

Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia

Health-related quality of life in the general population of Bucaramanga, Colombia

Flor de María Cáceres-Manrique, Laura M. Parra-Prada y Oscar J. Pico-Espinosa

Recibido 9 mayo 2014 / Enviado para modificación 23 junio 2015 / Aceptado 12 octubre 2017

RESUMEN

Objetivo Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población general del área urbana de Bucaramanga.

Metodología Encuesta transversal, realizada entre septiembre y noviembre de 2013, donde se aplicó el cuestionario SF-36 para medir CVRS en población general residentes en cuatro barrios seleccionados por conveniencia. La información fue sistematizada en el programa Excel, se calcularon puntajes por cada dominio y se compararon por edad, sexo, ocupación, escolaridad y estrato socioeconómico de los participantes.

Resultados Se entrevistaron 1 098 personas entre 15 y 99 años, 732 (66,7%) mujeres, con edad promedio de 46 años, mediana de escolaridad de 11 años, residentes en estratos socioeconómicos 1 a 4, dedicados principalmente a actividades de comercio/servicios y hogar. Los puntajes en todos los dominios fueron superiores a 60%, considerados indicadores de buena CVRS. Sin embargo, hay un decline de la CVRS con el aumento de la edad, en contraste, los hombres mostraron mejores puntajes de CVRS que las mujeres en todos los dominios, además los estudiantes y personas con mayor escolaridad presentaron niveles más altos de CVRS.

Discusión La CVRS en ésta población fue reportada como buena, sin embargo, se identificaron diferencias por edad, sexo, escolaridad y ocupación; que pueden sugerir inequidades en el acceso y uso de los servicios de salud. Estos hallazgos orientan acciones de promoción de la salud tendientes a mejorar la CVRS en éstos grupos vulnerables, como parte de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública en la ciudad.

Palabras Clave: Calidad de vida; dolor crónico; salud mental; encuestas epidemiológicas; encuestas; cuestionarios (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To determine the health-related quality of life (HRQoL) in the general population from the urban area of Bucaramanga.

Materials and Method Cross-sectional survey conducted between September and November 2013. The SF-36 questionnaire was applied to measure HRQoL in the general population of four neighborhoods selected for convenience. The information was systematized in Excel and scores for each domain were calculated and compared by age, sex, occupation, schooling and socioeconomic status of the participants.

Results Interviews were conducted with 1 098 people, aged between 15 and 99 years, 732 (66.7%) women, with an average age of 46 years, median of schooling of 11 years, residents in socioeconomic strata 1 to 4, dedicated mainly to commerce/services and home. The scores in all the domains were above 60%, which is considered an indicator of good HRQoL; however, HRQoL decreases as age increases. On the other hand, men showed better HRQoL scores than women in all domains, as well as students and people with higher education.

Discussion The HRQoL in this population was reported as good, although differences were identified by age, sex, education and occupation that may suggest inequities in the access and use of health services. These findings guide health promotion

FC: Enf. Ph. D. Salud Pública. Docente, Departamento de Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

fmcacer@uis.edu.co; flordemar200@yahoo.com

LP: Enf. Docente, Departamento de Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

lauramilena_p@hotmail.com

OP: MD. Docente, Departamento de Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. *oscarj.pico@gmail.com*

actions aimed at improving HRQoL in these vulnerable groups as part of the strategies of the Ten-Year Public Health Plan of the city.

Key Words: Quality of life; chronic pain; mental health; epidemiologic measurements; surveys; questionnaires (*source: MeSH, NLM*).

La calidad de vida (cv) es un constructo multidimensional que incluye el estado de salud física y mental, los estilos de vida, vivienda, satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, situación económica y, es uno de los indicadores de bienestar de la población (1). El concepto surgió en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, inicialmente con medición de datos objetivos, sin que éstos lograran explicar por completo la variación de la cv individual (2). Posteriormente, algunos psicólogos hallaron que la cv no solo variaba por factores objetivos sino también por las interpretaciones subjetivas que hacían las personas de sí mismas, e identificaron que algunos indicadores como la satisfacción con la vida y la felicidad, tienen mayor impacto en la cv que los factores objetivos por sí solos (1-3). Fue así como se acuñó el concepto Calidad de Vida Relacionada con la Salud (cvRS).

La cvRS se centra en la percepción que tiene el individuo de su propia salud y de sus capacidades, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud, sobre lo que se considera una vida buena y, que su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones. Así se ha incorporado el concepto al argot médico, para ser usado como medida de los cambios de salud que experimentan las personas cuando sufren alguna enfermedad, o cuando se someten a cierto tratamiento (4). Son varias las definiciones sobre la cvRS, algunas ofrecen una visión integradora al considerarla como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de los diversos dominios de su propia vida y del impacto en su estado de salud (5).

Incorporar la medición de la cvRS a nivel individual, permite mejorar la evaluación integral de la salud de las personas, evaluar la eficacia de algunas intervenciones y orientar el desarrollo de nuevas terapias o cambiar el enfoque de la atención en salud (6). Mientras que el conocimiento de la cvRS en la comunidad general, ofrece una visión amplia de la percepción de calidad de vida de los pobladores para orientar las políticas públicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de esa comunidad (7).

Para evaluar la cvRS, se han desarrollado diferentes instrumentos que pretenden medir la sensación que tienen las personas en torno a su estado de salud. Estos instrumentos se clasifican en genéricos y específicos. Los genéricos están diseñados para evaluar la cvRS en general, sin hacer relación con enfermedad o padecimiento en particular, se recomiendan para ser aplicados en pobla-

ción sana o en personas con cualquier afección de salud; mientras que los instrumentos específicos, van dirigidos a medir cvRS en personas con una enfermedad o afección en particular, y su objetivo es determinar qué tanto esa enfermedad o sus complicaciones modifican la cvRS de quien la padece, o de qué manera un tratamiento mejora su nivel de cvRS (5-7).

Entre los instrumentos más usados para medir cvRS se encuentra el cuestionario SF-36, que fue diseñado en Estados Unidos para adelantar el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) (8). Su ventaja radica en ser un instrumento genérico con potencial aplicación tanto en población general como en personas enfermas. Es de fácil comprensión, rápida aplicación y sencilla evaluación. Está compuesto por 36 preguntas, 35 de ellas se agrupan en ocho dominios así: salud general (SG), vitalidad (V), salud mental (SM), dolor corporal (D), función física (FF), rol físico (RF), rol emocional (RE) y función social (FS), además de una pregunta sobre cambios en salud (CS). Los puntajes pueden ser convertidos a escala continua de 0 a 100, donde cero es la peor puntuación, menos de 50 es considerada mala cvRS, más de 50, buena y 100 representa la mejor cvRS (9). El SF-36 ha sido traducido a varios idiomas, validado en diferentes lugares, con múltiples publicaciones, incluyendo cálculo de valores normativos para algunos países (10-12).

En Colombia, el SF-36 ha sido validado en personas sanas, con dolor crónico, diabetes mellitus o con trastorno depresivo; con resultados de fiabilidad mayor de 0,80; test-retest por encima del 0,70, en conclusión, el SF-36 es confiable para evaluar cvRS en adultos, bien sea en forma auto-aplicada o heteroaplicada (13). Además se han propuesto valores normativos para un área metropolitana a partir de varios estudios (14). Una versión corta, el SF-12, fue validada en adultos no institucionalizados, captados a partir de registros de algunas instituciones de salud (15).

Sin embargo, en la literatura revisada (13-17) son escasos los estudios llevados a cabo en población general. En Bucaramanga, no se conocen investigaciones que hayan hecho aproximación a la cvRS en población adulta, sólo hay un estudio en menores de 15 años (18). Se requiere conocer la cvRS en población general de la ciudad, con el fin de trazar una línea de base para evaluar estrategias encaminadas a promover la salud, mejorar el ambiente, prevenir las enfermedades, orientar el tratamiento y la rehabilitación para mejorar la cvRS, aspectos contemplados

en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, PDSP, 2012-2021 (19), el cual la ciudad tiene el compromiso de adelantar en los próximos diez años. Con el objetivo de conocer la CVRS en población general del área urbana de Bucaramanga se llevó a cabo el presente estudio, siguiendo los lineamientos éticos, promulgados en Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud (20).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional tipo encuesta transversal, mediante la aplicación del Cuestionario SF-36 a población general habitante de cuatro barrios de diferentes estratos socioeconómicos de Bucaramanga, entre septiembre y noviembre de 2013.

Bucaramanga es considerada la quinta ciudad más importante de Colombia y para el 2012 contaba con 526 056 habitantes (21), ubicados en 17 comunas y 200 barrios (22). Los barrios en donde se llevó el estudio corresponden a tres Comunas: Morrorrico, que cuenta con un 4,4% de la población de la ciudad, San Francisco, con 8,5% y la Comuna Oriental con 9,9%. De la primera comuna se tomó el barrio Morrorrico y cuatro asentamientos aledaños caracterizados por su ubicación en las laderas de la montaña, sobre la vía a Cúcuta. De la comuna San Francisco, se tomaron los barrios Comuneros y San Francisco. El primero ubicado al borde de la meseta, cerca de la escarpa y caracterizado por sus casas construidas a principios del siglo pasado, algunas adecuadas como depósitos, otras convertidas en lotes deshabitados donde suelen reunirse personas a consumir estupefacientes, mientras que otras, fueron transformadas en edificios de apartamentos, destinados a vivienda estudiantil, dada su cercanía centros educativos. El Barrio San Francisco, es uno de los más antiguos y reconocidos por su tradición religiosa ligada a la Comunidad de Los Franciscanos quienes construyeron una catedral y un colegio, circundados por casas alrededor del parque y cerca de la plaza de mercado (23). Algunas viviendas se han adecuado para negocios, talleres y fábricas de calzado. De la comuna Oriental se tomó el barrio San Alonso, contiguo al estadio departamental, el polideportivo, el Batallón, la Quinta Brigada del Ejército Nacional y de uno de los centros comerciales más concurridos de la ciudad; a su vez, conformado por casas antiguas y edificios en construcción.

Los barrios fueron seleccionados a propósito para incluir pobladores de los cuatro estratos socioeconómicos más bajos de la ciudad (del 1 al 4, según el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN)). Antes de la realización de las entrevistas se llevaron a cabo visitas

de reconocimiento a los barrios seleccionados, se coordinó el trabajo con líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Juntas Administradoras Locales, autoridades de policía y funcionarios de las instituciones de salud ubicadas en dichos barrios.

Los encuestadores eran estudiantes de Medicina, distribuidos en cuatro equipos de ocho estudiantes orientados por un docente. Previamente fueron entrenados para realizar visitas casa a casa y para aplicar el cuestionario SF-36 mediante entrevista cara a cara. El entrenamiento consistió en que cada estudiante diligenció el cuestionario con sus datos personales, luego realizó al menos dos encuestas en su entorno familiar, después se hizo un ejercicio de simulación en el aula, previo a la prueba piloto de todo el proceso en un barrio de similares características a los barrios seleccionados. Con los resultados de la prueba piloto, se hicieron los ajustes pertinentes.

Para llevar a cabo la aplicación de la encuesta, se hizo visita domiciliaria, en horarios de 8:00 am a 11:00 am y de 2:00 pm a 5:00 pm. A las personas que respondieron el llamado en las viviendas, y que eran mayores de 15 años se les solicitó consentimiento informado para participar en la encuesta. A quienes aceptaron participar se les realizó una entrevista que contenía las variables de edad, sexo, escolaridad y ocupación, además de las preguntas contenidas en el cuestionario SF-36 y, se averiguó por presencia de enfermedad en ese momento. Se entrevistó solo una persona por vivienda, hasta completar al menos 250 encuestas por barrio. Las encuestas realizadas fueron revisadas por los docentes y los datos fueron complementados en campo. La sistematización de los datos se llevó a cabo en una base de datos en Excel, previamente estandarizada. Luego se hizo un proceso limpieza y preparación de las bases de datos para el análisis.

Se hizo descripción de las variables sociodemográficas. Las variables nominales y ordinales se describieron mediante proporciones y las medidas en escala de razón, mediante promedio y desviación estándar. Con las preguntas de calidad de vida se llevó a cabo la transformación de los ítems con sentido negativo a positivo, se calcularon los puntajes de 0 a 100, se agruparon los ítems por dominios y se calculó el puntaje promedio por cada dominio. La distribución de los puntajes de CVRS se hizo por barrios y por las variables sociodemográficas tomadas.

RESULTADOS

Se invitaron a participar a 1 256 residentes de los barrios visitados, de los cuales 1 098 (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: Morrorrico (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.

Tabla 1. Características de los participantes según barrio de residencia. Encuesta de CVRS, Bucaramanga 2013.

Característica	Barrios								Total	
	Mo (n=289)		Co (n=273)		SFC (n=286)		SA (n=250)		(n=1089)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo femenino	198	68,5	186	68,1	179	62,6	169	67,6	732	66,7
Edad en años										
15 - 44	142	49,1	121	44,3	149	52,1	107	42,8	519	47,3
45 - 64	97	33,6	99	36,3	92	32,2	97	38,8	385	35,1
65 y más	50	17,3	53	19,4	45	15,7	46	18,4	194	17,7
Escolaridad en años										
Menos de 6	141	48,8	82	30,0	78	27,3	49	19,6	350	31,9
6 a 11	130	45,0	117	42,9	127	44,4	102	40,8	476	43,4
12 y más	18	6,2	74	27,1	81	28,3	99	39,6	272	24,8
Ocupación										
Hogar	107	37,0	103	37,7	63	22,0	72	28,8	345	3,4
Estudiante	14	4,8	27	9,9	45	15,7	35	14,0	121	11,0
Comercio/ servicios	141	48,8	80	29,3	164	57,3	73	29,2	458	41,7
Otros	27	9,3	63	23,1	14	4,9	70	28,0	174	15,9
Estrato socioeconómico										
1	250	86,5	1	0,4	2	0,7	0	0	253	23,0
2	39	13,5	0	0	0	0	0	0	39	3,6
3	0	0	272	99,6	142	49,7	1	0,4	415	37,8
4	0	0	0	0	142	49,7	249	99,6	391	35,6

Mo: Morrorrico, Co: Comuneros, SFC: San Francisco, SA: San Alonso; n: Número de participantes; % Proporción en porcentaje

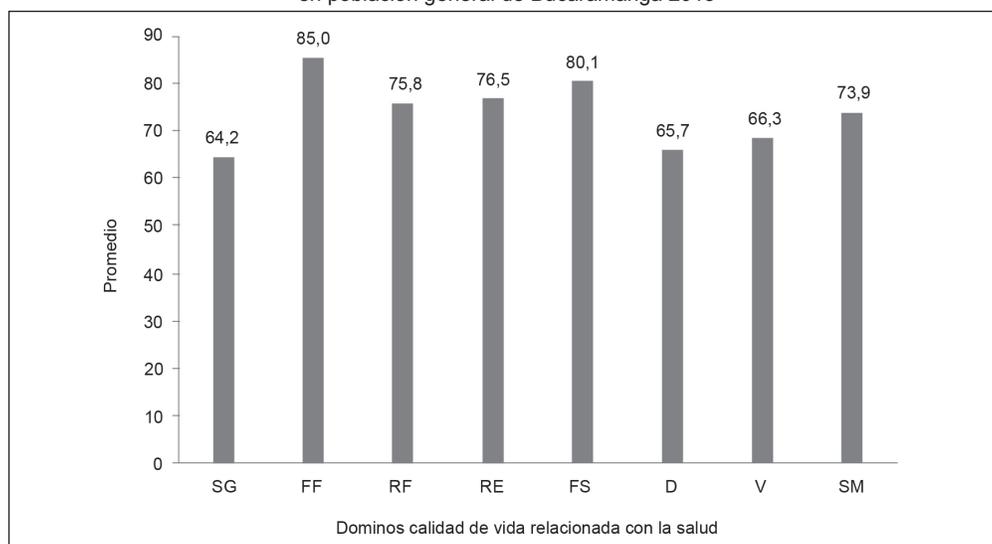
En relación a la CVRS, en todos los dominios se presentaron promedios por encima del 60%. Los dominios donde se registraron menores puntajes fueron salud general, dolor y vitalidad, con puntajes entre 64 y 68%, mientras que los de mayor puntuación fueron: función física y función social; ambos por encima 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

Figura 1. Valores promedio de los dominios del cuestionario de CVRS en población general de Bucaramanga 2013



(SG): salud general, (FF): función física, (RF): rol físico, (RE): rol emocional, (FS): función social, (D): dolor, (V): vitalidad, (SM): salud mental

Tabla 2. Valores promedio de los dominios del cuestionario SF-36 según variables sociodemográficas. Encuesta de CVRS en población general de Bucaramanga 2013

Variable (n)	Dominios del cuestionario SF-36							
	SG	FF	RF	RE	FS	D	V	SM
	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$
Sexo								
Mujeres (732)	63,6±20	83,3±22	74,6±39	75,3±39	80,2±24	64,3±32	63,4±21	72,9±20
Hombres (366)	65,6±21	88,5±19	78,4±37	78,8±37	79,9±24	68,8±33	73,1±21	76,0±20
Edad en años cumplidos								
15-44 (519)	66,8±21	92,5±15	84,2±31	79,6±36	80,7±23	67,9±33	68,5±20	64,5±19
45-64 (385)	64,1±20	82,6±21	72,3±40	74,1±40	80,7±24	65,8±32	69,0±21	63,6±20
65 y más (194)	57,8±21	70,1±27	60,7±44	73,2±41	77,6±27	60,0±33	66,6±24	73,1±23
Escolaridad en años cursados y aprobados								
<6 (350)	59,1±21	76,5±24	65,0±43	68,1±43	76,9±26	61,2±32	65,1±24	71,2±22
6-11 (476)	65,3±21	87,3±19	68,5±42	71,3±42	78,5±26	67,3±33	69,6±21	73,9±20
>11 (272)	68,8±19	91,9±16	83,8±31	83,5±32	84,6±21	68,7±32	70,1±19	77,4±17
Ocupación								
Hogar (345)	61,5±22	78,4±24	68,5±42	71,3±42	78,4±26	63,2±33	66,5±22	72,1±21
Estudiante (121)	70,1±18	96,4±11	87,4±28	79,6±34	82,2±22	72,5±30	69,2±17	75,1±16
Comercio/servicios (458)	74,5±21	87,6±19	78,4±36	78,7±37	79,7±24	64,6±33	68,2±22	73,8±20
Otros (174)	64,9±19	83,6±23	75,9±39	79,2±37	83,1±23	69,0±31	71,3±21	77,0±20
Estrato socioeconómico								
1 (253)	64,4±22	80,9±23	71,0±40	70,5±42	76,3±26	63,2±33	67,0±23	72,5±21
2 (39)	60,9±21	89,4±16	85,3±27	86,4±32	68,0±21	49,7±37	63,1±21	67,4±20
3 (415)	65,3±20	85,9±20	75,5±39	76,9±37	82,6±24	69,7±30	70,4±21	75,2±20
4 (391)	63,4±20	86,3±21	78,6±37	78,9±37	81,2±24	64,9±34	67,5±20	74,1±19
Barrio de procedencia								
Morrorrico (289)	63,9±10	81,8±10	72,4±3	71,2±11	75,4±6	62,2±6	62,7±4	71,7±7
Comuneros (273)	65,3±9	85,1±8	74,7±2	75,5±1	82,5±2	63,8±10	69,8±4	73,6±1
San Francis (286)	61,4±10	88,2±8	76,6±2	66,6±1	76,5±8	61,0±4	62,3±5	63,3±9
San Alonso (250)	65,6±9	84,9±8	78,2±2	81,3±1	86,8±1	72,5±9	70,3±4	76,2±2

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 sanos. (Datos no mostrados).

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio indican que la población de 15 a 99 años de edad, residente en cuatro barrios del área urbana de Bucaramanga goza de buena

calidad de vida relacionada con la salud, pues en todos los dominios evaluados registraron puntajes por encima del 60%. Esto apoya la creencia popular de que esta ciudad es la capital del país con los mejores índices de calidad de vida. En comparación con otras investigaciones, los puntajes aquí obtenidos son similares a un estudio realizado en población brasilera (12), pero en todos los dominios estuvieron por encima de reportes previos llevados a cabo en Colombia (13-15), sobre todo para función física y rol físico. A pesar de los altos puntajes, preocupa el hallazgo de diferencias en los índices de CVRS según edad, sexo, escolaridad y ocupación, que eventualmente podrían estar indicando la existencia de inequidades en salud en grupos vulnerables, como las mujeres y los adultos mayores.

Con relación al comportamiento de la CVRS respecto al sexo, en todos los dominios, excepto en función social, se encontró que los hombres tuvieron mejores puntajes que las mujeres, lo cual es consistente con reportes previos de la literatura (10,12,14,15). Esta diferencia podría explicarse porque los hombres son menos exigentes a la hora de calificar su calidad de vida o bien, porque ellos tienen una mayor oportunidad de satisfacer sus expectativas en CVRS, dadas las ventajas laborales y culturales de la cultura machista predominante. Pero éste hallazgo puede indicar también una situación de inequidad de género que viven las mujeres y, reflejar que existen menos oportunidades para el acceso de ellas a empleo formal, recreación y educación, así como a acciones de promoción de la salud y al acceso efectivo a los servicios de salud. Por otra parte, puede deberse a que la carga adicional que las mujeres tienen por su papel de madres, esposas o cuidadoras les genere un mayor deterioro en su CVRS en comparación con los hombres. La carga de la enfermedad asociada a la maternidad y a las afecciones de origen ginecológico y obstétrico, posiblemente guarden relación con las diferencias de CVRS por sexo, tal como ha sido reportado en otros estudios (24,25).

También se observó una tendencia a la disminución de la CVRS a medida que la edad avanza, especialmente en los dominios de salud física, hallazgo reportado previamente (10). En efecto, tanto los adultos como los adultos mayores percibieron disminución en su CVRS en el último año. Estos hallazgos pueden deberse al deterioro físico que acompaña la edad, al aumento en las enfermedades crónicas, cardiovasculares y a los trastornos músculo-esqueléticos; lo cual está directamente relacionado con la percepción de la CVRS. La diferencia menos marcada en el componente mental pudiera sugerir un buen soporte social y de las redes de apoyo para la tercera edad, provista por grupos sociales y religiosos presentes en la comunidad.

El nivel de escolaridad también mostró un gradiente diferencial en la CVRS. Es así como a menor nivel de estudios del entrevistado, menor puntaje en todos los dominios evaluados. En las personas con más años de escolaridad la calidad de vida es mejor, pues un alto grado de educación favorece el desarrollo de las capacidades y genera más oportunidades en los diferentes aspectos de la vida que influyen en la percepción que el individuo tiene de la CVRS (26-27).

En cuanto a la CVRS según la ocupación, los estudiantes obtuvieron los mejores puntajes, mientras que las personas que realizan labores del hogar, los peores. Cabe señalar que los estudiantes en esta muestra corresponden a personas jóvenes, quienes por su misma edad, gozan de mejor CVRS. En contraste, las personas dedicadas al hogar generalmente son mujeres que no reciben remuneración por su labor y dependen económicamente de otros. Un aspecto particular del trabajo doméstico es que consiste en actividades repetitivas, agobiantes y tediosas, que pueden generar trastornos físicos como tendinitis, artropatías, retracciones musculares, asociadas a dolor, además del desgaste y disminución en la CVRS (10). Se diferencia de un estudio llevado a cabo en China, en mujeres empleadas de una fábrica, quienes tuvieron puntajes mayores a los encontrados en este estudio e incluso la CVRS mejoró tras varias intervenciones educativas (28).

De igual manera, se confirmó que la presencia de alguna enfermedad o afección a la salud del encuestado a la hora de la entrevista, influye negativamente en su percepción de la CVRS. Aunque varios estudios han investigado el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de pacientes hospitalizados, los resultados aquí presentados sugieren que incluso aquellas personas cuya patología no requiere cuidado hospitalario, sentirse enfermo o de saber que tiene algún daño en su salud, hace que su CVRS se vea alterada, sobre todo en la percepción de bienestar o del cumplimiento del rol en la sociedad. Este hallazgo coincide con lo reportado en un estudio donde las mujeres con hipertensión arterial que conocían su diagnóstico percibían peor CVRS que quienes lo desconocían (27).

Este estudio tiene algunas limitaciones por ejemplo, que las entrevistas fueron realizadas en un horario laboral, por lo cual la muestra estudiada corresponde principalmente a personas que permanecen o trabajan en el hogar, con poca participación de personas que deben cumplir horarios de oficina. Esto podría explicar por qué una mayor proporción de las entrevistadas fueron mujeres, quienes por condiciones de labores domésticas y crianza, suele permanecer en el domicilio. También hubo un 12,6% de no respuesta y dificultades para acceder a

personas residentes en edificios, sobre todo aquellos sin servicio de portería. Además no se hizo abordaje de residentes de estratos 5 y 6, aproximadamente al 12% de la población urbana de la ciudad; por lo tanto la generalización de los resultados debe hacerse teniendo en cuenta estas limitaciones.

De igual manera, éste estudio cuenta con algunas fortalezas, como por ejemplo, la fuente primaria de los datos. Pues, contrario a la mayoría de estudios previos donde se midió la CVRS en grupos específicos como adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas, en instituciones hospitalarias o a partir de programas de control de la enfermedad, éste estudio evaluó personas de la población general, captadas en sus hogares, a quienes se les aplicó un instrumento validado con propiedades psicométricas adecuadas y de amplio uso. Adicionalmente los encuestadores fueron estudiantes de medicina, entrenados previamente, quienes además, realizaron un análisis de situación de salud de los barrios en donde se llevó a cabo el estudio.

Se destaca que esta investigación tiene como principal fortaleza que se configura como una línea de base en la medición de CVRS en población general de Bucaramanga y que responde al imperativo de involucrar el derecho de la comunidad a ser tenida en cuenta para la toma de decisiones políticas en cuanto a planes y programas orientados a mejorar su salud y calidad de vida con equidad; aspecto muy importante como indicador de salud pública, sobre todo en la coyuntura actual, acorde con la necesidad de buscar mejor evidencia que permita a futuro monitorear los logros del PDSP (19).

En conclusión, los hallazgos aquí presentados aunque muestran buenos índices de CVRS en la población general; alertan sobre la presencia de grupos vulnerables con niveles más bajos de CVRS, como son las mujeres, amas de casa, los adultos mayores, las personas con menores niveles de escolaridad; quienes deben ser tenidos en cuenta como prioritarios en los programas y metas de Salud Pública, con estrategias para mejorar su salud y su calidad de vida con miras a alcanzar la equidad, como objetivo fundamental de las políticas públicas en los próximos diez años.

Agradecimientos: A las organizaciones comunitarias y las autoridades civiles y militares de los cuatro barrios visitados, a sus habitantes quienes atendieron y contestaron la encuesta. A la Universidad Industrial de Santander por el apoyo logístico, a otros docentes y a los estudiantes de último año de Medicina 2013, por su participación en la recolección de los datos y en la sistematización de la información.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psiqu.* 2012; 30(1):61-71.
2. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2003; 35(2):161-64.
3. Núñez A, Tobón S, Arias D, Hidalgo C, Santoyo F, Hidalgo A, et al. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en psicología.* Edición No 13 - enero - junio de 2010. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/yvYFZ6>. Consultado en febrero de 2017.
4. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería.* 2003; 9(2):9-21.
5. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile.* 2010; 138:358-65.
6. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Rev Salud pública de México.* 2002; 44(4):349-61.
7. Tiesca-Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005; 21:76-86.
8. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36 – ítem short form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and ítem selection. *Med Care.* 1992; 30:473–83.
9. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study assessed health outcome measures. *BMJ.* 2002; 324:1417-21.
10. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componente físico y mental. *Med Clin.* 2008; 130:726-35.
11. López-García E, Banegas JR, Graciani A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin.* 2003; 120:568-73.
12. Cruz LN, Almeida MP, Oliveira MR, Camey SA, Hoffman JF, Bagattini AM, et al. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):1911-21.
13. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006; 24:37-50.
14. García HI, Vera CY, Lugo LH. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013; 32:26-39.
15. Ramírez-Velez R, Agredo-Zúñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 2010; 12(5):807-19.
16. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 2012; 6(1):123-36.
17. Melguizo-Herrera E, Díaz-Gómez AA, Osorio-Lambis M. Calidad de vida de personas con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 2011; 13(6):942-952.
18. Camargo DM, Orozco LC, Herrera E. Factores asociados a la calidad de vida en adolescentes de Bucaramanga. *Salud UIS.* 2009; 41:31-40.
19. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/j1xFaM>. Consultado en febrero de 2017.
20. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993.
21. Bucaramanga. Alcaldía Municipal. Indicadores. Población. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/6jtK6e>. Consultado en mayo de 2018.
22. Bucaramanga. Alcaldía Municipal. División Política Urbana. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/fTs6u>. Consultado en febrero de 2017.

23. Duque H. Bucaramanga: su historia y sus principales problemas de pobreza y miseria. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/KFpNbl>. Consultado en mayo de 2015.
24. Gokuyildiz S, Aslan E, Kizilkaya N, Mecdi M. The effects of menorrhagia on women's quality of life: a case-control study. *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2013. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/vvD5g6>. Consultado en mayo de 2016.
25. Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010; 115:138-45.
26. Coronado JM, Díaz C, Apolaya MA, Manrique LM, Arequipa JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per*. 2009; 26(4):230-38.
27. Carvalho MV, Siqueira LB, Lima AL, Veiga PCB. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 100(2):164-174.
28. Zhu Ch, Geng Q, Yang H, Chen L, Fu X, Jiang W. Quality of life in China rural-to-urban female migrant factory workers: a before-and-after study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11:123.