y de esa manera hacer un aporte a la sociedad donde vivo; podría ser dando a conocer a la sociedad por medio de los profesores en los colegios, a los profesionales que trabajan en el centro de salud, también al ministerio de salud que da apoyo en los diferentes centros de salud, entendiendo que podrán bajar información a toda la sociedad de esa manera poder ayudar a la población en general teniendo en cuenta

que es la misma cultura y puede que coincida con los diferentes barrios sabiendo que pertenecemos a una misma población .

PLANTEO DEL PROBLEMA:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien el tema calidad de vida está presente desde hace varias épocas, la instalación del concepto dentro del campo de salud es relativamente reciente, con auge evidente en la época de los 90. La OMS retoma el tema al crearse en el año 1991 un grupo multidisciplinario y multicultural de expertos con el objetivo de avanzar en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a éste complejo campo una guía y una unidad.

Existen numerosas definiciones sobre calidad de vida de acuerdo al enfoque cultural, social, económico, político y de la salud. Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella¹. Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo⁸.

En la población existen diferentes problemáticas que influyen en la calidad de vida. Desde la perspectiva de la salud, los indicadores que miden la calidad de vida la mayoría son subjetivos, por lo que el diagnóstico médico es insuficiente para poder apreciar la calidad de vida relacionada a la salud de una población. Existen muchas publicaciones sobre estudios de la calidad de vida⁸. Pero en universos específicos como por ejemplo, en pacientes con enfermedades crónicas (DBT; Lupus), prematuros, edad avanzada, etc.

Al investigar bibliografía no encontré sobre la población específica en un barrio en general.

Teniendo en cuenta que los factores cultural y socioeconómico hacen cambiar los indicadores de calidad de vida de diferentes poblaciones mi interés es saber qué factores influyen en la calidad de vida en la población citada, relacionada a la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como una "percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones"⁹.

Para algunos autores, la Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de calidad de vida (CV), asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones¹⁰.

Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas¹¹.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes 2022?

OBJETIVO GENERAL:

Describir la calidad de vida relacionada con la salud en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar los factores psicológicos (ansiedad/depresión) en la población del Barrio Laguna Seca de la Ciudad de Corrientes.
- 2) Determinar los factores físicos (Movilidad y dolor/malestar) presentes en la población del Barrio Laguna Seca de la Ciudad de Corrientes.
- 3) Identificar factores sociales (actividades cotidianas y cuidado personal) presentes en la población del Barrio Laguna Seca Ciudad de Corrientes.

ESTADO DE ARTE:

Teniendo en cuenta el objeto de estudio y el problema que el tesista quiere investigar se comenzó por la búsqueda bibliográfica de diferentes autores en las diferentes bibliotecas virtuales y no virtuales, se encontraron trabajos relacionados con la calidad de vida relacionado a la salud, la calidad de vida relacionada con diferentes patologías crónicas y no crónicas en la población infantil, en la población de jóvenes y de adultos pero se estima que la medición de salud debe ir más allá de los usuales indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, dado que la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores. Esta relación está dada porque el individuo es un ser completo que abarca múltiples dimensiones.

Smith, Avis y Assman, realizan un meta análisis relacionando los constructos calidad de vida y percepción del estado de salud, encontrando que desde la perspectiva de los pacientes, ambos constructos son distintos, ya que al evaluar calidad de vida, los pacientes lo hacen dando más importancia a su salud mental que al funcionamiento físico, sucediendo lo contrario al evaluar el estado de salud. Encuentran además que el funcionamiento social no tiene mayor impacto en cada constructo y que al extraer este, la contribución relativa de la salud mental a la calidad de vida es 1,6 veces más que la contribución del funcionamiento físico¹².

En esta misma línea, la discapacidad física es una condición transversal que afecta todas las esferas y componentes de la CVRS de las personas evaluadas; de la misma manera que las enfermedades crónicas, tiene un carácter permanente e irreversible y está asociado con muchos problemas de adaptación. Así como se observa en las enfermedades crónicas, en la discapacidad física la CVRS va a estar determinada por la experiencia del enfrentamiento de las limitaciones cotidianas que produce la discapacidad, junto con los síntomas somáticos como el dolor crónico asociado, las reacciones emocionales que se producen y la percepción de control que pueden tener en cuanto al manejo de la situación de discapacidad¹³.

En el siguiente trabajo de Psicología Clínica y Salud Mental, cuyo objetivo fue analizar la correlación entre la ansiedad, depresión y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis “Nefrology”. Estudio fundamentando

desde la corriente cognitiva conductual de Aarón Beck, la cual ha sido desarrollada en cuatro capítulos: Insuficiencia renal crónica, Depresión, Ansiedad y Calidad de Vida. Es una investigación cuantitativa de diseño no experimental, de tipo correlacional, realizado mediante los Inventarios de Depresión (BDI-II), Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Salud SF-36, en una muestra de 49 pacientes que reciben diálisis. Se evidenció que a mayor depresión, menor es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sin embargo, en el caso de la ansiedad, las dimensiones dolor corporal, salud general, función social, vitalidad y salud mental presentan una correlación inversa con la calidad de vida, es decir a mayor ansiedad, menor la calidad de vida en las dimensiones dolor corporal, salud general, función social, vitalidad y salud mental, en cambio en las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional presentan correlación negativa no significativa. Además, se observó que la población de estudio presenta altos niveles de depresión y niveles leves-moderados de ansiedad. Se recomienda que en hospitales, clínicas y centros especializados en el paciente renal trabajen de forma oportuna, abordando los cambios relacionados con su calidad de vida, y generando alternativas de afrontamiento para una recuperación integral¹⁴.

Continuando con otra investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en los Adultos Mayores beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018, el tipo de estudio fue descriptivo-transversal, la muestra estuvo conformada por 40 Adultos Mayores de ambos sexos, a quienes se les aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger y un cuestionario de factores biopsicosociales; procesando los datos con el SPSS versión 19.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico. Resultados: la prevalencia encontrada fue 20% y 72,5% de ansiedad y nivel leve de depresión respectivamente. Se encontró como factores de riesgo biológicos: presentan dolor crónico 72.5%, presencia de enfermedades crónicas 70%, la falta de tratamiento médico 57.5%, y el sexo femenino con 52.5%; en los factores psicológicos: los más relevantes son: temor a enfermarse 95%, temor a la muerte 75%, sienten que el desempeño de sus actividades de la vida diaria lo realizan con dificultad 70%, suelen estar tristes o llorosos 57.5%; respecto al factor social: sus familias no les hacen partícipe en la toma de decisiones respecto a sus actividades de la vida diaria 47.5%; la frecuencia de acercamiento con sus amigos o vecinos es de 45%; no

participan en ningún tipo de actividad recreativa, deportiva o social 35%; están en situación de viudez 30%. Conclusión: La prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales presentes en los Adultos Mayores varían de acuerdo a las situaciones favorables o desfavorables que les han tocado vivir, en la mayoría son positivas, las mujeres tienen en mayor porcentaje ansiedad y depresión¹⁵.

En otro trabajo de investigación donde se estudió la calidad de vida relacionado a la salud en población general de Bucaramanga, Colombia se invitaron a participar a 1256 residentes de los barrios visitados, de los cuales 1098 (87,4%) dieron su consentimiento y respondieron la encuesta, para una proporción de rechazo del 12,6%. Por sexo, los participantes fueron 732 (66,7%) mujeres y 366 hombres (33,3%). Los rangos de edad estaban entre 15 y 99 años, con promedio de 46 años, desviación estándar (DE) de 18,6; mientras que la escolaridad era de 0 a 22 años, con mediana de 11, promedio de 8,9 y DE 4,5 años. Los entrevistados realizaban actividades de comercio y servicios 458 (41,7%), del hogar 345 (31,4%), estudiaban 121 (11,0%) y 174 (15,9% realizaban otras ocupaciones. Las viviendas de los encuestados estaban ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos, así: estrato 1: 253 viviendas (23,0%), estrato 2: 39 (3,6%), estrato 3: 415 (37,8%) y estrato 4: 391 (35,6%). Del total, 642 encuestados (58,5%) informaron alteración en su condición de salud. El número de participantes por barrio fue: Mororrico (Mo) 289, Comuneros (Co) 273, San Francisco (SF) 286 y San Alonso (SA) 250. En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes, según el barrio de residencia. En relación a la CVRS, en todos los dominios se presentaron promedios por encima del 60%. Los dominios donde se registraron menores puntajes fueron salud general, dolor y vitalidad, con puntajes entre 64 y 68%, mientras que los de mayor puntuación fueron: función física y funciones sociales; ambos por encima del 80%, como se puede observar en la Figura 1. Con referencia al sexo, cabe destacar que los hombres, en general, obtuvieron mejores puntajes que las mujeres, en la mayoría de dominios, excepto en función social, donde los índices son muy similares. Respecto a la edad de los participantes, se observó que en todos los dominios hay una disminución de la CVRS a medida que la edad avanza. En cuanto a la escolaridad, se encontró un gradiente que muestra que hay mejores niveles de CVRS en personas que tienen una mayor escolaridad, es decir, a medida que aumenta la escolaridad, aumenta también la percepción de la CVRS. Con respecto a la ocupación se

observó que los estudiantes presentaron una mejor puntuación en los dominios de salud general, función física y rol físico; en contraste, las personas dedicadas a oficios del hogar presentaron los puntajes más bajos en todos los dominios del cuestionario. En relación con el estrato socioeconómico, no se evidenció una tendencia clara. Los hallazgos en éste sentido apuntan a que quienes habitan en el estrato 2 presentan puntajes más bajos en los dominios de salud general, dolor, vitalidad y salud mental con relación a todos los estratos, inclusive al estrato 1, pero en los demás dominios presentan puntajes por encima de los demás estratos, inclusive del 3 y del 4. Tampoco se evidenciaron diferencias consistentes según los barrios de residencia de los entrevistados. Los datos de cada uno de los dominios en relación a las demás variables se pueden apreciar en la Tabla 2. En cuanto a la percepción sobre el cambio de su estado de salud en el último año, los estudiantes fueron quienes refirieron que su salud estaba mejor que el año anterior, en contraste, tanto los adultos, como los adultos mayores, informaron deterioro en su estado de salud en comparación con el año anterior. En relación con la CVRS en personas que informaron tener alguna enfermedad al momento de la encuesta, se encontraron puntajes más bajos en todos los dominios del cuestionario SF-36, que quienes refirieron estar sanos¹⁶.

En primer lugar, las tablas 2, 3 y 4 presentan los resultados obtenidos en todos y cada uno de los ítems de las tres medidas utilizadas en el estudio. Estas tablas muestran, por tanto, los resultados de manera detallada. Para cada ítem se ofrecen no solo los porcentajes, sino también el valor de χ^2 obtenido. En la tabla 2 se ofrecen los resultados de los 13 problemas de salud más recurrentes en la vejez. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos problemas: artritis/artrosis y osteoporosis. De esta manera, las mujeres presentan más problemas de artritis/artrosis ($\chi^2=9.943$; $p=0,001$) y de osteoporosis ($\chi^2=8.338$; $p=0,002$) que los hombres. En la tabla 3 se presentan los resultados del nivel de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Como se puede observar en general la muestra es autovalente, si consideramos que el 77.5% está en la categoría de independiente, un 4.9% en dependencia escasa, 14.4% en dependencia moderada, un 2.3% en dependencia severa y un 0.9% es dependiente. En el análisis del χ^2 por las distintas categorías del Barthel no se observan diferencias estadísticamente significativas¹⁷.

Finalmente, en la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos en los distintos ítems y dimensiones de calidad de vida. A través de la prueba del χ^2 se valoran todos los ítems del cuestionario en función de posibles diferencias según género. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Los ítems que muestran una ventaja o mejores resultados en la calidad de vida de las mujeres son: mayor satisfacción general con la calidad de vida ($\chi^2=18.389; p=0,001$); mayor satisfacción consigo mismas ($\chi^2=21.023; p=0,000$); mayor satisfacción con sus vínculos o relaciones sociales ($\chi^2=11.783; p=0,01$), mayor satisfacción con las condiciones del lugar en que residen o vive ($\chi^2=14.530; p=0,006$) y mayor satisfacción con los servicios de salud ($\chi^2=12.712; p=0,01$). En contraposición los hombres muestran mejores resultados en los siguientes ítems: presentan menos síntomas depresivos ($\chi^2=14.042; p=0,007$) y disponen del dinero para satisfacer sus necesidades ($\chi^2=16.022; p=0,003$)¹⁷.

En la tabla 5 se muestran los resultados en las medidas utilizadas. En este caso, se realiza un análisis de las diferencias estadísticamente significativas en los sumatorios de cada dimensión o escala. Dicho de otra forma, no se toman los ítems uno a uno, sino que se ofrecen los resultados para las dimensiones definidas por varios ítems. Los resultados muestran diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, cuando se analiza la sumatoria de problemas de salud y el puntaje total de independencia, no se observan diferencias estadísticamente significativas según el género. Pero sí hay diferencias en análisis de los cuatro dominios y en el puntaje total de la calidad de vida, en todos ellos la $p=0,000$. Los datos son positivos en los hombres en los dominios: físico y psicológico. En cambio, los resultados son favorables para las mujeres en los dominios: relaciones sociales y ambientes. En tanto, en la valoración general de calidad de vida (esto se refiere al puntaje total del WHOQoL-BREF), las mujeres muestran mejores resultados que los hombres¹⁷.

En comparación con poblaciones que reportan enfermedades crónicas, las personas con discapacidad física de este estudio presentan mejor satisfacción y bienestar psicológico en la esfera de rol social, salud mental y vitalidad, factores que redundan en una mejor CV. Esto debido a que la severidad de las limitaciones físicas que presentan y el grado de funcionalidad y autonomía en la realización de actividades cotidianas, facilitan la satisfacción general y la CV percibida acerca de la vitalidad, el rol social ejercido y la salud mental. Así mismo, es importante notar que estas personas hacen parte de un proyecto de

inclusión laboral, y durante los intercambios sociales formales e informales comparten valores, intereses y reciben apoyo emocional que les facilita el manejo de situaciones estresantes. No obstante, cabe resaltar que el hecho de que las personas incluidas en el estudio provengan de una institución que realiza un proceso de selección para el ingreso en el que se evalúa la salud mental (grado de ajuste psicológico y bienestar en la esfera emocional y conductual), sesga los datos obtenidos y por tanto deben conducirse estudios posteriores en población no seleccionada previamente¹⁸⁻¹⁹.

En el trabajo realizado por la Universidad autónoma del estado de México “Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres” se analizaron los resultados descriptivos del SCL-90-R (auto-reporté que evalúa los síntomas psicopatológicos comunes como somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo, así como la sintomatología global (Índice de Severidad Global, GSI) las medias obtenidas mostraron que los principales síntomas en mujeres fueron: obsesión-compulsión, somatización y depresión; y en los hombres destacaron: obsesión-compulsión, ideación paranoide y somatización. Siguiendo a grande, Newmeyer, Underwood y Williams (2014), consideró el porcentaje de personas que presentaron una puntuación igual o mayor a una puntuación estándar superior a la media, encontrando que en las mujeres el porcentaje oscila entre 14.1% y 16.3%; y en el caso de los hombres varían entre 6.7% al 14.4%, identificando a las personas con alta frecuencia y severidad de los diferentes síntomas evaluados²⁰.

El análisis comparativo con las puntuaciones del SCL-90-R mostró diferencias significativas entre mujeres y hombres, por ello el resto de los análisis se realizaron por separado. En todos los síntomas evaluados, las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones que los hombres. Asimismo, se compararon las puntuaciones de mujeres y hombres obtenidas en el WHOQOL-BREF encontrando diferencias significativas en todas las áreas evaluadas, donde las mujeres presentaron menor calidad de vida²⁰.

En la salud psicológica, las mujeres consideran que están insatisfechas y disfrutan menos la vida, aceptan menos su apariencia corporal y tienen menor capacidad de concentrarse; en tanto que los hombres tienen sentimientos negativos con mayor frecuencia. Ambos encuentran significado a su vida (religioso, espiritual o personal), y coinciden en que el aspecto más bajo es su capacidad para concentrarse²⁰.

En cuanto a las relaciones interpersonales, las mujeres están menos satisfechas con sus relaciones personales y sexuales que los hombres. Ambos consideran que cuentan con el apoyo de sus amigos, aunque para ellos es el aspecto con menor puntuación de esta área²⁰.

Con respecto al medio ambiente, las mujeres sienten menor seguridad y satisfacción con las condiciones en que viven y el ambiente que les rodea (información, servicios de salud, etc.) en comparación con los hombres. Ambos refieren una satisfacción media con los medios de transporte y señalan como los aspectos más bajos: su participación en actividades recreativas y dinero suficiente para sus necesidades²⁰.

Por otro lado, se elaboraron los modelos predictivos para mujeres y hombres con la intención de identificar aquellos síntomas que tienen mayor impacto en la calidad de vida. En las mujeres, los síntomas depresivos y el Índice de Severidad Global (GSI) afectan las Áreas específicas y el resultado total del instrumento de calidad de vida (WHOQOL-BREF). La depresión es la dimensión psicopatológica que tiene mayor efecto estadístico, incidiendo en dos Áreas específicas: salud psicológica y relaciones sociales; así como en la calidad de vida total, explicando entre el 26% y el 38% de la varianza. Asimismo, la puntuación conjunta de los diversos síntomas, expresados en el GSI, inciden negativamente en la salud física y el medio ambiente, representando el 29% y el 17% de la varianza explicada sobre la calidad de vida²⁰.

En cambio, en los hombres sobresalen la somatización, sintomatología total (GSI) y depresión como los elementos que influyen negativamente en la calidad de vida, explicando desde el 24% hasta el 13% de la varianza del criterio. La somatización afecta la percepción de la salud física. La sintomatología total disminuye la calidad de vida total y dos Áreas específicas: salud psicológica y relaciones sociales. Por Último, los síntomas depresivos impactan sobre la percepción deteriorada del medio ambiente, aunque con una aportación menor: 13% de la varianza explicada²⁰.

Siguiendo con los dimensiones que están relacionadas con el mantenimiento o no de la calidad de vida. Un Estudio de la Universidad de Colombia en Bogotá, sobre la necesidad de salud en la población desplazada por conflictos armados en Bogotá revela. El desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente un deterioro en las condiciones de vida y de la salud de quienes lo padecen²¹.

Las necesidades en salud percibidas por hombres y mujeres desplazados por el conflicto armado y sus principales estrategias de resolución. El método utilizado fue La realización de una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales semi-estructuradas a 31 personas desplazadas en fase de transición. Se hizo un análisis narrativo de contenido, segmentando la información por edad y sexo. El área de estudio estaba constituida por cinco localidades de la ciudad de Bogotá²¹.

Los resultados obtenidos fueron: El compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas con la alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias son los principales problemas de salud referidos por ambos grupos de informantes. La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional. La precaria situación económica subyace a los problemas y a las necesidades de atención en salud. Para la solución de los problemas de salud, además de los servicios de salud, las personas desplazadas emplean otras estrategias a su alcance. Las necesidades expresadas son coherentes con los problemas percibidos. Se observan algunas diferencias en la apreciación de los problemas y en las estrategias de solución, entre hombres y mujeres y entre grupos de edad²¹.

MARCO TEÓRICO:

REVISIÓN SOBRE EL CONCEPTO CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993)²².

Su uso extendido es a partir de los sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual²².

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999)²².

Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999)²².

Datos complementarios a esta idea son proporcionados por Gill & Fenstein (1994), quienes, en una revisión de artículos sobre CV, encuentran que sólo un 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no definía CV y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre CV y los factores que la influencian²².

Reportes similares son informados por Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay (2003), quienes en una revisión sobre modelos existentes en la literatura sobre CV, plantean que desde que este concepto comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas tanto en la definición

del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar²².

En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL), el cual propuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995). Previa a la definición, los investigadores explicitaron algunas de las características del constructo, tales como que (a) la CV es subjetiva. Se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso) (b) la naturaleza multidimensional de la CV (c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHO L Group, 1995)²².

Bajo este marco El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: «La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno²³.

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto (Cummins, 2000) o bien a que este es un término multidisciplinario (Haas, 1999). Así, los economistas tenderán a centrar su medición en elementos tangibles de la CV y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la CV. El concepto de CV actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la CV (Cummins, 2004)²⁴.

DIVERSOS ENFOQUES SOBRE CALIDAD DE VIDA

| Referencia | Definición Propuesta |
|------------------------------|---|
| Ferrans (1990b) | Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. |
| Hornquist (1982) | Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. |
| Shaw (1977) | Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida. |
| Lawton (2001) | Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. |
| Haas (1999) | Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece. |
| Bigelow et al., (1991) | Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar. |
| Calman (1987) | Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente. |
| Martin Stockler (1998) | & Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida. |
| Opong et al., (1987) | Condiciones de vida o experiencia de vida. |

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la CVRS ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores, el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar. Los elementos que la engloban incluyen una dimensión: biosociológica, socioeconómica y cultural de manera dinámica y multidimensional.^{25,26}.

El término CVRS, surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en diferentes patologías, entre ellas las enfermedades crónicas, haciendo decisivo evaluar las nuevas opciones terapéuticas con relación al valor añadido que aportan al paciente (no sólo en eficacia y seguridad)²⁷.

En ciencias de la salud se prefiere hablar de CVRS cuando se intenta evaluar aquélla en función del grado de salud, en un intento de acotar el problema, con una visión más realista, que huye de la ambigüedad e imprecisión, dada la imposibilidad de definir el concepto de calidad de vida²⁸.

Los contenidos de la CVRS se suelen dividir en tres dimensiones: física, psicológica y social, en una clara referencia a las distintas áreas en que se ha dividido el concepto de salud. Se trata de conocer cómo los estados de salud o si se prefiere, como las distintas formas de enfermar modifican la calidad de vida de las personas²⁸.

Estas se pueden subdividir en sub-dimensiones, dominios, categorías o componentes, dependiendo de los autores. Así el dolor y la movilidad serían categorías o dominios de la dimensión física, mientras que la ansiedad y la depresión constituirían categorías de la dimensión psicológica. El cuidado personal y las actividades cotidianas tienen que ver con lo social. Los cuestionarios de CVRS surgen de necesidades de medición específicas, transformados en preguntas, dominios, categorías o dimensiones²⁹.

La medición de la salud ha tenido una notable evolución durante las últimas décadas, como consecuencia de los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población, así como de avances conceptuales y científicos sobre la salud y sus determinantes.

Actualmente, la salud se define como un recurso que incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para concretar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades. Aplicado a la infancia, este concepto incorpora el desarrollo y la posibilidad de desplegar aquellas capacidades³⁰.

La CVRS en la actualidad se describe incluyendo las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva), lo que es correspondiente con referir la calidad de vida como las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente al entorno y su dinámica coexistente³¹.

El estudio Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) refleja la opinión de que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, que está incrustada en un contexto cultural, social y ambiental. El WHOQOL es, por lo tanto, una evaluación de un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo del estado de salud, el estado psicosocial y otros aspectos de la vida³².

Del mismo estudio se pueden obtener seis dimensiones analizadas que se describen.

DOMINIOS Y FACETAS DE LA EVALUACIÓN PILOTO DE WHOQOL

| | |
|------------|--|
| Dominio I | FISICO |
| 1 | Dolor y Discomfort. |
| 2 | Energía y fatiga. |
| 3 | Actividad sexual. |
| 4 | Descanso y sueño. |
| 5 | Funciones sensoriales (visión, audición) |
| Dominio II | PSICOLOGICAS |
| 6 | Sentimientos positivos. |
| 7 | Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. |
| 8 | Amor propio. |
| 9 | Imagen corporal y apariencia. |

| | |
|-------------|--|
| 10 | Sentimientos negativos. |
| Dominio III | NIVEL DE INDEPENDENCIA |
| 11 | Movilidad |
| 12 | Actividades de la vida diaria. |
| 13 | Dependencia de medicación y asistencia médica. |
| 14 | Dependencia de otras sustancias (alcohol, tabaco y drogas). |
| 15 | Capacidad de comunicación. |
| 16 | Capacidad de trabajar. |
| Dominio IV | RELACIONES SOCIALES |
| 17 | Relaciones personales. |
| 18 | Apoyo Social. |
| 19 | Actividades como proveedor. |
| Dominio V | AMBIENTE |
| 20 | Libertad, seguridad física y seguridad. |
| 21 | Ambiente en el hogar. |
| 22 | Satisfacción en el trabajo. |
| 23 | Recursos financieros. |
| 24 | Asistencia social y sanitaria: accesibilidad y calidad |
| 25 | Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades. |
| 26 | Participación y oportunidades para actividades recreativas/de ocio |
| 27 | Ambiente físico (contaminación/ruido/tráfico/clima). |
| 28 | Transporte. |
| Dominio VI | Espiritualidad/religión/creencias personales |
| | Calidad de vida general y percepciones generales de salud |

En contraposición teniendo en cuenta los objetivos del trabajo de investigación presentado se tiene en cuenta las siguientes variables o dominios como determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud de los individuos.

ANSIEDAD: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), de la American Psychiatric Association³³. Identificando esta variable con impacto directo en la calidad de vida de las personas o CVRS en cuanto a la aparición de sentimientos positivos o negativos, pensamiento anticipatorio, “overthinking”, dificultad para controlar las preocupaciones y situaciones vivenciales anticipatorias³³.

El TAG tiene un impacto considerable y negativo en la vida diaria y la funcionalidad del paciente, factor que lo vincula con la calidad de vida. La noción de calidad de vida se traduce como felicidad o bienestar. Existen varias definiciones de calidad de vida, pero el consenso general existente entre los investigadores es que la calidad de vida se refiere al bienestar subjetivo. Se trata de un constructo basado en los estándares de las personas para determinar qué es una buena vida. Por tanto, la calidad de vida es la evaluación global que hace un sujeto de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como la enfermedad y el tratamiento que requiere ésta³⁴.

DEPRESION: Según la OMS los trastornos mentales, están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50 %, pasando de 416 a 615 millones. Para el 2011, según la OMS, la Carga Global de las Enfermedades, o por sus siglas en inglés GBD (Global Burden of Disease) estimó que el 33% de los años vividos con discapacidad son debido a los trastornos neuropsiquiátricos, además del 2.1% por lesiones auto infligidas, con lo cual se llegaba a 35% del total de la Carga Global. En el 2015 los trastornos depresivos representaron, a escala mundial, más de 50 millones de años vividos con discapacidad³⁴. Más del 80% de esta carga de enfermedad no mortal se presentó en países de ingresos bajos y medianos. Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan incluso sobre varias enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes³⁵.

El sentimiento de soledad puede vincularse a la falta de actividad y al aislamiento social, los que pueden desembocar en diversos trastornos afectivos, como la depresión. Una persona mayor que haya dejado de ser activa y que se encuentre aislada socialmente acabará por sufrir en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general. Cada día aumentan más las cifras de personas mayores que viven solas, que están institucionalizadas o que manifiestan síntomas asociados a la soledad, debido a que esta última es un problema que ha cobrado una enorme importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud, sobre todo porque la depresión puede ser particularmente incapacitante cuando se experimenta en esa etapa de la vida en virtud de factores que la amplifican, como el declive en la capacidad de reserva, los escasos recursos financieros y la comorbilidad con enfermedades físicas, todo lo cual afecta las relaciones sociales y acelera los procesos de enfermedad. Sin embargo, la soledad en el adulto mayor no se relaciona directamente con la depresión, la cual está mediada por otras variables. Identificar las mismas es importante desde un punto de vista teórico en razón de que tales mediadores proporcionan una mayor comprensión del proceso por el cual ambas condiciones se relacionan, y también es benéfico desde un punto de vista práctico porque ayuda a reconocer qué aspectos de la vida de un adulto mayor requieren ser atendidos³⁶.

MOVILIDAD: Las limitaciones de movilidad que se ven aumentadas en la vejez pueden reducir en gran medida la calidad de vida, generar costos sustanciales de atención social y de salud y aumentar la mortalidad. El ensayo Retirement in Action (REACT) cuyo objetivo fue establecer si una intervención de envejecimiento activo basada en la comunidad podría prevenir la disminución del funcionamiento físico de las extremidades inferiores en adultos mayores que ya tienen un mayor riesgo de limitación de la movilidad mostró que un programa de actividad física y mantenimiento del comportamiento de 12 meses podría ayudar a prevenir el deterioro de la función física durante un período de 24 meses. Se destaca así la importancia de definir estrategias político social a fin de mantener a la población activa cuyo impacto en la calidad de vida es considerable³⁷.

DOLOR: Se puede apreciar la asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. De tal manera que cuando se consigue disminuir el

dolor también disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y a su vez mejoran aspectos del estado de salud del individuo. En el estudio de Andrés et al (9) observan que los pacientes con un dolor informado alto perciben una limitación mayor en sus actividades diarias, en su trabajo y valoran que poseen un peor estado de salud general y mental. Los pacientes con dolor somático, en comparación con los pacientes con dolor neuropático, perciben un mayor grado de afectación. El estado de salud percibido se correlaciona negativamente con la intensidad del dolor y la sintomatología ansiosa y depresiva³⁸.

Soucase et, en su estudio de calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados de fibromialgia observan que el uso de estrategias activas ante el dolor como el autocontrol y la distracción se relacionan negativamente con la ansiedad y pérdida de control e indirectamente ello implica una mejora en la calidad de vida del paciente. Mientras que el uso de estrategias pasivas como la religión se asocia con un mayor grado de desadaptación³⁸.

El DCNO se clasifica por su procedencia en nociceptivo, neuropático y mixto. El dolor nociceptivo suele estar bien localizado, se suele deber a patologías musculo esqueléticas, inflamación o problemas mecánicos, normalmente causados por daño tisular. El neuropático es originado por una lesión del sistema nervioso central o periférico de múltiples causas; suele referirse como dolor espantoso al tacto, quemazón, como alfileres muy característico de la neuralgia pos herpética, en neuropatía diabética e ictus. El dolor mixto es aquel que posee características de tipo nociceptivo y neuropático, como por ejemplo la lumbalgia crónica³⁹.

ABORDAJE

El primer paso e imprescindible para realizar una estrategia de tratamiento es la identificación de las características y del tipo de dolor. No se puede entender el dolor sin conocer a la persona que lo padece, por lo que se debe hacer un abordaje integral, con una anamnesis dirigida, mediante una entrevista clínica semiestructurada centrada en el paciente con fase evaluativa y fase resolutiva de consenso y participativa. Debe realizarse una entrevista motivacional, para promover cambios en el estilo de vida³⁹.

Preguntas clave como “la frecuencia del dolor y cronología, localización e irradiación, con qué lo relaciona, qué lo exacerba o lo alivia, explorar síntomas acompañantes, alteración

del sueño, valorar la influencia emocional del dolor, valorando la posibilidad de coexistencia de ansiedad y depresión”, no deben faltar en una buena anamnesis³⁹.

La exploración debe centrarse en el síndrome doloroso con el objetivo de realizar un mapa del dolor, recogiendo la sensibilidad táctil, valorando la presencia de alodinia o hiperalgesia y la sensibilidad vibratoria³⁹.

Se debe usar siempre la una escala de dolor para intentar objetivar el dolor y valorar en sucesivas visitas la mejoría o no con el tratamiento. En Atención Primaria utilizamos la escala visual analógica (EVA) que valora la intensidad de dolor del 1 al 10 y nos permite determinar si el tratamiento pautado está siendo eficaz, así como si debemos aumentar o disminuir dosis o cambiar de fármacos. Una variación a la baja de dos puntos o del 30 % o más del valor inicial se considera alivio clínicamente significativo³⁹.

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: Se entiende por funcionalidad, a la capacidad del sujeto para realizar sus actividades diarias y funcionalidad geriátrica como la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido, baño y cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, tomar medicamentos, administración de los gastos personales, respectivamente. La presencia del compromiso funcional en el adulto mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. La alteración funcional puede ser un “marcador” evidente del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También un indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etario⁴⁰.

Actualmente, la valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. La OMS estableció desde 1999 que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por

lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida⁴⁰.

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos, reforzando el consenso que indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud⁴¹.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Debido a que es un tema de mucha subjetividad, es difícil definir o encuadrar variables específicas para la medición de la calidad de vida; sin embargo, de acuerdo con las características comunes de todo individuo, se podrían dividir en los siguientes, basándonos en el modelo de Wilson & Cleary: síntomas, factores psicológicos y biológicos, estado funcional actual, percepción de salud del propio paciente. Todo esto tomando en cuenta los siguientes «soportes» o características del entorno: emocional, socioeconómico, psicosocial. Se han observado diferentes interpretaciones entre el sujeto, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. La manera de medir la calidad de vida, sin embargo, varía dramáticamente de una sociedad a otra; aun dentro de un entorno en específico varía de una persona a otra dependiendo de la cultura en la que ha sido inmersa. Es por esto que se han creado diversos instrumentos para evaluarla, aunque es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Los determinantes fundamentales en el estado de salud son factores tanto biológicos como psicológicos porque éstos son conceptualizados comúnmente y aplicados de manera rutinaria en la práctica clínica. La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud más allá de indicadores como mortalidad y morbilidad, incluyendo otras variables que impactan la vida del enfermo y cómo sufre un deterioro en sus actividades rutinarias de la vida diaria.^{15,16} Con base en lo anterior se creó el WHOQOL-100 (1991) y WHOQOL-BRIEF (1994), único instrumento internacional de la OMS de medición de la calidad de vida, logrado con la

colaboración de diversos grupos culturales. Consiste en una encuesta personalizada en la que se debe contestar en una escala del 1 al 5 (siendo 1 «ninguno» y 5 «en una cantidad considerable») acerca de cómo el paciente vive su enfermedad y su percepción subjetiva de bienestar, debiendo responder de acuerdo con su experiencia de las dos últimas semanas. La primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de las personas con padecimientos crónicos fue la de Karnosky, que es una escala de 10 puntos actualmente utilizada en individuos con cáncer. Es simple y de rápida aplicación. Hoy en día, la explosión tecnológica en la que vivimos ha cambiado el entorno de los cuidados en la salud; estamos equipados con tecnología móvil que puede tener aplicaciones potenciales en lo que implica la recolección de información acerca de la calidad de vida⁴².

UTILIDAD Y APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado, como ya se comentó anteriormente, como sinónimo de estado de salud percibido de una persona, con el objetivo principal de evaluar si una enfermedad o condición crónica y sus síntomas interfiere con su desempeño en la vida diaria⁴².

Así mismo, se puede afirmar que el impacto en la percepción de la calidad de vida está determinado de acuerdo con la etapa de la enfermedad en la que el paciente se encuentra, así como el conocimiento de su padecimiento, el tratamiento al que es sometido y el pronóstico. Incluso, se puede afirmar que la calidad de vida es una de las metas de la medicina y el cuidado de la salud, por lo que no pueden ser vistas como entidades opuestas sino como un complemento. El conocer el nivel de calidad de vida permite dilucidar los efectos esperados e inesperados de los programas de salud, posibilitando que su índice sea utilizado para establecer la magnitud de un posible cambio y las intervenciones terapéuticas que se practican. Es evidente que la calidad de vida es un término totalmente individual y subjetivo; de hecho, la forma de medirla, a través de encuestas, afirma esta premisa. Por este motivo, se debe individualizar a cada persona de acuerdo con la enfermedad que padezca, el tiempo de evolución y el tratamiento que lleve. Basándonos en este hecho, es mucho más rentable evaluar la calidad de vida en pacientes con

enfermedades de curso crónico. El medir la calidad de vida también es ver el lado «humano» de la medicina, que muchas veces puede perderse por el sistema de las instituciones de salud pública, por lo que debe cobrar la importancia que tiene en sí misma⁴².

DISEÑO METODOLÓGICO:

TIPO DE ESTUDIO: cuantitativo.

SEGÚN EL ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS: descriptivo.

SEGÚN EL PERÍODO Y SECUENCIA DEL ESTUDIO: transversal; porque se estudian las variables en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

SITIO O LUGAR DE ESTUDIO: Este trabajo de investigación se realizó en la provincia de Corrientes, Departamento de Corrientes, en el Barrio Laguna Seca. Que se encuentra ubicado a 4,5 km del centro, el tamaño del territorio geográfico es de 5 cuadras. El barrio tiene varias plazoletas un comisaría el CAPS nro. 4 de atención primaria donde se brinda la atención de varias especialidades el mismo depende del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Corrientes.

POBLACIÓN: Personas adultas que viven en el Barrio Laguna Seca.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada una de las personas que se encuentren dentro del grupo etario que viven en el Barrio Laguna Seca.

CRITERIO DE INCLUSIÓN: Edades comprendidas (40-65años), personas que aceptaron participar del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Personas que no aceptaron participar, personas con condiciones disminuidas.

MUESTRA: muestreo probabilístico al azar. El cálculo del tamaño muestral se realizó por el método de las proporciones para un intervalo de confianza del 95%,

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES | INDICADOR ES |
|----------------------------------|--|------------------|--------------------|---|-------------------------------------|
| EDAD | Tiempo vivido por una persona expresado en años | Cuantitativo | Discreta | Edad comprendida desde 40 a 65 años | Años cumplidos |
| SEXO | Características biológicas y fisiológica que lo define a la persona | Cualitativo | Nominal | Femenino Masculino LGBTIQ+ Otros | Información extraída de la encuesta |
| CAPACIDAD DE MOVILIZACIÓN | Capacidad de desplazarse, realizar movimientos para poder emplear cualquier tipo de actividad en cualquier espacio | Cualitativo | Nominal | Deambula sin dificultad Utiliza dispositivos para movilizarse a diferentes espacios No se moviliza. | Información extraída de la encuesta |
| CUIDADO PERSONAL | Hábitos que velan por el autocuidado y el bienestar propio | Cualitativo | Nominal | Me ocupo de mi cuidado personal todos los días Me ocupo de mi cuidado personal | Información extraída de la encuesta |

| | | | | | |
|--|--|-------------|---------|---|-------------------------------------|
| | | | | parcialmente No me ocupo de mi cuidado personal como debería No me ocupo de mi cuidado personal. | |
| DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS | Acciones comunes, como también acciones que dependen de la realidad de cada sujeto, realizadas todos los días que le resulta dificultosa a la persona para llevarlas a cabo. | Cualitativo | Nominal | No tengo dificultades para realizar todas las actividades diarias Tengo ciertas dificultades para lograr cumplimentar con las actividades diarias Tengo muchas dificultades para realizar todas las | Información extraída de la encuesta |

| | | | | | |
|--|--|-------------|---------|--|-------------------------------------|
| | | | | actividades diarias. | |
| DOLOR | Sensación molesta, afflictiva y por lo general desagradable asociada a un daño tisular real o potencial. | Cualitativo | Nominal | Leve Moderado Severo Sin dolor | Información extraída de la encuesta |
| SITUACIONES SOMETIDAS A LA ANSIEDAD | Preocupaciones y miedos intensos, difícil de controlar que interfiere con las actividades diarias. | Cualitativo | Nominal | Estoy sometido/a a situaciones de mucha ansiedad Estoy sometido/a a bajos niveles de ansiedad No estoy sometido/a a niveles de ansiedad No sé cuáles son situaciones de ansiedad. | Información extraído de la encuesta |

| | | | | | |
|------------------|--|-------------|---------|---|--|
| DEPRESIÓN | Bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza ante situaciones traumáticas o estresantes que puede alterar el comportamiento, actividades y pensamientos | Cualitativo | Nominal | No padece depresión Padece actitudes que podrían llevar a depresión Padece depresión. | Información extraída de las encuestas. |
|------------------|--|-------------|---------|---|--|

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EMPÍRICA:

Se utilizó el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) (21), el que evalúa 3 dimensiones: físicas, psicológicas y sociales. Es el único cuestionario que ha sido adaptado y validado para su uso en lengua española. Puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas».

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La recolección de la información se realizó por el suscripto, se invitó a las personas a que completen el formulario, el mismo recorrió toda el área geográfica especificada en el estudio y se procedió a completar dicho formulario a todos los participantes que así lo desearon. El mismo lo realice de forma personal caminando toda el área geográfica delimitada en varios días hasta alcanzar una muestra representativa para dicho estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (principios éticos para las investigaciones médicas de seres humanos) se establecieron las siguientes consideraciones éticas que se tomaron en cuenta a lo largo de la realización de este estudio:

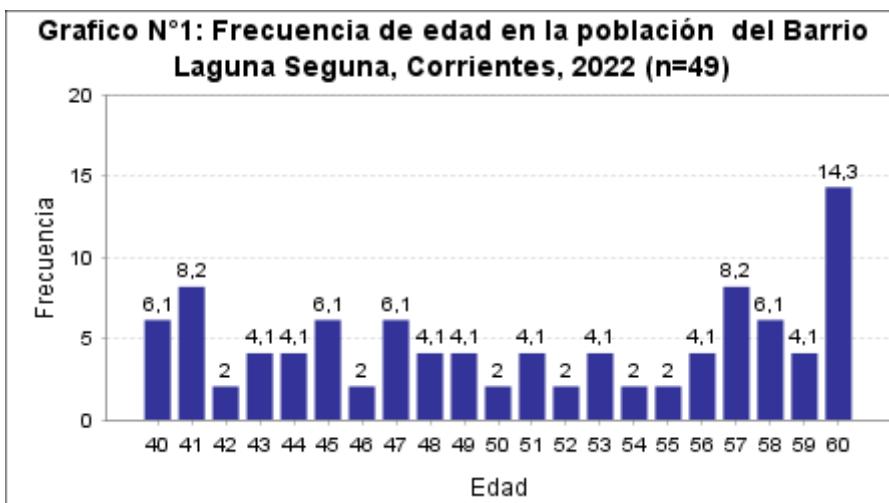
Previo al estudio se solicitó el consentimiento informado, para hacer constar la disposición y participación voluntaria. Se garantizó la confidencialidad de la información que brindo el grupo en estudio, así como el anonimato, y solo se utilizaron estos datos con fines investigativos. Se explicó claramente el propósito de la investigación. Los resultados serán publicados con acceso para la Carrera de Maestría de Ciencias de la Enfermería Comunitaria, Dictado en la Facultad de Medicina (UNNE), El instrumento utilizado, es validado y confiable, adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.

RESULTADOS:

Se aplicó el instrumento de recolección cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) de un total de 49 unidad de análisis.

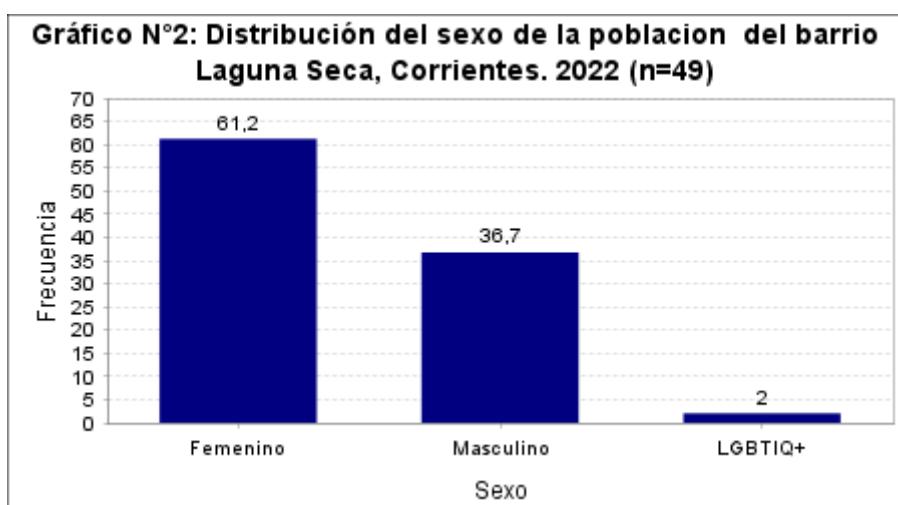
En la muestra analizada se observó que la edad máxima es de 60 alcanzando un 14,3 % y una mínima de 40 años; media de 50,7 (D.E=6,9), mediana de 51 años y una moda de 60 años.

(Grafico 1)



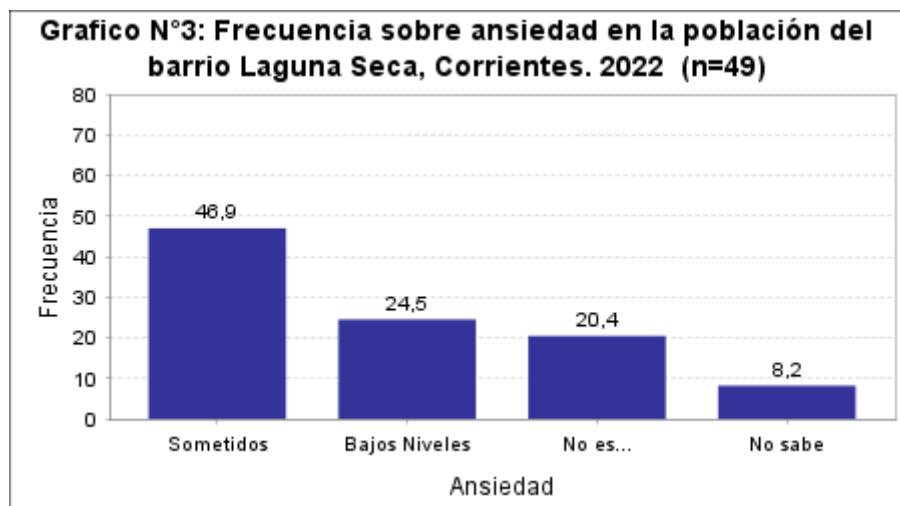
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

De acuerdo a la distribución del Sexo, se puede observar dentro de la población un alcance del 61,2 %, femenino; mientras que con el 36,7 % masculino y un mínimo de 2% que se percibe como LGBTIQ+. (Grafico 2)



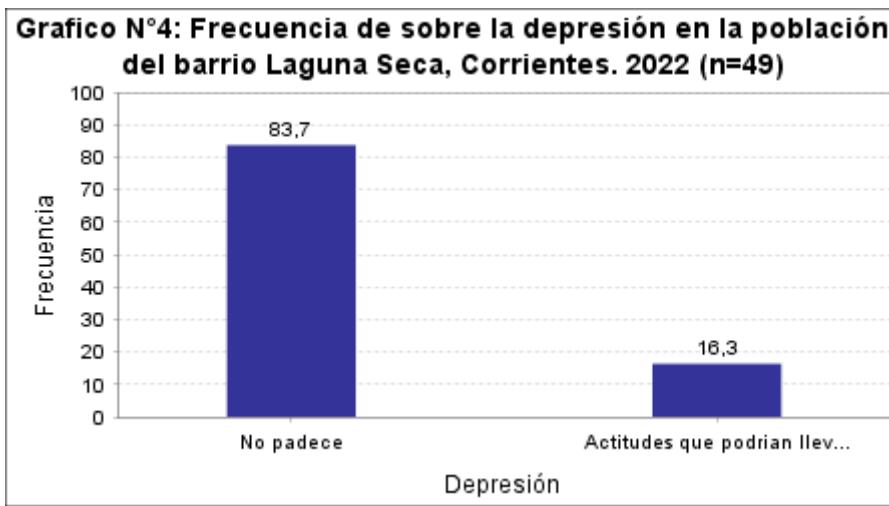
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

En relación a la Ansiedad, se puede observar que un 46,9% padece de situaciones de mucha ansiedad, el 24,5% esta sometidos a bajos niveles de ansiedad, muy seguido con un 20,4% esta sometidos a niveles de ansiedad y un 8,2% no sabe cuáles son situaciones que lo podrían llevar a la ansiedad. (Grafico 3)



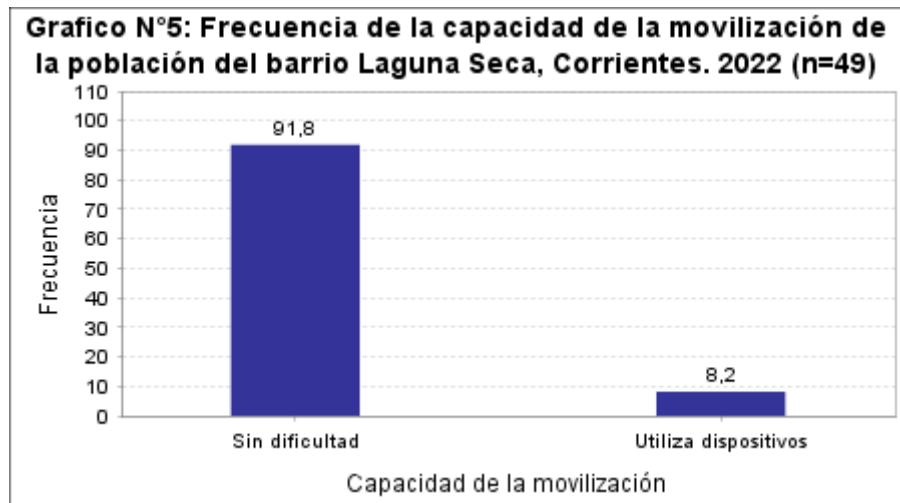
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

En cuanto a la depresión en la población, se evidencio que el 83,7% no padece depresión mientras que un porcentaje bajo de 16,3 padece actitudes que podrían llevárselo a situaciones que podrían llevárselo a la depresión. (Grafico 4)



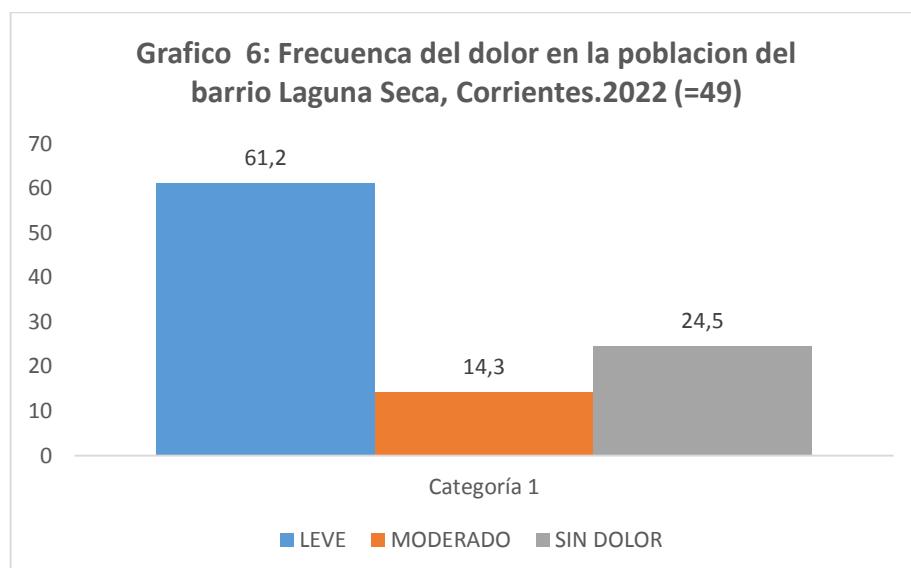
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

Con respecto a distribución de la capacidad de la movilización de las muestras analizadas; se puede apreciar que el 91,8% no presenta dificultad para poder movilizarse, mientras que el 8,2% si utiliza dispositivos para poder movilizarse. (Grafico 5)



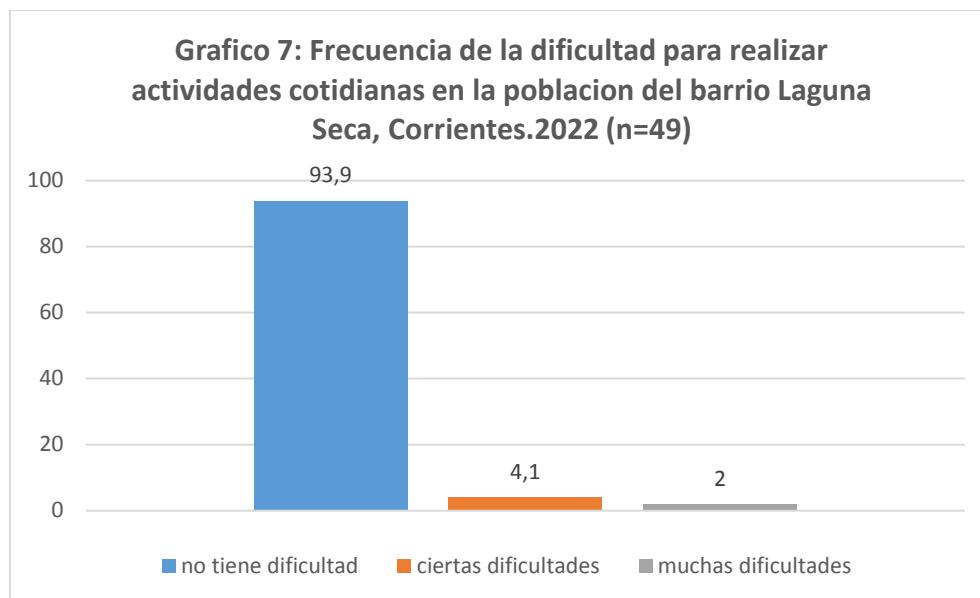
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

De acuerdo a la percepción del dolor en la población se observa que el 61,2% padece de un dolor leve, el 24,5%, no padece dolor y con 14,3% padece de dolor moderado. (Grafico 6)



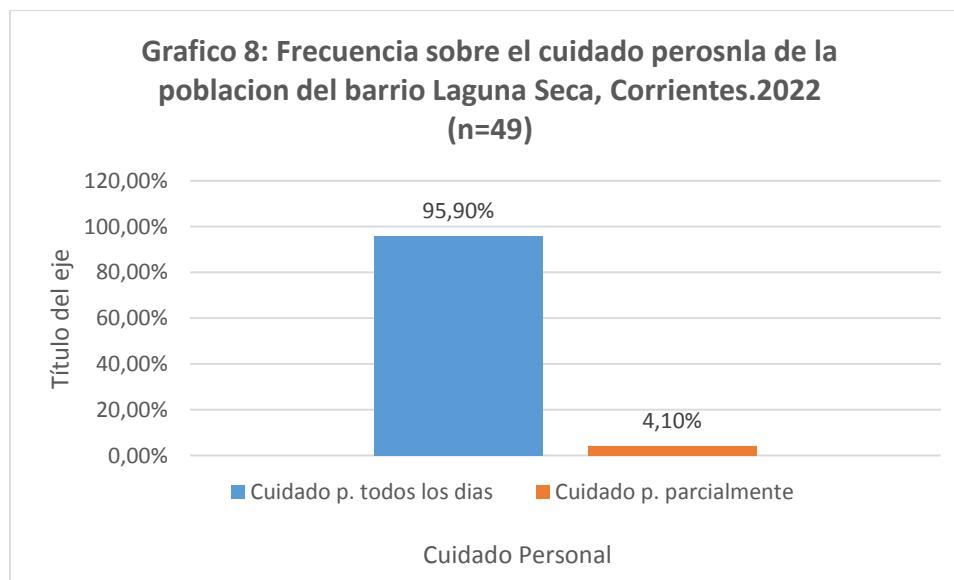
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

En relación la dificultad para realizar Actividades cotidianas se observa que 93,9% no tiene dificultad, con un 4,1% padece de ciertas dificultades y el 2% restante padece de muchas dificultades para poder realizar sus actividades. (Grafico 7)

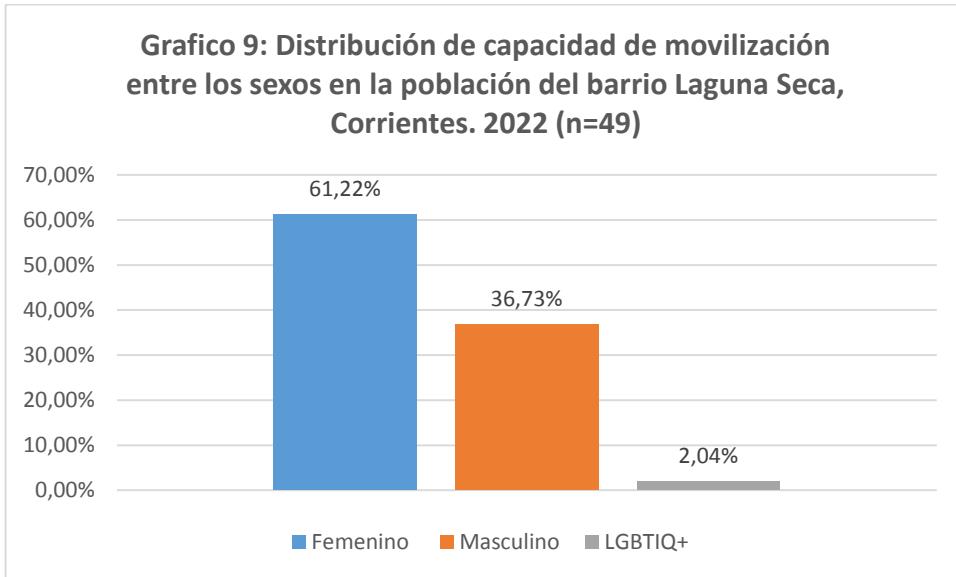


Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

En cuanto a la frecuencia para el Cuidado Personal, se observa que 95,9% realiza los cuidados personales todos los días y el 4,1% restante realiza sus cuidados personales parcialmente. (Grafico 8)



Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes



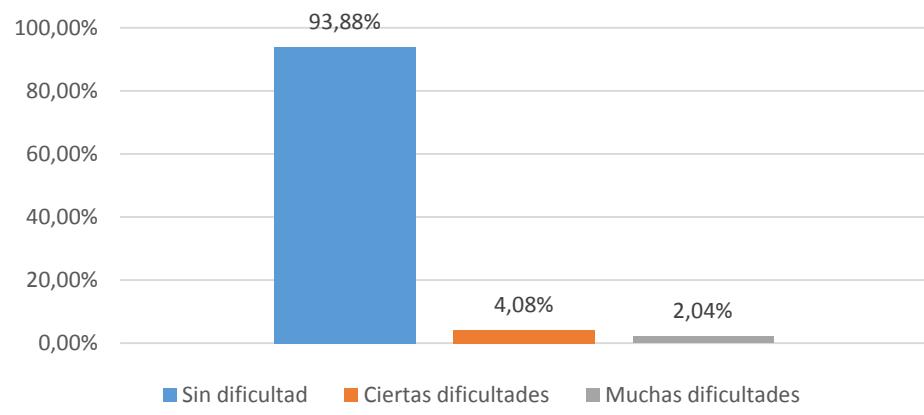
Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes.

Distribución de capacidad de movilización entre los sexos en la población del barrio Laguna Seca, Corrientes. 2022 (n=49) (Tabla 1)

| Capacidad de movilización | Sexo | | | Total general |
|---------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| | Femenino | Masculino | LGBTIQ+ | |
| Deambula sin dificultad | 53,06% | 36,73% | 2,04% | 91,84% |
| Utiliza dispositivo | 8,16% | 0,00% | 0,00% | 8,16% |
| Total general | 61,22% | 36,73% | 2,04% | 100,00% |

Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes.

Grafico 10:Distribución de capacidad para realizar actividades cotidianas sobre las edades en la población del barrio Laguna Seca, Corrientes. 2022 (n=49)



Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes

Distribución de capacidad para realizar actividades cotidianas sobre las edades en la población del barrio Laguna Seca, Corrientes. 2022 (n=49) (Tabla 2)

| Edad | Dificultad para realizar actividades cotidianas | | | Total general |
|------|---|----------------------|---------------------|---------------|
| | Sin dificultad | Ciertas dificultades | Muchas dificultades | |
| 40 | 6,12% | 0,00% | 0,00% | 6,12% |
| 41 | 8,16% | 0,00% | 0,00% | 8,16% |
| 42 | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 2,04% |
| 43 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 44 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 45 | 6,12% | 0,00% | 0,00% | 6,12% |
| 46 | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 2,04% |
| 47 | 6,12% | 0,00% | 0,00% | 6,12% |
| 48 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 49 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 50 | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 2,04% |
| 51 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 52 | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 2,04% |
| 53 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 54 | 0,00% | 0,00% | 2,04% | 2,04% |
| 55 | 2,04% | 0,00% | 0,00% | 2,04% |
| 56 | 4,08% | 0,00% | 0,00% | 4,08% |
| 57 | 8,16% | 0,00% | 0,00% | 8,16% |
| 58 | 4,08% | 2,04% | 0,00% | 6,12% |
| 59 | 2,04% | 2,04% | 0,00% | 4,08% |

| | | | | |
|----------------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| 60 | 14,29% | 0,00% | 0,00% | 14,29% |
| Total general | 93,88% | 4,08% | 2,04% | 100,00% |

Fuente: Datos extraídos de las encuestas realizadas en la población del Barrio Laguna Seca, Corrientes.

DISCUSION:

En el trabajo de investigación expuesto de la muestra analizada de un total de 49 personas de sexos; masculino, femenino y LGBTIQ+, con un rango de edad entre 40 y 60 años, se observó que la Variable Edad máxima es de 60 años alcanzando un 14,3 % y una mínima de 40 años; media de 50,7 años (D.E=6,9), mediana de 51 años y una moda de 60 años. Si se tiene en cuenta esta población estudiada nos posicionamos en una población adulta donde la dimensión física no tiene gran impacto en la calidad de vida. Ya que si se toman las variables estudiadas como ser Variable Cuidado Personal se observó que el 95,9% realiza los cuidados personales todos los días y un porcentaje bajo del 4,1% restante realiza sus cuidados personales parcialmente, no siendo esta variable de gran impacto en la calidad de vida. En el subgrupo etario entre 55 y 60 años donde se analizaron 19 muestras dando como resultado 22.4% para el sexo femenino y 16.3% para sexo masculino arrojo como resultado que un 6.12% utiliza dispositivos para movilizarse, se ocupa parcialmente de su cuidado personal y tiene ciertas dificultades para lograr cumplimentar sus actividades diarias.

Asimismo ocurre cuando se analiza la Variable Capacidad de Movilización el 91.8% no presenta dificultades para movilizarse respecto al 8.2 % que si utiliza dispositivos no siendo esta variable tampoco de gran impacto en la calidad de vida de la muestra analizada.

El trabajo de investigación La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez (Alfonso Urzúa M) ⁴³. Que se realizó bajo un diseño de tipo no experimental, analítico transversal donde se utilizó para evaluar la calidad de vida el cuestionario WHOQOL-BREF analizó que las medias del rango de edad de 40 a 60 años son siempre significativamente menores en los diferentes dominios en comparación con otros grupos como los jóvenes, posiblemente influenciadas por el deterioro tanto a nivel biológico como cognitivo propio de la entrada a la adultez mayor, sumado a esto que el estado físico pudiese influir en un menor desempeño a nivel laboral, lo cual podría influir en las relaciones de pareja y familiares. En el mismo estudio se destaca que entre las personas que no reportan una enfermedad crónica el dominio mejor evaluado es el físico, en tanto las personas que si reportaron una enfermedad crónica el dominio mejor evaluado es el social, posiblemente por el apoyo que encuentran en este dominio, en especial en el área familiar que facilitan el ajuste a los cambios producidos por la enfermedad crónica.

Estos datos son similares a los resultados obtenidos en la muestra analizada donde solo 6.12% tiene un deterioro biológico que impide realizar totalmente su cuidado personal y tiene dificultades para lograr cumplimentar sus actividades diarias.

De acuerdo a la distribución se puede observar dentro de la población una frecuencia de 30 personas(61,2 %), para el sexo femenino; mientras que para el sexo masculino una frecuencia 18 personas(36,7 %), y un mínimo de frecuencia de 1 persona (2%) que se percibe como LGTBIQ+. Esta muestra analizada donde incorpora mayor población de sexo femenino tiene mayor dominio con la Variable Ansiedad donde se puede observar una frecuencia de 46,9% que padece de situaciones de mucha ansiedad, mientras que el 24,5% esta sometidos a bajos niveles de ansiedad, muy seguido con un 20,4% esta sometidos a niveles de ansiedad y un 8,2% no sabe cuáles son situaciones que lo podrían llevar a la ansiedad. Se determina como variable predominante la Ansiedad que representa un 46,9% que padece situaciones de mucha ansiedad siendo considerada como variable a destacar dentro del estudio en cuanto a la frecuencia y a la distribución respecto al sexo siendo más predominante en el sexo femenino. El estudio de investigación Gil-Olarte, Paloma, et al. "Inteligencia emocional y ansiedad en mujeres⁴⁴. Que dentro de los objetivos pretendía examinar si las variables rango de edad, estado civil, situación laboral influían en los niveles de ansiedad de una muestra de mujeres, tomó una muestra de 60 mujeres naturales de la ciudad de Cádiz con una edad media del grupo de 46,07 años con un rango 26-71 y una desviación típica de 11,065 observó que las mujeres que informan un mayor nivel de ansiedad son en primer lugar las separadas, en segundo lugar las solteras, con una puntuación similar a las viudas y las que poseen menor grado de ansiedad son las casadas. Al considerar el rango de edad observó que las puntuaciones superiores corresponden a mujeres entre 31 y 40 años, seguidas de las de 51 a 60 años. Por otro lado las mujeres que se encontraban en situación de desempleo tenían niveles superiores de ansiedad⁴⁴. En relación a la muestra analizada en mi investigación estos puntos podrían ser los justificables del grado de importancia que tomó la variable ansiedad en cuanto a frecuencia y distribución por sexo.

Los resultados evidencian que si bien no existe diferencia en la evaluación que hacen hombres y mujeres de su calidad de vida en general, existen diferencias en la evaluación

por dominios. Los hombres evalúan mejor el dominio físico a diferencia de las mujeres que evalúan mejor el dominio social. En los hombres probablemente la evaluación está ligada a que éstos sólo perciben malestar físico si éste llega a ser grave, en tanto las mujeres evalúan mejor el dominio social debido a la construcción de género que les permite tener mayor libertad y posibilidades en cuanto a sociabilización se refiere.

En el trabajo realizado por la Universidad autónoma del estado de México “Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres” se analizaron los resultados descriptivos del SCL-90-R (auto-reporté que evalúa los síntomas psicopatológicos comunes como somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo, así como la sintomatología global (Índice de Severidad Global, GSI) las medias obtenidas mostraron que los principales síntomas en mujeres fueron: obsesión-compulsión, somatización y depresión; y en los hombres destacaron: obsesión-compulsión, ideación paranoide y somatización. En todos los síntomas evaluados, las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones que los hombres. Asimismo, se compararon las puntuaciones de mujeres y hombres obtenidas en el WHOQOL-BREF encontrando diferencias significativas en todas las áreas evaluadas, donde las mujeres presentaron menor calidad de vida; En cuanto a la salud física, las mujeres perciben menor energía y se sienten menos hábiles y capaces para realizar sus actividades cotidianas y laborales; mientras que los hombres refieren mayor dolor físico y necesidad de tratamiento médico. En la salud psicológica, las mujeres consideran que están insatisfechas y disfrutan menos la vida, aceptan menos su apariencia corporal y tienen menor capacidad de concentrarse; en tanto que los hombres tienen sentimientos negativos con mayor frecuencia. Ambos encuentran significado a su vida (religioso, espiritual o personal), y coinciden en que el aspecto más bajo es su capacidad para concentrarse. En cuanto a las relaciones interpersonales, las mujeres están menos satisfechas con sus relaciones personales y sexuales que los hombres. Ambos consideran que cuentan con el apoyo de sus amigos, aunque para ellos es el aspecto con menor puntuación de esta área. Con respecto al medio ambiente, las mujeres sienten menor seguridad y satisfacción con las condiciones en que viven y el ambiente que les rodea (información, servicios de salud, etc.) en comparación con los hombres. Ambos refieren

una satisfacción media con los medios de transporte y señalan como los aspectos más bajos: su participación en actividades recreativas y dinero suficiente para sus necesidades⁴⁵.

Este estudio también elaboró modelos predictivos para mujeres y hombres con la intención de identificar aquellos síntomas que tenían mayor impacto en la calidad de vida⁴⁵.

En las mujeres, los síntomas depresivos y el Índice de Severidad Global (GSI) afectan las Áreas específicas y el resultado total del instrumento de calidad de vida (WHOQOL-BREF). La depresión es la dimensión psicopatológica que tuvo mayor efecto estadístico, incidiendo en dos Áreas específicas: salud psicológica y relaciones sociales; así como en la calidad de vida total⁴⁵.

En los hombres sobresalió la somatización, sintomatología total (GSI) y depresión como los elementos que influyen negativamente en la calidad de vida. La somatización afecta la percepción de la salud física. La sintomatología total disminuye la calidad de vida total y dos Áreas específicas: salud psicológica y relaciones sociales. Por Último, los síntomas depresivos impactan sobre la percepción deteriorada del medio ambiente, aunque con una aportación menor: 13% de la varianza explicada⁴⁵.

Estos resultados se asemejan a los datos analizados en el presente trabajo de investigación donde se observó en cuanto a la Variable Depresión en la población una frecuencia del 83,7% que no padece depresión mientras que un porcentaje bajo de 16,3% padece situaciones que podrían llevarlo a la depresión.

En comparación con otra investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en los Adultos Mayores beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018, a 40 adultos mayores determino que un 20% de los mismos tiene ansiedad mientras que un 72,5% sufre de nivel leve de depresión⁴⁶. Esto comparado con el resultado presentado en éste estudio cuando se analizó la variable Depresión arrojo como resultado que solo un 16,3% padece actitudes que podrían llevar a la depresión. Estas diferencias podrían ser atribuidas a la muestra seleccionada ya que se observa que en el adulto mayor la variable depresión es más predominante mientras que la variable ansiedad tiene menores porcentajes. Además dicho estudio “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del Adulto Mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018”⁴⁶ .Describe que la

depresión es la enfermedad mental más común en el Adulto Mayor. A sí mismo la Organización Mundial de la Salud (2017), informa que la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores⁴⁶.

Otra Variable a destacar es el dolor en la cual se observa una frecuencia del 61,2% que padece de un dolor leve, mientras que el 24,5% no padece dolor y con una frecuencia más baja 14,3% padece dolor moderado. Estos porcentajes presentan similitudes con el trabajo realizado en Cajamarca 2018⁴⁶. Que obtuvo como resultado un 72,5% de la población con dolor crónico en los adultos mayores.

Se llega a la conclusión que es importante analizar la calidad de vida relacionada a la salud teniendo en cuenta varias premisas, en primer lugar analizarla por dominios tal y cual lo propone la OMS entendiendo que debe ser un abordaje multifactorial donde se debe tener en cuenta dominios tanto físicos, psicológicos y ambientales, en segundo lugar se debe tener en cuenta el grupo etario analizado y el momento en el cual se encuentran dentro de la etapa de la vida, en tercer lugar se debería hacer hincapié en las herramientas utilizadas para medir las variables o dominios analizados ya que debe ser una herramienta comprensible, de fácil acceso, adaptable y reproducible en diferentes estratos sociales.

Es trascendental destacar la importancia que va adquiriendo en la actualidad la calidad de vida relacionada a la salud en niños y adolescentes donde el dominio psicológico adquiere gran importancia sobre cómo se auto perciben, cuáles son sus sentimientos positivos y negativos, el amor propio y la imagen corporal y apariencia que tengan de sí mismos que influye en las variables relacionadas a la calidad de vida como ser Ansiedad y Depresión.

No quiero dejar de citar que la OMS estableció desde 1999 que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida. Destacando que actualmente la valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades.

RECOMENDACIONES:**A HOMBRES Y MUJERES:**

Tratar de informarse por su cuenta sobre los cambios fisiológicos propios y no de su estadio vital, para que puedan no solo mejorar su calidad de vida, sino evitar enfermedades prevenibles y tratables como la depresión. Estar más conscientes y dispuestos a exponer en el plano médico los cambios en su estado de ánimo, además de acatar las indicaciones médicas de prevención y tratamiento. Fíjese metas realistas, Trate de estar acompañado y de confiar en alguna persona Tome parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor Haga ejercicio liviano, vaya al cine, vaya a un juego deportivo, o participe en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo Deje que sus familiares y amigos le ayuden.

A LOS FAMILIARES DE PERSONAS:

No discriminar por cuestión de edad, ya que presupone un factor estresante que puede predisponer al anciano a sufrir depresión. Además de constituir un declive en su calidad de vida. - Fomentar a que los adultos mayores se mantengan integrados en las redes de apoyo social. - Fomentar el disfrute del ocio y la participación del paciente en actividades que antes le daban placer - Ayudarle a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique el acompañamiento en todo el proceso terapéutico a la persona deprimida. - Dar apoyo emocional - No minimice los sentimientos que el anciano expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Urzúa, A., & Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- 2) Dulcey-Ruiz E. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia; 1999:128-136.
- 3) Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología*. Ciudad de la Habana: Científica Técnica; 1996.
- 4) Mantilla G, Márquez AU. *Envejecimiento. Experiencias y perspectivas*. Bogotá: AIG; 1996.
- 5) Faden R, Germán P. *Calidad de vida: consideraciones en geriatría*. *Clínica de Medicina Geriátrica*. México: Panamericana; 1998.
- 6) Faden R, Germán P. *Calidad de vida: consideraciones en geriatría*. *Clínica de Medicina Geriátrica*. México: Panamericana; 1998.
- 7) García Capote J. Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. *Rev. Cubana Invest Bioméd [Internet]*. 2005 [citado 16 Feb 2023]; 24(1): 72-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002005000100010&script=sci_arttext&tlang=pt
- 8) WHO. *Constitution of the World Health Organization*. En: *Ten years of the World Health Organization (Annexe I)*. Geneva, 1958.
- 9) WHO. *Constitution of the World Health Organization*. En: *Ten years of the World Health Organization (Annexe I)*. Geneva, 1958. www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025.

- 10) Burke C. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing. 2001; 5 (2): 38. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/4da5032101b9e388b397b475f2733f20/1?pq-origsite=gscholar&cbl=11511>
- 11) Haas B. Clarification and integration of similar Quality of life concepts. Journal of Nursing Scholarships. 1999; 31(3): 215-220. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
- 12) Smith K, Avis N, Assman S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. Qual Life Res. 1999; 8: 447-459. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1008928518577>
- 13) Joyce Moniz, Barros L. Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención. Bogotá, D.C.: El Manual Moderno, Ltda. 2017. Disponible en: https://librunam.dgb.unam.mx/F/?func=find-B&request=Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20enfermedad%20para%20cuidados%20de%20la%20salud%20%3A&find_code=WRD&adyacent=N&local_base=MX001&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- 14) Cruz Ochoa, J. P. (2021). Ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis “Nefrology” (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- 15) Quispe Sangay A. Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018. 2019; disponible en : <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2884>

- 16) Cáceres-Manrique, F. D. M., Parra-Prada, L. M., & Pico-Espinosa, O. J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20, 147-154.
- 17) Gallardo-Peralta, L., Jorquera, I. C., Morán, M. P., & Quiroz, B. U. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, (49).
- 18) Birditt K, Antonucci T. Life sustaining irritations? Relationship quality and mortality in the context of chronic illness. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(8), 1291-1299. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=18%29%09+Birditt%2C+K.%2C+26+Antonucci%2C+T.C.+%282008%29.+Life+sustaining+irritations%3F+Relationship+quality+and+mortality+in+the+context+of+chronic+illness.+Social+Science+%26+Medicine%2C+67%2C+1291+%E2%80%93+1299.&btnG=
- 19) Moser G. Quality of life and sustainability: Toward person-environment congruity. *Journal of Environmental Psycholog*. 2009; 29(3), 351-357. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494409000061>
- 20) Ruiz Martínez, Ana Olivia, et al. "Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres." *Liberabit* 24.1 (2018): 97-113. Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272018000100007&script=sci_arttext
- 21) Gavidia Catalán V. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista española de salud pública*. 2003; 77(2), 275-285. Disponible

en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272003000200010

- 22) Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urízar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
- 23) Whoqol Group. The world Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Med*; 41(10):1403-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>.
- 24) Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urízar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
- 25) Herdman M. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gac. Sanit.* 2005; 19(2):91-2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200001
- 26) Lizán-Tudela L, Reig-Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Social Science Med*. 2002; 29 (6):378-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702705878>
- 27) Ramírez Robinson FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*; 14(4):207-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004

- 28) Batlle-Gualda E. Chalmeta Verdejo C. Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide. Revista Española de Reumatología.2002; 1 (1):9-21. Disponible en: file:///C:/Users/medinacristian/Downloads/13040337.pdf
- 29) Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit. 2000; 14(2):163-7. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81103701.pdf>
- 30) NRC/IOM. National Research Council and Institute of Medicine. Committee on Evaluation of Children's Health Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health [Internet]. 2004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22536616/>
- 31) Casas F. Bienestar social: una introducción psicosociológica. Barcelona: PPU. 1996. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/items/f32fe6d8-9222-4b9d-8450-17f62e80164f>
- 32) Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urízar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica. Terapia psicológica, 30 (1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- 33) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 34) López de la Parra María del Pilar Marjan, Mendieta Cabrera Danelia, Muñoz Suarez Manuel Alejandro, Díaz Anzaldúa Adriana, Cortés Sotres José Francisco. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Ment [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Feb 27]; 37(6): 509-516. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lng=es.

- 35) DEL CID, Marco Tilio Corea. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista médica hondureña, 2021, vol. 89, no Supl. 1, p. 4
- 36) Quiroz, Christian Oswaldo Acosta, et al. "Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos." Psicología y salud 27.2 (2017): 179-188. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2535/4417>
- 37) thi A, Greaves CJ, Thompson JL, et al. Effect of a physical activity and behaviour maintenance programme on functional mobility decline in older adults: the REACT (Retirement in Action) randomised controlled trial. The Lancet Publica Health March 21, 2022. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00004-4) Disponible en: <https://bit.ly/3qss5mF>
- 38) Chávez, Y. C., & Arteaga, C. M. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Revista Rev enferm Herediana, 9(1), 30
- 39) Berrocoso Martínez, Alberto, Leonor de Arriba Muñoz, and Adriana Arcega Baraza. "Abordaje del dolor crónico no oncológico." Revista Clínica de Medicina de Familia 11.3 (2018): 154-159. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154
- 40) Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Vallejo, R., & Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una

unidad de tratamiento del dolor. Revista de la sociedad española del dolor, 15(2), 83-93.

41) Ramírez Robinson FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Revista Colombiana de Cardiología; 14(4):207-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004

42) Robles-Espinoza, Andrea Isabel, et al. "Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud." El residente 11.3 (2016): 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

43) Urzúa, Alfonso, et al. "La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez." Revista médica de Chile 141.8 (2013): 1010-1018. Disponible en : https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000800007&script=sci_arttext

44) Gil-Olarte, Paloma, et al. "Inteligencia emocional y ansiedad en mujeres." Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 4.1 (2019): 45-56. Disponible en :<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/download/1505/1327>

45) Ruiz Martínez, Ana Olivia, et al. "Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres." Liberabit 24.1 (2018): 97-113. Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272018000100007&script=sci_arttext

46) Quispe Sangay A. Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018. 2019; disponible en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2884>

Anexo: 1 Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Título: Calidad de vida relacionado a la salud en la población de barrio laguna seca, corrientes.

Cuestionario

1) Edad:

2) Sexo:

- a) Femenino.
- b) Masculino.
- c) LGBTIQ+
- d) Otros.

3) Capacidad para moverse:

- a) Deambula sin dificultad.
- b) Utiliza dispositivo para movilizarse a diferentes espacios.
- c) No se moviliza.

4) Cuidado personal:

- a) Me ocupo de mi cuidado personal todos los días.
- b) Me ocupo de mi cuidado personal parcialmente.
- c) No me ocupo de mi cuidado personal como debería.
- d) No me ocupo de mi cuidado personal.

5) Actividades cotidianas:

- a) No tengo dificultades para realizar todas las actividades diarias
- b) Tengo ciertas dificultades para lograr cumplimentar con las actividades diarias
- c) Tengo muchas dificultades para realizar todas las actividades diarias.

6) Dolor:

- a) Leve.
- b) Moderado.
- c) Severo.

7) Ansiedad:

- a) Estoy sometido/a a situaciones de mucha ansiedad.
- b) Estoy sometido/a a bajos niveles de ansiedad.
- c) No estoy sometido/a a niveles de ansiedad.
- d) No sé cuáles son situaciones de ansiedad.

8) Depresión:

- a) No padece depresión.
- b) Padece actitudes que podrían llevar a depresión.
- c) Padece depresión.

ANEXO: 2

UA: UNIDAD DE ANÁLISIS

Variable 1: Edad en Números

Variable 2: Sexo

1. Femenino
2. Masculino
3. LGBTIQ+
4. Otro

Variable 3: Capacidad de Movilización

1. Deambula sin dificultad
2. Utiliza dispositivos para movilizarse a diferentes espacio
3. No se moviliza

Variable 4: Cuidado Personal

1. Me preocupo de mi cuidado personal a diferentes espacios
2. Me preocupo de mi cuidado persona parcialmente
3. No me ocupo de mi cuidado personal como debería
4. No me ocupo de mi cuidado personalmente

Variable 5: Actividad Cotidiana

1. No tengo dificultad para realizar todas las actividades diarias.
2. Tengo ciertas dificultades para lograr cumplimentar con las actividades diaria
3. Tengo muchas dificultades para realizar todas las actividades diarias

Variable 6: Dolor

1. Leve
2. Moderado
3. Severo
4. Sin dolor

Variable 7: Ansiedad

1. Estoy sometido/a a situaciones de mucha ansiedad.
2. Estoy sometido/a bajos niveles de ansiedad.
3. No estoy sometido/a niveles de ansiedad.
4. No sé cuáles son situaciones de ansiedad

Variable 8: Depresión

1. No padece depresión
2. Padece actitudes que podrían llevar a depresión.
3. Padece depresión