

Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios

Quality of life related to health in college students

Dra. Maritza Dania Pacheco Rodríguez, MSc. María de los Ángeles Michelena González, MSc. Roberto Salvador Mora González, DrC. Osvaldo Miranda Gómez

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: garantizar la salud y calidad de vida es una dirección priorizada del trabajo médico preventivo, lo cual estimula investigaciones cualitativas como instrumento metodológico para abordar categorías centrales del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva psicosocial.

Objetivo: determinar cómo se comporta la percepción de la calidad de vida en relación a la salud en una población de estudiantes.

Métodos : estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se aplicó un cuestionario a 143 estudiantes, seleccionados mediante el método aleatorio estratificado, divididos en tres estratos.

Resultados: el 32,9 % de los entrevistados consideró que tiene una calidad de vida menos favorable de forma general. El índice de calidad de salud fue menos favorable en el sexo femenino. El 81 % de los jóvenes planteó que su salud es satisfactoria. Las personas sobrepeso se vieron cuatro veces más afectadas en su calidad de vida que las normopeso.

Conclusiones: el determinante de salud que más afecta a los estudiantes entrevistados es la biología humana, lo que hace reflexionar acerca del trabajo de los servicios de salud y las grandes posibilidades de intervención que se presentan.

Palabras clave: estado de salud, promoción de salud, estilo de vida, calidad de vida, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: ensuring health and quality of life is a prioritized direction of preventive medical work, which encourages qualitative research as a methodological tool for addressing core categories of health-disease process from a psychosocial perspective.

Objective: to determine how the perception of quality of life in relation to health in a student population behaves.

Methods: an observational, cross-sectional descriptive study was conducted. A questionnaire was applied to 143 students, selected through stratified random method, divided into three strata.

Results: 32.9 % of respondents considered to have less favorable quality of life generally. The health quality index was less favorable in women; 81 % of young people stated that their health is satisfactory. Overweight people were four times more affected in their quality of life than normal weight.

Conclusions: the health determinant that affects the students interviewed is human biology, what makes us think about the work of health services and the great possibilities of intervention present here.

Key words: health, health promotion, lifestyle, quality of life, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La salud pública tiene como objetivo central el mejoramiento de la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad, lo cual demanda una acción integradora.

Los procesos que se desarrollan en función de la salud, el bienestar y la calidad de vida se caracterizan por su complejidad, dimensión social, universalidad, variada composición de componentes, elevada dinámica de realización y atributos propios. Pero el efecto de esos procesos depende, esencialmente, de su capacidad para integrarse en un sistema armónico y coherente, capaz de lograr un efecto típicamente cinético, en el cual la acción intersectorial forma parte importante de esos procesos.¹

La diversidad y contradicción de enfoques teóricos y metodológicos en el estudio de la influencia de los factores psicosociales en la salud, impone la necesidad de sistematizar estos conocimientos y orientar sus aplicaciones prácticas en Cuba.

Importancia capital revisten los estudios sobre el incremento de los niveles de salud individual y comunitaria, con un enfoque promocional y preventivo, que parten del principio de promover salud. Este concepto en su sentido más amplio es considerado no solo como ausencia de enfermedad, sino como un proceso interactivo mediante el cual se garantiza una relación productiva, efectiva y objetivamente útil del hombre con el medio por una parte y por otra, un sentimiento de bienestar general, producto de esa interacción.

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos, basados en la elaboración e implementación de medidas, como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o simplemente emplean el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existe un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. A pesar del uso de medidas epidemiológicas de morbilidad y mortalidad, concepción que data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, no es hasta la década del 70 del siglo xx que surgen los índices de calidad de vida y su mayor desarrollo se alcanza en la del 80; su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje multidimensional.²

Si bien el concepto de calidad de vida o de la "buena vida" data de varios siglos, su uso en el campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década del 90, que se mantiene hasta la actualidad. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2000 artículos, que ponen de manifiesto el gran interés y la amplia gama de acepciones del término.³

El concepto "calidad de vida" es cada vez más utilizado como indicador del bienestar humano o como medida de los resultados en la atención en salud. Una de las definiciones más empleadas es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que la define como la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, al tener en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con metas, expectativas, normas e intereses. En términos operacionales, puede ser definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza sobre aspectos objetivos y subjetivos en diversas áreas o dominios de su vida.⁴

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades importantes para el individuo y que afectan su estado general de bienestar. Las dimensiones básicas para su medición son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.^{5,6}

Aun cuando no existe un completo consenso acerca de la definición, hay entre los investigadores un común acuerdo del carácter subjetivo de este concepto, toda vez que la calidad de vida constituye una medida de autorreporte centrada preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. Esta evaluación es resultante de una amplia magnitud de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su calidad de vida, por lo que se constituye en un abordaje multidimensional, pues conjuga diversas valoraciones del propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas. Entre los agentes que modulan la percepción, el proceso de comparación se constituye en un elemento esencial, puesto que los estándares y referencias que se utilicen van a modelar el tipo de respuesta y la valoración otorgada a cada uno de los dominios evaluados.⁴

En el progreso de las sociedades están implícitos al menos tres niveles interactuantes: avances en el logro de la plenitud biológica, psicológica, social y económica (calidad de vida); avances en la equidad de la distribución de estos logros en la población y entre los países (profundización de las democracias); y estrategias para fomentar la consecución de estos dos objetivos (políticas públicas y programas). El progreso de la calidad de vida demanda, además de los procesos generales que permiten alcanzar el

bienestar económico, tecnológico y material, otros procesos específicos que deben contribuir al avance en su posicionamiento dentro de las sociedades.⁷

Disminuir las desigualdades sociales para alcanzar las metas de salud toma fuerza a nivel mundial a partir de los 80, luego de redactarse la carta de Punta del Este y realizarse la reunión de ministros de salud de Las Américas en 1972, la Conferencia Mundial de Atención Primaria de Alma Atá en 1973, la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y el XXVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1980.^{8,9}

La historia ha demostrado que la solución primaria a los problemas de calidad de vida, radica en la voluntad política de los gobiernos de poner al hombre como el principal valor de cualquier sociedad. Cada día es mayor el interés por acercarse o incrementar la investigación en temáticas de alta prioridad social, entre las cuales se destaca el estudio de los factores relacionados con la calidad de vida y la salud del hombre, tanto en su dimensión individual, como social.

A nivel mundial, pese a un reciente aumento en las investigaciones en calidad de vida, existe una menor cantidad de estudios dirigidos a la infancia y la adolescencia, así como de desarrollos teóricos acordes con esa etapa evolutiva o bien instrumentos específicos para estas edades.^{10,11}

El trabajo se propuso determinar cómo se comporta la percepción de la calidad de vida en relación a la salud en una población de estudiantes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en un grupo de jóvenes universitarios de La Habana, entre septiembre de 2010 y agosto de 2011. La muestra quedó conformada por 143 jóvenes seleccionados mediante el método aleatorio estratificado. Se dividió en tres estratos, estimados mediante la fórmula: $n = (1 - a)^2 p (1 - p) / d^2$. De los estudiantes que integraron la muestra, 54 fueron del primer grupo (37,8 %), 37 del segundo (25,9 %) y 52 del tercero (36,3 %).

Se confeccionó y aplicó una encuesta a partir del "Cuestionario de calidad de vida en niños y adolescentes KIDSCREEN-52" utilizado por *Palacio Vieira* y otros.¹² Este se caracteriza por disponer de un formato sencillo, breve tiempo de llenado y claridad de las preguntas. Consta de 62 ítems representativos de las dimensiones de salud: datos demográficos, componente biológico, enfermedades y daños a la salud, modos y estilos de vida, ambiente y servicios de salud. Se comprobó la validez por un grupo de expertos y se calcularon coeficientes de consistencia interna del instrumento como la prueba Alpha de Cronbach con un valor de 0,85; la correlación fue de 0,87 y la fiabilidad de 0,86; todos con una alta significación estadística. Estos indicadores le dieron gran confiabilidad al resultado del instrumento aplicado.

Para la evaluación de las respuestas, se asignó de 1 a 5 puntos a cada ítem según la escala de Likert, cuyo procedimiento abarca variables nominales dicotómicas y ordinales, que ofrecen al encuestado cinco o más posibilidades graduales de manifestar su acuerdo o desacuerdo ante el contenido de cada enunciado. Se generaron puntuaciones que sumadas permitieron la ponderación por determinantes de calidad de vida relacionadas con la salud.

Para su ajuste a la normalidad, se aplicaron puntajes normalizados Z, que caracterizan a los individuos con respecto a su población y se contrastó el valor aceptado en cada subgrupo con el promedio de distribución mediante la fórmula:

$$Z = (x_i - \bar{X}) / S$$

El índice de calidad de vida relacionada con la salud de cada grupo se obtuvo de la suma algorítmica de los distintos puntajes Z de cada indicador.

Para la clasificación de la muestra en tres estratos, según el índice de calidad de vida relacionada con la salud, se utilizaron los percentiles 33,3 y 66,6. Los valores inferiores al percentil 33,3 se clasificaron como condiciones menos favorables; aquellos valores que oscilaron entre 33,3 y 66,6 se clasificaron como condiciones medianamente favorables y los que estuvieron por encima de 66,6 como muy favorables.

Para la evaluación de riesgo, se realizó la estimación del riesgo relativo, al considerar para cada determinante la razón entre las tasas del grupo con índice de calidad de vida relacionada con la salud menos favorable y el grupo con índice muy favorable. Se tuvo en cuenta que ambos representan los extremos de la curva de la normal.

Para contrastar la hipótesis nula de homogeneidad e interdependencia entre dimensiones del índice de calidad de vida relacionada con la salud, se empleó para las variables cualitativas la prueba chi cuadrado. Se asumió como valor estadísticamente significativo una $p < 0,05$. Se realizaron estimaciones puntuales y por intervalo de confianza del 95 %.

RESULTADOS

El 32,9 % de los entrevistados refirió presentar una calidad de vida menos favorable, con una probabilidad 4,4 veces mayor de presentarse en las mujeres con respecto a los hombres.

Los estudiantes que calificaron su calidad de vida "medianamente o menos favorable" presentaron diferencias en relación a los que tuvieron una opinión favorable. Hubo una alta asociación de la calidad de vida con problemas biológicos, conductuales y sociales, como son:

- El 19 % refirió una salud insatisfactoria y de ellos el 66,7 % una calidad de vida menos favorable, con un riesgo relativo 9,4 veces mayor con respecto a los que la consideraron satisfactoria.
- Los jóvenes que aquejaron síntomas de enfermedades presentaron una probabilidad de tener una calidad de vida menos favorable 4,3 veces mayor que los que no padecieron ninguna.
- Los individuos sobrepeso se vieron cuatro veces más afectados en su calidad de vida que los normopeso, a diferencia de los bajos pesos, que tuvieron una probabilidad dos veces mayor.

- El 2,0 % notificó insatisfacción de su situación económica.
- El 7,7 % refirió tener el hábito de fumar y de ellos el 91 % consideró su calidad de vida menos favorable, con un riesgo relativo igual a 5,6. El 92,3 % de los encuestados refirió ingerir bebidas alcohólicas con un riesgo relativo igual a 1,7.

DISCUSIÓN

La percepción de salud y calidad de vida se relaciona con emociones, cogniciones y comportamientos, que si bien no se conoce su efecto como un todo, son indicadores de riesgo de enfermedades y otros daños a la salud.

Las variables estudiadas se asocian a problemas emocionales como la ansiedad, depresión, hostilidad, entre otros, lo cual predispone a la aparición del distrés, así como a cambios en el sistema inmune o el estímulo de conductas no saludables. Los pensamientos e ideas pesimistas desempeñan un papel importante como mecanismos de alerta temprana ante problemas adaptativos o trastornos emocionales que repercuten en el comportamiento, con negativas manifestaciones que van desde actos de indisciplina, hasta desviaciones conductuales como hábitos tóxicos, despreocupación por el estudio y el trabajo.

La edad de la muestra seleccionada refleja una etapa de vida que se encuentra sujeta a transformaciones fisiológicas, de desarrollo intelectual vinculado con el proceso de enseñanza y las experiencias vividas, además de otros cambios que producen los nuevos roles sociales que se asumen.

Algunos autores plantean que los estudiantes universitarios se encuentran en un ambiente social particular, en que cobran especial relevancia las influencias sociales, los coetáneos y en especial los amigos. Dentro de estos contextos sociales específicos se intercambia información sobre factores importantes, a través de una serie de procesos sociales que incluyen el autodescubrimiento, la discusión de comportamientos aceptables e inaceptables y la comparación social. En este grupo social, los compañeros y amigos ayudan a dar forma a muchos de los comportamientos y actitudes a través de una amplia gama de áreas de desempeño. A medida que la persona adquiere más experiencias y desarrolla habilidades que le permiten manejarse con mayor independencia y autocontrol, tendrá mayor cantidad de criterios propios o autoimpuestos de evaluación, por sobre criterios de comparación externos.^{4,13}

Al ser evaluada la visión de calidad de vida de favorable o desfavorable, los estudiantes que tuvieron una opinión pesimista presentaron una frecuencia significativamente mayor de manifestaciones clínicas de enfermedades, hábitos tóxicos, uso inadecuado del tiempo libre o problemas docentes, en contraste con los de opiniones optimistas. En estos casos, la visión de calidad de vida fue mejor pronosticador de exposición a riesgos. Estos resultados son inferiores a los del estudio de *Michalos* y otros¹⁴ con una muestra de 723 personas, de las cuales el 32 % refirió tener una calidad de vida insatisfactoria.

Las personas pueden sentirse bien y de buen ánimo durante largo tiempo y no percatarse ni hablar acerca de su estado de salud y mucho menos preocuparse por hacer algo sistemáticamente para conservar ese agradable y valioso estado. Solo se requiere que sienta la más mínima sensación de mareo, náusea, cefalea, u otro síntoma, para que se preocupe o se disponga a hacer algo para aliviar ese malestar; o

sea, que se actúa mucho más fácil ante la sensación de enfermedad que ante la sensación de bienestar y la necesidad de cuidar la salud. Este sencillo problema crea otros cada vez más graves y difíciles de entender o explicar, que desde luego, implican o requieren respuestas científicas, técnicas o morales.¹⁵

Los hombres, a pesar de tener una mejor percepción de calidad de vida en salud que las mujeres, presentan estadísticamente menor esperanza de vida y mayor mortalidad en prácticamente todas las edades y por casi todas las causas. Sin embargo, los indicadores de morbilidad medidos por la demanda de servicios y por incidencia de episodios agudos, ingresos y duración de la convalecencia, precisan mayor frecuencia en mujeres.

Afecta especialmente al sexo femenino, por el riesgo de un embarazo inesperado, la maternidad precoz, así como la mayor dependencia familiar, entre otras. Se observa en los últimos años que las mujeres asumen hábitos y comportamientos poco saludables como el tabaquismo y el consumo de alcohol, históricamente asociados a los hombres.

Por otra parte, la importancia clínica de las emociones ha ido aumentando considerablemente, a pesar de criterios escépticos. Las personas que experimentan ansiedad crónica, así como prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tienen mayor riesgo de contraer enfermedades como el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esto hace pensar que las emociones perturbadoras son una importante amenaza a la salud. La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso; en edades tempranas de la vida es frecuente que sea desproporcionada por los fenómenos fisiológicos y vivenciales de la adolescencia.

En la actualidad hay consenso de que la actividad física es el mejor factor protector de las enfermedades crónicas no transmisibles, pues tiene impacto en prácticamente todos los factores de riesgo ambientales. En diversas investigaciones realizadas en algunos países latinoamericanos se plantea la alta relación que existe entre la percepción de una mala calidad de vida y los pacientes con obesidad y sedentarismo,¹⁶⁻²⁰ tal como se observa en el presente estudio.

El estilo de vida poco saludable y sedentario, es considerado, por sus repercusiones sobre la salud, la epidemia del siglo XXI. Es actualmente centro de atención internacional de las políticas sanitarias y educativas,²¹ ya que constituye una de las principales causas de muerte y disminución de la calidad de vida en todo el mundo desarrollado.²²

Esta preocupación se extiende hasta los más jóvenes, pues los hábitos adoptados durante los últimos años y el estilo de vida han provocado una evolución negativa,²³ con incremento del sedentarismo en la población.²⁴⁻²⁶ Las niñas y adolescentes, realizan menor cantidad de actividad física, al compararlas con los niños en todos los grupos de edad.^{27,28}

Las consecuencias de este estilo de vida van más allá. *Pastor, Balaguer y García-Merita*,²⁹ en un estudio efectuado con adolescentes entre 15 y 18 años, concluyeron que la realización de actividad físico-deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud. La inactividad física se asocia con hábitos de consumo de sustancias perjudiciales para la salud como son el tabaco^{23,30,31} y el alcohol, problema muy preocupante en la juventud.³² Al igual que ocurre con la actividad física, son las niñas las que consumen en mayor medida este tipo de sustancias,^{23,32,33} y conforme se hacen mayores, su uso se incrementa.²²

Durante la adolescencia los problemas físicos son casi inexistentes. Diversos factores psicosociales como ingresos económicos, resultados académicos, relaciones con los progenitores, autoestima y sexo se han relacionado con la percepción del estado de salud entre los adolescentes. De la misma forma, los hábitos propios de un estilo de vida saludable, correcta alimentación, el no consumo de tabaco, alcohol y drogas y la realización de actividad física, han sido relacionados con la salud autopercebida entre adolescentes.³⁴

Cabe destacar que en el contexto de una enfermedad crónica, la evaluación subjetiva esta basada primeramente en el funcionamiento psicológico y grado de daño del funcionamiento físico. En el área ginecobstétrica se han informado técnicas psicométricas para evaluar la calidad de vida en mujeres con menopausia,³⁵ el impacto en la vida de las mujeres debido a la menopausia,⁶ la depresión posparto;³⁶ es valido señalar que esta última investigación utilizó un cuestionario destinado a evaluar el estado de salud más que la calidad de vida relacionada con la salud. En el campo pediátrico se han realizado investigaciones en el área del asma,³⁷ en adenoamigdalectomizados³⁸ y en vitíligo.³⁹ Se han informado también investigaciones en pacientes en hemodiálisis,⁵ se han utilizado instrumentos específicos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Encontrar el método ideal para medir la calidad de vida y por ende, la calidad de vida relacionada con la salud, está muy lejos aún y se muestra como una meta sumamente difícil, por el grado de subjetividad que conlleva este concepto.

Se concluye que el determinante de salud que más afecta a los estudiantes entrevistados es la biología humana, lo que hace reflexionar acerca del trabajo de los servicios de salud y las grandes posibilidades de intervención que se presentan, lo cual evidencia que aún queda mucho por recorrer en el logro de una superior calidad de vida relacionada con la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castell-Florit P. Enfoque sistémico-epidemiológico. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 Ene-Abr [citado 28 Oct 2012]; 48(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Tuesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. 2005; 21: 76-86.
3. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm [Internet]. 2003 Dic [citado 28 Oct 2012]; 9(2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325
4. Urzúa A, Castillo P, Gemmel M, Campos C. Relación entre la orientación a la comparación social y el autorreporte de calidad de vida. Colegio de Psicólogos del Perú. 2010 Ene-Dic; 9(1): 25-39.

5. Zúñiga C, Dapuetto Muller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev Med Chile [Internet]. 2009 Feb [citado 28 Oct 2012]; 137(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200003&script=sci_arttext
6. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 28 Oct 2012]; 138(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Krauskopf D. Enfoques y dimensiones para el desarrollo de indicadores de juventud orientados a su inclusión social y calidad de vida. Última Décad [Internet]. 2011 Jun [citado 28 Oct 2012]; 19(34): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362011000100004&script=sci_arttext
8. Halioua B, Beumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. Int J Dermatol. 2000; 39: 801-6.
9. Setién ML. Indicadores sociales de calidad de vida. Madrid: Editorial CIS-Colección Monografías; 1993.
10. Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gaceta Sanitaria. 2001; 15(4): 34-43.
11. Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2010 Mar-Abr [citado 12 Jun 2012]; 84(2): [aprox. 28 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext
12. Palacio Vieira JA, Rajmil L, Alonso Caballero J. Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud y uso de servicios sanitarios en niños y adolescentes españoles. [Internet]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2011 [citado 28 Nov 2012]. Disponible en: <http://tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/51419/tjpv.pdf?sequence=1>
13. Smetana J, Campione N, Metzger A. Adolescent development in interpersonal and societal context. Ann Rev Psychol. 2006; 57: 255-84.
14. Michalos A, Zumbo B, Hubley A. Health and the quality of life. Soc Indic Res. 2000; 51: 245-86.
15. González Pérez U. La salud, la enfermedad, la responsabilidad y la calidad de la vida. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Jul-Sep [citado 23 Ago 2012]; 36(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000300016&script=sci_arttext&tlng=en
16. Zavala JP, Leraç L, Vio F. Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: análisis de la encuesta de calidad de vida y salud 2006. Arc Latinoam Nut [Internet]. 2010 [citado 26 Nov 2012]; 60(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2010-4/art1.asp>

17. Durán Agüero S, Bazaez Díaz G, Figueroa Velásquez K, Berlanga Zúñiga MR, Encina Vega C, Rodríguez Noel MP. Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile. *Nutr Hosp* [Internet]. 2012 May-Jun [citado 28 Nov 2012]; 27(3): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000300009&script=sci_arttext
18. Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, Checura D. Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2010 Sep [citado 28 Nov 2012]; 37(3): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Hidalgo Rasmussen CA, Ramírez López G, Hidalgo San Martín A. Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Jul [citado 28 Nov 2012]; 18(7): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Hidalgo Rasmussen CA, Hidalgo San Martín A, Rasmussen Cruz B, Montaña Espinoza R. Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Ene [citado 28 Nov 2012]; 27(1): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Hernández JL, Velázquez R, Martínez ME, Garoz I, López C, López A. Frecuencia de actividad física en niños y adolescentes: relación con su percepción de autoeficacia motriz, la práctica de su entorno social y su satisfacción con la Educación Física. *Infancia y Aprendizaje*. 2008; 31(1): 79-92.
22. Nuviola Nuviola A, Grao Cruces A, Fernández Martínez A, Alda Schönemann O, Burges Abad JA, Jaume Pons A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Rev Inter Med Cien Act Fís Dep*. 2009; 9(36): 414-30.
23. Moreno MC, Muñoz Tinoco V, Pérez P, Sánchez Queija I. Los adolescentes españoles y su salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
24. Levin S, Ainsworth BE, Kwok CW, Addy CL, Popkin BM. Patterns of physical activity among Russian youth: the Russian Longitudinal Monitoring Survey. *Eur J Public Health*. 1999; 9: 166-73.
25. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, Kolbe LJ. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *J Sch Health*. 2000 Sep; 70(7): 271-85.
26. Trost SG, Pate RR, Sallis JF, Freedson PS, Taylor WC, Dowda M, et al. Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. *Med Sci Sports Exerc*. 2002; 34(2): 350-5.

27. Caspersen C, Periera M, Curran K. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32(9): 1601-9.
28. Kimm SY, Glynn NW, Kriska AM, Barton BA, Kronsberg SS, Daniels SR, et al. Decline in physical activity in black and white girls during adolescence. *N Engl J Med* [Internet]. 2002 Sep [cited 2012 Nov 28]; 347: [about 10 p.]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa003277#Discussion%23t=article&t=articleTop>
29. Pastor Y, Balaguer I, García-Merita M. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema.* 2006; 18: 18-24.
30. Carrasco AM. Consumo de alcohol y estilos de vida: una tipología de los adolescentes españoles. *Rev Psicol Soc.* 2004; 19(1): 51-79.
31. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA.* 1993; 270(18): 2207-12.
32. Espada JP, Pereira JR, García Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema.* 2008; 20(4): 531-7.
33. Rodrigo MJ, Márquez ML, Batista Foguet JM, García M, Rodríguez G, Martín JC, et al. Estilos de vida en la adolescencia y su relación con los contextos de desarrollo. *Cultura y Educación.* 2006; 18(3-4): 381-95.
34. Piko B. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr.* 2007; 166: 701-8.
35. Aedo C, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2006 [citado 28 Nov 2012]; 71(6): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Rojas G, Fritsch R, Solís Jk, González M, Guajardo V & Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* [Internet]. 2006 Jun [citado 28 Nov 2012]; 134(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000600006&script=sci_arttext
37. Vidal A, Duffau G, Ubilla C. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Rev Chil Enf Respir* [Internet]. 2007 Sep [citado 28 Nov 2012]; 23(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Royer M, Bahamonde H, Mamani R, Rodríguez R, Valdes C, Sanhueza C. Calidad de vida pre y posadenoamigdalectomía en pacientes pediátricos. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2006; 66: 191-8.

39. Schwartz R, Sepulveda J, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. Rev Med Chile [Internet]. 2009 Ene [citado 28 Nov 2012]; 137(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 6 mayo de 2013.

Aprobado: 9 de enero de 2014.

Maritza Dania Pacheco Rodríguez . Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba.