



Universidad y Salud
SECCIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Percepción subjetiva de la calidad de vida en estudiantes de enfermería de una universidad pública

Subjective perception of quality of life in nursing students from a public university

Mayra Vanessa Cuellar-López¹, Julián Fernando Montoya-Pipicano², Yamileth Castaño-Mora^{3*}

- 1 Enfermera. Unidad de Cuidado Intensivo, Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe. Cali, Colombia. e-mail: mairacuellar_15@hotmail.com
 2 Enfermero. Unidad de Urgencias, Clínica Desa. Cali, Colombia. e-mail: julianfernando940621@hotmail.com
 3 Enfermera, Esp. En Docencia para la Educación Superior, Master en Salud Mental con énfasis en Ciencias Humanas y Sociales. Profesora asistente Escuela de Enfermería Universidad del Valle. Cali, Colombia. e-mail: yamicamo@hotmail.com

Fecha de recepción: Agosto 3 - 2015

Fecha de revisión: Mayo 31 - 2016

Fecha de aceptación: Diciembre 12 - 2016

Cuellar-López MV, Montoya-Pipicano JF, Castaño-Mora Y. Percepción subjetiva de la calidad de vida en estudiantes de enfermería de una universidad pública. Univ. Salud. 2016;18(3):462-473. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.51>

Resumen

Introducción: La educación es un elemento que influye sobre la calidad de vida de una persona, sin embargo, el proceso formativo puede ocasionar afectación negativa sobre dicha percepción. El gran esfuerzo cognoscitivo y las exigencias derivadas del contacto con personas en condiciones de enfermedad y sufrimiento, ocasionan estrés y ansiedad, que afectan la experiencia y la calidad de vida del enfermero en formación. **Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida subjetivo percibido por estudiantes de enfermería de una universidad pública. **Materiales y métodos:** Investigación descriptiva, correlacional. Participaron 112 estudiantes de enfermería activos para el período agosto - diciembre de 2014. Se utilizó la encuesta de datos socio-demográficos y la Escala GENCAT de calidad de vida. **Resultados:** El índice promedio de percepción subjetiva de calidad de vida fue de 106, que indica buena apreciación de la condición de vida actual. La dimensión mejor evaluada fue la de Derechos 87,1% y la de más baja puntuación fue Bienestar físico 77,3%. El estudiante considera de mayor impacto y relevancia el acompañamiento y soporte afectivo, espiritual y emocional de una red de apoyo sólida a lo largo del transcurso de su período formativo, que la estabilidad de tipo financiera o la capacidad de adquisición material.

Palabras clave: Calidad de vida; educación; educación en enfermería. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: Education is a factor that influences the quality of life of a person; however, the training process can cause a negative impact on that perception. The great cognitive effort and the requirements derived from the contact with people in condition of sickness and suffering cause stress and anxiety that affect the experience and the quality of life of the nurse in training. **Objective:** To determine the level of subjective perception of quality of life in nursing students from a public university. **Materials and methods:** A correlational descriptive study was performed with 112 active nursing students during the period of August and December, 2014. The sociodemographic data survey and the GENCAT Scale of Quality of Life were used. **Results:** The average index of subjective perception of quality of life was 106, which shows good appreciation of the current life condition. The best assessed dimension was Rights with 87.1% and the one with the lowest score was Physical well-being with 77.3 %. The student considers of greatest impact and

*Autor de correspondencia

Yamileth Castaño-Mora
Universidad del Valle. Cali, Colombia
e-mail: yamicamo@hotmail.com

importance the accompaniment, emotional and spiritual support from a solid support network throughout the course of his or her training period over the financial stability or the material acquisition capacity he or she can have.

Keywords: Quality of life; education; education, nursing. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

El desarrollo de las sociedades industrializadas y la descolonización atrajeron la mirada de millones de seres humanos hacia los centros del mundo desarrollado. Los países de menores adelantos veían en esas sociedades el modelo a seguir, para alcanzar los niveles de civilización, que el colonialismo les había negado. El consumismo se asoció con altos niveles de vida, influyendo sobre la estabilidad económica, la seguridad social, la atención en salud y el confort. La denominada buena vida, extrapolable bajo esta visión materialista a un estado de enriquecimiento, se relacionó con los índices de desarrollo económico¹.

Tradicionalmente, la calidad de vida de una nación se ha fundamentado de manera exclusiva en la medición de indicadores macroeconómicos como los ingresos de un país, representados por el Producto Interno Bruto (PIB), o por la renta media por persona (precio PIB per cápita). Sin embargo, es de gran aceptación en la comunidad científica actual, que asume al ser humano de manera holística, reconociendo la multidimensionalidad de la persona y la particularidad de su experiencia; el hecho de que la calidad de vida es algo más que la acumulación de la riqueza material, tiene que ver también con la alegría de la vivencia cotidiana y la posibilidad de ser capaz de construir una experiencia individual, familiar y social cada vez mejor².

Desde el año 1943, Abraham Maslow defendió que la satisfacción de las necesidades básicas de un individuo genera la aparición de requerimientos más especializados, pasando por necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, reconocimiento y auto-realización, en un orden de complejidad ascendente. El concepto de bienestar, ingresó como referente en la economía moderna, propendiendo por la prognosis y planificación de respuestas oportunas ante las necesidades humanas; no

obstante, éstas fueron asociadas con indicadores de carácter objetivo - cuantitativo, luego dicho concepto se limitó a la valoración del denominado bienestar material¹.

En 1964, Lyndon Johnson, expresidente de los Estados Unidos, acuñó por primera vez el término de "calidad de vida", diferenciándolo de los indicadores macroeconómicos, apoyándose principalmente en las percepciones subjetivas manifestadas por las personas, en otras palabras, este concepto valoraba el denominado bienestar subjetivo³. Autores como Bognar, consideran que cuando las necesidades primarias han quedado satisfechas, es cuando aparece el denominado concepto de calidad de vida, que tiene en cuenta en su valoración la felicidad, el balance de los afectos y las emociones⁴.

Amartya Sen por su parte, planteó en su teoría del desarrollo humano, la superación de la visión utilitarista de la calidad de vida asociada con el ejercicio de satisfacción de necesidades, por la acepción del bienestar, el cual se soporta en los conceptos rectores de funcionamiento, entendiéndose éste, como la habilidad de una persona para hacer actos valiosos y la capacidad de combinaciones alternativas que una persona puede lograr. Desde este planteamiento de tipo subjetivo - cualitativo, es posible involucrar las capacidades humanas en la libertad individual, como un acto que pasa por hacerse simultáneamente y no evaluar libertad individual antes de capacidad. De la manera como la capacidad se incorpora a la importancia en la calidad de vida, se refiere tanto a los logros como a cuáles eran las opciones entre las que esa persona tuvo la oportunidad de elegir; porque en palabras de Sen: "Una persona puede tener la ventaja de gozar de más libertad y a pesar de ello, terminar logrando menos". De esta manera, el autor aporta una evaluación individual del bienestar, separando en los funcionamientos, la naturaleza del bienestar, de las fuentes del mismo, externas a la persona⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, reconoce que la calidad de vida se ve afectada por la salud física del individuo y su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales e interrelación con el entorno⁶. La calidad de vida relacionada con la salud, es el componente de la calidad de vida, debido a las condiciones de salud de las personas y referido a partir de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global⁷. Es un concepto multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad.

Los aspectos de la calidad de vida que deben evaluarse son controvertidos, ya que para algunos deben ser sólo las condiciones físicas, para otros sólo la percepción de los pacientes y para otros, ambas⁸. La calidad de vida relacionada con la salud toma cada día más relevancia en dos aspectos: ético, para tomar decisiones de los tratamientos en salud, tanto en el caso del consentimiento informado como en el de intervenciones para mantener la vida, y en el campo de los servicios de salud, para establecer prioridades y diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, usada como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida⁸.

Para la disciplina de enfermería, teoristas como Henderson promueven el reconocimiento de la multi-dimensionalidad del ser (valorando aspectos fisiológicos, psicológicos, socio-culturales, de desarrollo y espirituales), a partir de la visión holística del mismo⁹, bajo dicho marco, el concepto de percepción subjetiva de la calidad de vida es totalmente posible; tal y como lo plantea la teoría de mediano rango sobre calidad de vida propuesta por la Enfermera Sandra Peterson¹⁰, la cual considera la calidad de vida, como el resultado de la percepción individual del nivel de satisfacción propia de vida y otros aspectos significativos para cada sujeto; menciona una serie de dominios vitales ampliamente equiparables con las denominadas dimensiones que propone evaluar Schalock y Verdugo¹¹, desde su planteamiento de la multi-dimensionalidad en la calidad de vida; éstas dimensiones son la base para la elaboración de la

Escala GENCAT empleada en la actual investigación y se mencionan a continuación:

- **Desarrollo personal:** Posibilidad de adquirir conocimientos y desarrollarse personalmente.
- **Bienestar emocional:** Estado de tranquilidad y serenidad que la persona puede vivenciar en su vida cotidiana.
- **Relaciones interpersonales:** Relaciones que el individuo tiene con otras personas desde su núcleo familiar, pasando por sus amistades hasta gente del común.
- **Bienestar material:** Se refiere a que el individuo disponga de los recursos económicos y físicos (vivienda, ropa, calzado, entre otros) para satisfacer sus necesidades.
- **Bienestar físico:** Sensación del individuo acerca de su salud, su rendimiento físico, su alimentación y estilos de vida saludable.
- **Autodeterminación:** Capacidad del individuo de decidir por sí mismo las acciones que llevará a cabo para alcanzar metas y cumplir objetivos trazados.
- **Inclusión social:** Participación del individuo en actividades e interacciones con diversos grupos de individuos de su comunidad.
- **Derechos:** Creencia del individuo de que le son respetados sus derechos y capacidades como ser humano y ciudadano.

La educación, es uno de los elementos relacionados con la calidad de vida de un individuo, su importancia estratégica se hace visible tan pronto como se reconocen los efectos de la incorporación de la ciencia, la tecnología y la reflexión, en los procesos de trabajo, en la producción de la riqueza material y simbólica y en el desarrollo de la organización social. En consecuencia, se esperaría que quien se vincule con procesos de formación académica, tenga mayores posibilidades de bienestar individual, familiar y social en general; no obstante, los procesos académicos per-se, pueden generar alteraciones sobre la percepción de la calidad de vida del estudiante, de acuerdo con la manera en la que se vivencia dicha experiencia.

Particularmente, el conocimiento y la evaluación de la calidad de vida de los estudiantes de Ciencias

de la Salud, es una cuestión relativamente poco tratada. Aunque son muchas las investigaciones que avisan sobre sus particulares situaciones de estrés y las posibles implicaciones en la salud integral de éstos, pocos han sido los estudios desarrollados al respecto. Ya es un hecho reconocido, que el gran esfuerzo cognoscitivo y las exigencias derivadas del contacto con personas en condiciones de enfermedad y sufrimiento, pueden ocasionar situaciones de estrés y ansiedad, que afectan la experiencia y la calidad de vida del estudiante¹².

En el año 2012 Barraza y Moreira¹³ relacionaron la rigidez curricular, falta de apoyo docente y la discriminación, como fenómenos que alteran la calidad de vida del estudiante de enfermería, dicha investigación encuentra paradójico, que las instituciones educativas que buscan formar en la excelencia, asuman prácticas que deterioren la calidad de vida de la población estudiantil, lo antedicho resulta consonante con lo evidenciado por Burgos Grob en el año 2014¹⁴, quien refirió que elevados niveles de estrés derivados del proceso académico, ocasionan deterioro significativo de la percepción de calidad de vida estudiantil.

El Informe sobre deserción estudiantil en la educación superior en Colombia año 2008, indica que son múltiples las causas que pueden condicionar la aparición de este fenómeno, hecho que se correlaciona directamente con la calidad de vida de un individuo, el cual al no terminar el proceso formativo, tendría menores opciones ocupacionales y de vinculación formal en aspectos laborales. Son elementos determinantes de dicha situación: factores socioeconómicos en general, alteraciones en los procesos de adaptación, falta de información apropiada por parte de la entidad formadora; así como también, alejamiento físico y emocional de la familia y amigos en general¹⁵. De allí que el presente estudio, consideró el diseño de una encuesta de datos sociodemográficos, que permitiera la correlación de dichas variables, con las dimensiones que explora la Escala GENCAT de Percepción Subjetiva de la Calidad de Vida.

Es importante mencionar, que si bien las universidades nacieron como escuelas vocacionales para la enseñanza profesional y se crearon para canalizar las actividades educativas hacia los requerimientos profesionales, eclesiásticos y gubernamentales de la sociedad¹⁶, hoy por hoy, la nueva visión de la universidad, es ser un centro de aprendizaje facilitador de la docencia, donde exista un contexto equilibrado, de manera que los estudiantes creen conocimientos, a través de procesos amistosos¹⁷, en donde las instituciones educativas en su rol de formadoras de profesionales, procuren por la vinculación estudiantil con ambientes saludables y de bienestar¹⁸.

La calidad de vida asumida como la satisfacción personal del ser, derivado de procesos de realización desde sus propias potencialidades y teniendo en cuenta la evaluación de aspectos objetivos tales como el bienestar físico, material, psicológico y social¹⁹, es un constructo que influye profundamente sobre la planeación de los procesos formativos y de manera específica afecta el componente curricular de los planes de estudio de enfermería, bajo el marco del enfoque de desarrollo humano y bienestar.

La presente investigación tuvo como objetivo: determinar el nivel de calidad de vida subjetivo percibido por estudiantes de enfermería de una universidad pública y la pregunta que orientó la pesquisa fue: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida percibido de manera subjetiva por los estudiantes de enfermería de una universidad pública?

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal y correlacional²⁰ que tuvo como población de estudio a 192 estudiantes matriculados en el Programa de Enfermería de la Universidad del Valle, para el período agosto – diciembre de 2014, según revisión efectuada en las bases de datos institucionales; de los cuales 112 –provenientes de todos los semestres del plan de estudios– cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, a saber: encontrarse como estudiante activo en el período agosto – diciembre

de 2014, ser mayor de edad según la legislación Colombiana y participar voluntariamente en el proyecto.

El proyecto incluyó a la totalidad de los estudiantes -112-, quienes fueron citados en dos oportunidades por un tiempo de 30 minutos por encuentro. Durante la primera reunión se diligenció el documento de consentimiento informado y se programó según cronograma de actividades académicas de los estudiantes la segunda citación, en la que de manera grupal se diligenciaron los instrumentos: encuesta de datos socio-demográficos y Escala GENCAT de calidad de vida.

La Escala GENCAT fue diseñada por Miguel Ángel Verdugo Alonso et al.²¹. Dicha escala, es un instrumento de valoración de la percepción subjetiva de la calidad de vida que incluye la evaluación de los siguientes aspectos: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. El coeficiente de consistencia interna para el total de la escala es de 0,916 y el error típico de medida menor o igual a 2,6. El instrumento cuenta con validez de contenido, convergente, discriminante, nomológica y de constructo, realizada en la Universidad de Salamanca, España en el año 2007 con una muestra representativa de Cataluña, lo que permitió concluir la alta fiabilidad y validez del mismo, frente al logro del objetivo de medición de la percepción subjetiva de calidad de vida. Aún no cuenta con validez para Colombia y los autores permiten el uso libre del instrumento.

Para caracterizar socio-demográficamente la población sujeto de estudio, se realizaron tablas de frecuencia en las variables cualitativas, con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Para las variables cuantitativas, se efectuó el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión; además se elaboró la pirámide poblacional de los estudiantes incluidos en la muestra. La medición de la percepción subjetiva de la calidad de vida de los estudiantes se efectuó con la Escala GENCAT; todos los ítems de dicho instrumento se encuentran redactados en tercera persona y se

responden utilizando una escala Likert de cuatro puntos. Los subtotales de la puntuación estándar de cada dimensión, se sumaron para obtener la puntuación estándar compuesta o índice de calidad de vida, a partir de éste y según la tabla de referencia se encuentra el denominado percentil del índice de calidad de vida de cada individuo, teniendo en cuenta que valores por encima de 50 y hasta 100 indican mejor percepción subjetiva de la calidad de vida. El referente evaluativo que se empleó en el presente estudio es el baremo A para la muestra general, que incluye todo tipo de personas sin discapacidad física, cognitiva o con diagnóstico de enfermedad mental.

Posteriormente, se definieron prevalencias por: semestre, género, estado civil, estrato socio-económico, permanencia actual en su lugar de procedencia, fuente de apoyo emocional, ocupación del tiempo libre, fuente de ingresos económicos, situación laboral y grupos etarios. Para comparar las variables sociodemográficas con la percepción subjetiva de la calidad de vida de la población sujeto de estudio, se realizaron pruebas estadísticas en torno a las hipótesis nulas planteadas para cada categoría de las variables sujetas a análisis, teniendo en cuenta tipo de variable, para comparar promedios se utilizó t-student y para comparar proporciones la prueba de Chi-cuadrado, según el nivel de probabilidad, se tuvo en cuenta el valor de la probabilidad (valor-p) para establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas, para dicha comparación se utilizó un nivel de significancia de 0,05, lo que permitió evaluar a un nivel de confianza del 95%.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue de riesgo mínimo para la población según la Resolución 8430 de 1993, contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle; de acuerdo con las normas éticas vigentes en Colombia^{22,23}.

Resultados

Producto de la implementación de la encuesta de datos sociodemográficos se encontró, que 70.5% de los estudiantes proceden del departamento del

Valle del Cauca, de los cuales 92% residen en la ciudad de Cali, 50,9% habitan en estratos socioeconómicos 1 y 2 de la ciudad (estratos en los que se presentan mayores dificultades en las condiciones de vida), contando la totalidad de la muestra con servicios públicos de agua y energía, 78,6% son estudiantes de género femenino y presentan una edad promedio de 21 años; 46,4 % refieren pertenecer a la etnia mestiza, el mayor porcentaje de los participantes 91,1% se encuentran solteros al momento de la investigación, 61,6% profesan la religión católica.

Al respecto de las personas con quienes conviven, 68,8% afirman permanecer con sus padres, de ellos 91,1 % reciben respaldo económico familiar para asumir el proceso formativo y sólo 12.5% tienen una vinculación laboral permanente, paralela al desempeño de sus labores en la Universidad.

Del total de estudiantes encuestados 33% se encuentran cursando V semestre del plan de estudios, con un promedio de 18 créditos matriculados por semestre y 70.5% cursa con la cohorte de origen desde el momento de inicio del proceso académico. Sobre el mecanismo de transporte empleado por los estudiantes se encontró que 64.3% se movilizan en el sistema de transporte masivo integrado de la ciudad y 45.5 % refieren que su principal pasatiempo es la lectura (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería Cali - Octubre 2014

	Variable	Frecuencia	%
Género	Femenino	88	78,6%
	Masculino	24	21,4%
Estado Civil	Soltero	102	91 %
	Unión Libre	5	4,5%
	Casado	4	3,6%
	Separado	1	0,9%
Etnia	Mestizo	52	47 %
	Negro	34	30 %
	Blanco	18	16,1%
	Indígena	3	3,0 %
	Mulato	4	3,0 %
	Palenquero	1	0,9 %
Religión	Católica	69	61,6%

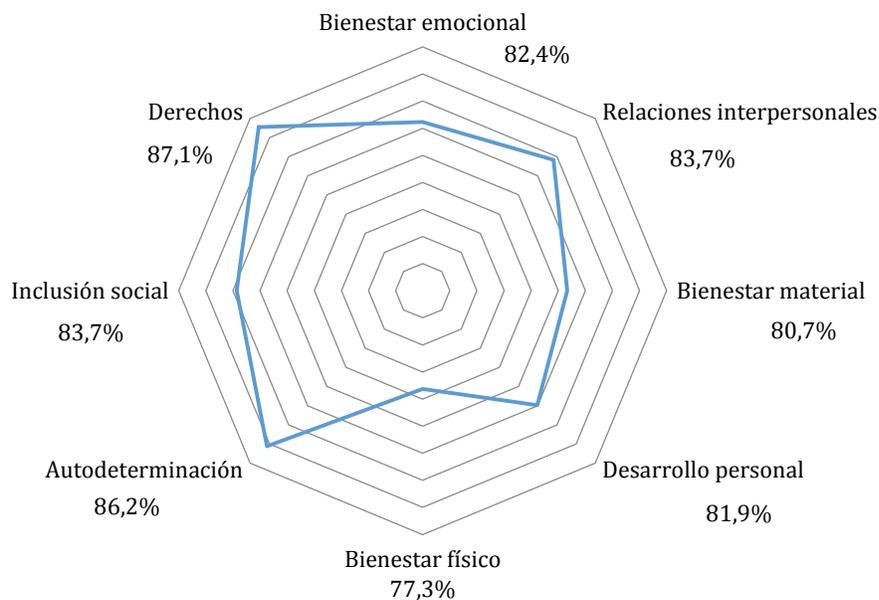
	Cristiana	16	14,3%
	No profesa	24	21,4%
	Otros	3	2,7%
Estrato socioeconómico	1	16	14,3%
	2	41	36,6%
	3	40	35,7%
	4	10	8,9%
	5	5	4,5%
Trabaja actualmente	No	82	73,2%
	Si	30	26,8%
Tipo de trabajo	Eventual	16	14,3%
	Permanente	14	12,5%
	No aplica	82	73,2%
Lugar de procedencia	Valle	79	70,5%
	Cauca	13	11,6%
	Nariño	13	11,6%
	Otros	7	6,3 %
Semestre que cursa actualmente	3	27	24,1%
	5	37	33,0%
	7	27	24,1%
	9	21	18,8%
Cursa actualmente con la cohorte que inició sus estudios	Si	79	70,5%
	No	33	29,5%
Fuente de ingresos económicos	Propios	19	17,0%
	Padres	97	86,6%
	Otros familiares	5	4,5%
Servicios públicos con los que cuenta su vivienda	Agua	112	100,0%
	Teléfono	89	79,5%
	Energía	112	100,0%
	Internet	94	83,9%
	Gas domiciliario	96	85,7%
Con quién vive actualmente	Tv cable	104	92,9%
	Solo(a)	8	7,1%
	Padres	77	68,8%
	Hermanos	60	53,6%
	Pareja	3	2,7%
	Sobrinos	2	1,8%
	Primos	9	8,0%
Principales pasatiempos	Tíos	14	12,5%
	Esposo(a) e hijos	7	6,3%
	Amigos	3	2,7%
	Lectura	51	45,5%
	Manualidades	26	23,2%
	Cine	42	37,5%
	Baile	25	22,3%
	Teatro	6	5,4%
	Música	52	46,4%
	Deportes	33	29,5%

Derivado de la aplicación de la Escala de Calidad de Vida GENCAT, la percepción subjetiva de calidad de vida de los estudiantes, arrojó un índice promedio de 106, (que indica una buena apreciación de la calidad de vida) en una escala mínima de 73 y máxima de 135.

Respecto de las ocho -8- dimensiones evaluadas

en la Escala, la más alta puntuación directa total, correspondió a Derechos con 87,1%, seguido por Autodeterminación 86,2%, Relaciones interpersonales e Inclusión social alcanzaron la misma puntuación 83,7%, Bienestar emocional 82,4%, Desarrollo personal 81,9%, Bienestar material 80,7% y por último Bienestar físico 77,3% (Figura 1).

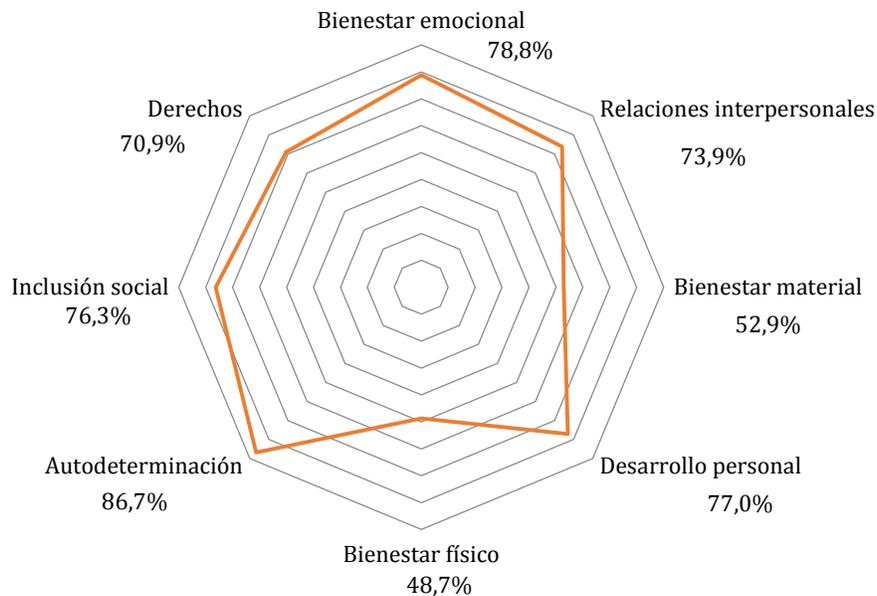
Figura 1. Radial de puntuaciones directas totales



La puntuación estándar según Baremo A. para la muestra general que fue tomado como referente en la presente investigación, compara la posición relativa de los individuos incluidos en la investigación con respecto al de la muestra general, previamente validada para cualquier persona, según dichos parámetros la dimensión que refleja mejor calidad de vida corresponde a Autodeterminación con 86,7%, seguido de Bienestar emocional 78,8%, Desarrollo personal 77%, Inclusión social 76,3%, Relaciones interpersonales 73,9%, Derechos con 70,9%,

Bienestar material 52,9% y Bienestar físico 48,7% (Figura 2). Al comparar los hallazgos socio-demográficos con la percepción subjetiva de la calidad de vida de los estudiantes, se encontró una leve inclinación positiva con la variable estrato socio-económico. Los factores que generan el mayor impacto en la explicación del nivel de la percepción subjetiva de la calidad de vida, dado que se encuentran por debajo de 0,1 (90% de confiabilidad), son el estado civil (0,02), estrato socio-económico y créditos matriculados (0,08).

Figura 2. Radial de puntuaciones estándar totales



Discusión

El presente trabajo de investigación determinó la percepción subjetiva de la calidad de vida en estudiantes de enfermería de una universidad pública, sus características sociodemográficas y la comparación de dichos hallazgos.

Respecto de la caracterización sociodemográfica se encontró que la mayoría de la población de estudio procede del departamento del Valle del Cauca y pertenecen a estratos socio-económicos 1 y 2, lo cual concuerda con lo referido en la caracterización del Plan Estratégico de Desarrollo 2005-2015 de la Universidad del Valle, el cual describe que 72,3% de los estudiantes activos en la institución pertenecen principalmente a los estratos socio-económicos 2 y 3 de la ciudad, aunque resalta que el ingreso de estudiantes procedentes de estrato 1 aumentó de 7,44% en 1999 a 12% para el año 2004²⁴. El género predominante de la población de estudiantes de enfermería fue el femenino, resultado similar al encontrado por Gómez et al., en su estudio sobre la percepción de cuidado en estudiantes de enfermería desarrollado en la Universidad

Nacional de Colombia, el cual mostró que de la población total de estudiantes 70% corresponde al género femenino; lo anterior, debido a que la femineidad ha estado ligada a las prácticas humanas de cuidado en salud desde los albores de la historia del hombre, por ende, el papel de la mujer en los servicios de salud puede considerarse como una extensión de su rol de cuidadora²⁵.

Se encontró que el promedio de créditos matriculados asciende a 18, equivalente a 54 horas de estudio semanales distribuidas entre el tiempo de trabajo presencial, independiente y dirigido; lo cual concuerda con lo estipulado en la Resolución No. 027 de 2001 artículo 4, por la que se reformó el sistema de créditos para programas de formación de pregrado en la Universidad del Valle²⁶. Lo anterior condiciona la baja vinculación laboral de los estudiantes, dada la poca disposición de tiempo para la realización de actividades paralelas a las formativas. La caracterización de la investigación mostró que la mayoría de los estudiantes conviven con sus padres, dependen económicamente de ellos y son solteros, de manera similar a lo encontrado por el

área de Trabajo Social de la Escuela Colombiana de Carreras Industriales en el año 2008, en un estudio efectuado con estudiantes de primer semestre, en apoyo de los denominados proyectos de vida exitosos académicos y profesionales, 50% de los estudiantes de la jornada diurna dependen económicamente de sus padres, en tanto que los estudiantes de la jornada nocturna dependen económicamente de sí mismos en 78% de los casos. Es importante mencionar que durante el tránsito del proceso formativo, algunos de los estudiantes de la jornada nocturna deben ingresar a efectuar actividades laborales en apoyo a la manutención realizada por los padres²⁷.

Tras analizar los datos derivados de la aplicación de la Escala GENCAT, se encontró que la población sujeto de estudio **percibe de manera favorable su calidad de vida**, a partir de la valoración de procesos relacionales y de trascendencia, no así, derivados de la evaluación de aspectos asociados con el bienestar físico y material, este hallazgo se contrapone a lo encontrado en el estudio efectuado por Lara et al., titulado evaluación de la percepción de calidad de vida y estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las universidades promotoras de la salud, en el que la satisfacción es vista como un componente cognoscitivo de la calidad de vida, percibida como adecuada por los estudiantes, en aspectos personales de alimentación, ejercicio y preocupación por la prevención de enfermedades, claramente dicha investigación evidencia el enfoque de evaluación de calidad de vida centrado en aspectos biológicos²⁸.

Los resultados indican que la **Autodeterminación** fue la dimensión mejor evaluada de la Escala; se relaciona con la posibilidad que tienen los estudiantes de decidir por sí mismos, de fijar metas y objetivos claros en sus vidas, así como también con la capacidad de tomar decisiones con autonomía y defendiendo sus preferencias personales. Este comportamiento es esperable en la población estudiada, dado que se encuentra en un momento de su experiencia vital, en el que la **Construcción de la identidad** es fundamental para el tránsito apropiado hacia nuevas vivencias. La adopción de valores, los ejercicios de toma de

decisión y la elección de una ocupación, son tareas propias de la denominada fase de identidad vs. confusión de identidad (a partir de los 13 años y hasta los 21 años) propuesta por Erickson en su teoría del Desarrollo Psicosocial²⁹.

El **Bienestar emocional** fue la segunda dimensión mejor evaluada, se relaciona con la percepción de tranquilidad y satisfacción que la población estudiada refiere, ausencia de síntomas de ansiedad o depresión, experimentación de sentimientos positivos hacia su vida presente y motivación por las actividades que realizan; resultados semejantes fueron descritos por Zubieta y Delfino, al explorar los niveles de bienestar social, satisfacción con la vida y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires, quienes presentaron apropiados niveles de satisfacción vital y bienestar psicológico asociados al dominio del entorno, propósito en la vida y auto aceptación³⁰.

Las dimensiones **Desarrollo personal e Inclusión social**, presentaron puntuaciones similares, de las cuales se puede apreciar que aspectos como el apoyo familiar, el acompañamiento por parte de los amigos, la comunicación y las oportunidades de aprendizaje, favorecen una conducta adaptativa que facilita la inmersión del estudiante tanto en procesos académicos como comunitarios y sociales, en los que se perciben incluidos y valorados positivamente como miembros de la sociedad y de la comunidad estudiantil, lo que afecta de manera positiva la percepción de calidad de vida. Dicha valoración positiva del apoyo y acompañamiento, puede observarse en otros grupos de universitarios, como los de la Universidad Católica de Santiago del Estero en Argentina, donde los estudiantes manifestaron que no experimentan barreras u obstáculos físicos, culturales o sociales, que imposibiliten su desenvolvimiento dentro del ambiente universitario, como consecuencia del apoyo recibido desde la red familiar primaria favoreciendo con éste, su tránsito exitoso por procesos de crisis individuales asociadas con fenómenos como la desvalorización, baja autoestima y vulnerabilidad³¹.

Respecto de la dimensión de **Relaciones interpersonales**, aunque no se situó entre las dimensiones mejor valoradas, si obtuvo una puntuación importante dado que los estudiantes valoraron positivamente sus relaciones familiares, de pareja y amistades, esto constituye un dato concordante con lo hallado por Banda y Morales, al identificar las variables que brindan calidad de vida subjetiva a los estudiantes de la Universidad de Sonora en México, quienes dieron mayor importancia a las variables de relaciones familiares, sociales y satisfacción con el ambiente social, al momento de evaluar positivamente la calidad de vida⁶.

La evaluación de la dimensión de **Bienestar material** indicó que los estudiantes encuentran dificultades en cuanto a su sostenimiento económico personal y para el desarrollo de las actividades propias derivadas del proceso formativo, o carecen de bienes materiales considerados importantes para ellos, lo que conllevaría a afectar la percepción de calidad de vida. Este aspecto es particularmente importante dado que los problemas económicos son una causa asociada con el fenómeno de deserción estudiantil, ya que muchos estudiantes deben sostenerse económicamente o apoyar monetariamente a sus familias, lo que puede impedirles continuar con sus estudios.

La dimensión que presentó la más baja puntuación fue la de **Bienestar físico**, entendido como: sentirse bien físicamente y tener hábitos de alimentación, sueño y descanso saludables; estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Irazusta et al., al estudiar los hábitos de vida en estudiantes de enfermería, donde encontraron un alto porcentaje de inactividad física y deficientes hábitos nutricionales. Lo anterior resulta incongruente, en tanto se esperaría que los estudiantes de los programas de enfermería, tuviesen prácticas de vida acordes a lo promovido desde su experiencia como cuidadores³². No obstante, coincide con lo evidenciado por Sánchez y Luna en su estudio sobre hábitos de vida saludable en la población universitaria³³, se encontró, que los jóvenes en general pueden tener creencias favorables con respecto a su salud, pero

a la vez presentan prácticas no saludables, las cuales mantenidas en el tiempo pueden ocasionar riesgo para la salud, en tanto no son percibidas como conductas como de riesgo.

Conclusiones

Tras analizar los datos derivados de la aplicación de la Escala GENCAT de percepción subjetiva de la calidad de vida, se concluye que la población sujeto de estudio percibió de manera favorable su calidad de vida, a partir de la valoración de procesos relacionales y de trascendencia, lo anterior tiene fundamento dado que dentro de las ocho -8- dimensiones que conforman dicha escala, la mejor puntuada dentro del baremo escogido fue *Autodeterminación*, lo cual sugiere que el universitario tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones, priorizar metas y asumir preferencias personales, contando con autonomía en sus procesos personales y académicos.

El estudiante considera de mayor impacto y relevancia el acompañamiento y soporte afectivo, espiritual y emocional de una red de apoyo sólida a lo largo del transcurso de su período formativo, que la estabilidad de tipo financiera o la capacidad de adquisición material, lo anterior repercute en la capacidad individual de afrontamiento; cabe anotar que esta red de apoyo no necesariamente debe ser filial o consanguínea, sino que, los lazos que el universitario forma con pares y personas de otras áreas dentro del ambiente académico puede representar una base afectiva y de sostén en este proceso vital de formación profesional.

La dimensión menos puntuada fue *Bienestar físico*, indica que los estudiantes no se vinculan con el desarrollo de hábitos de vida saludable, no conservan un patrón fijo y constante de sueño y descanso, no frecuentan en su mayoría los servicios de salud y recreativos, no llevan una alimentación adecuada y dedican la mayor parte de su tiempo a sus actividades académicas, lo cual puede afectar negativamente su estado de salud física, sin implicar alteraciones de su percepción subjetiva de calidad de vida.

Recomendaciones

Dados los hallazgos, se considera fundamental para la construcción curricular asertiva de los programas de enfermería del país, partir de descubrimientos investigativos como los aportados por el presente trabajo, para que se puedan orientar los procesos formativos con elementos que estimulen no sólo los abordajes teóricos de la disciplina, sino que favorezcan la vivencia misma del estudiante como figura susceptible de vincularse con prácticas saludables de vida.

Nutrir los proyectos de Bienestar Estudiantil desde enfoques de calidad de vida fundamentados en la percepción de la multidimensionalidad del ser, dando lugar al desarrollo de construcciones conjuntas, que faciliten el alcance de logros no sólo de tipo económico, sino de carácter trascendental desde el acompañamiento emocional y espiritual del estudiante en formación; en el marco de la denominada Educación Social, que se soporta entre otros, en proyectos tales como la Consejería Estudiantil.

Es necesario que a corto plazo, se desarrollen abordajes investigativos de tipo cualitativo, que profundicen en la comprensión propia de la vivencia del estudiante en formación y que permitan el desarrollo de futuras propuestas creadas de manera colaborativa, propendiendo por el mejoramiento de la calidad de vida del mismo en su experiencia educativa pre y post gradual.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los estudiantes de enfermería que participaron en la presente investigación, así como también a las Directivas de la Escuela de Enfermería por su interés y apoyo en el desarrollo de este tipo de iniciativas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Boladeras-C M, Escobar-T J, Maldonado CE, et al. Bioética y Calidad de Vida. Editorial Kimpres, Bogotá, Noviembre 2000. 98-112.
2. The Legatum Institute. Prosperity Index, London W1J 5DW, United Kingdom, 2013: 1-3.
3. Bampi LNS, Baraldi S, Guilhem D, Pompeu RB, Campos ACO. Nursing undergraduate students' perception of quality of life. *Revista Gaucha de Enfermería*. 2013; 34(1):125-132.
4. Bognar G. The concept of quality of life. *Magazine Social Theory and Practice*. 2005;31(4):561-580.
5. Montesino-J JL. Reseña de "La calidad de vida" de Marta C. Nussbaum y Amartya Sen. *POLIS, Revista Latinoamericana* [en línea] 2001;1(2):15-20. [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500231>
6. Banda-C AL, Morales-Z MA. Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2012;17(1):29-43.
7. O'Connor R. Development of the health effects scales. Working Paper 43, National Centre for Health Program Evaluation. Melbourne: NHMRC; 1995. p. 3-17.
8. Lugo-A LE, García-G HI, Gómez RC. Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2006;24(2):38.
9. Allgood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier, Séptima Edición. Página 311. Año 2011.
10. Peterson S, Bredow T. "Middle Range Theories Application to Nursing Research" Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Tercera edición 2013: 274-279.
11. Verdugo MA, Vicent C. El significado de la calidad de vida. Proyecto ALSOI Publicaciones del INICO. 2004: 21-25.
12. Herreros-Rodríguez O, Gonzales G-Portilla MP, Pérez de Albenil del Val CE y Cols. Calidad de vida en estudiantes de ciencias de la salud. *Anales de Psiquiatría*. 1996;12(4):141-148.
13. Barraza CG, Ortiz-Moreira L. Factores relacionados a la calidad de vida y satisfacción en estudiantes de enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería Versión Online*. 2012;XVIII(3):111-119.
14. Burgos-Grob MF. Calidad de vida y estrés de los estudiantes de la Escuela de Enfermería. Universidad Austral de Chile. 2014: 20-25. Disponible en: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmb957c/pdf/fmb957c-TH.2.pdf
15. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Informe sobre deserción estudiantil en la educación superior. 2008: 16-28.
16. Brunner JJ. Educación superior en América Latina: cambios y desafíos. Fondo de cultura económica. Chile 1990: 4.
17. Reig A, Cabrero J, Ferre R, Richart M. La calidad de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios. Universidad de Alicante; 2001: 1-10. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>

18. 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.
19. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2003;35(2):161-164.
20. Polit D, Hungler B. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* 6ta. Edición. México: Mc – Graw Hill. 2000.
21. Verdugo-A MA. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida. Generalitat de Catalunya. Institut Català d' asistencia i serveis socials. Barcelona, España. 2009. p. 45.
22. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud; 1993. p. 5.
23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004. Santafé de Bogotá, D.C: Ministerio de Protección Social; 2004. p. 7.
24. Universidad del Valle. Plan estratégico de desarrollo 2005-2015. Santiago de Cali, Enero de 2005. p. 1- 20.
25. Gómez O, Daza L, Zambrano V. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Revista Avances en Enfermería.* 2008;XXVI(1):86-96.
26. Universidad del Valle. Consejo académico. Resolución No. 027. Marzo 8 de 2001.
27. Moreno G, Moreno P, Mosquera A. Proyecto institucional para la identificación, prevención y seguimiento de la deserción estudiantil. Apoyo a proyectos de vida exitosos académicos y profesionales. Escuela Colombiana de Carreras Industriales. 2008. Págs: 10-20.
28. Meda-Lara RM, de Santos-Ávila F, Lara-García B, Verdugo-Lucero JC, Palomera-Chávez A, Váldez-Sierra M del D. Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades promotoras de salud. 2008: 10-15.
29. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista la Sallista de investigación.* 2005;2(2):50-63.
30. Zubieta EM, Delfino GI. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones.* 2010;17:282.
31. Carreras MA, Carreras MP, Arjona JJ, Coria V, Jozami M, Pacheco M. Apoyo social en estudiantes universitarios de Santiago del Estero, *Revista Trazos Universitarios, Universidad Católica de Santiago del Estero, Santiago del Estero - Argentina,* Diciembre del 2011: 15-20.
32. Irazusta Astiazaran A, Gil Orozco S, Ruiz Litago F, Goikouria FJ. Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería. *Zainak.* 2005;27:106.
33. Sánchez-O MA, De Luna BE. Hábitos de Vida Saludables en la población universitaria. *Revista Nutrición Hospitalaria.* 2015;31(5):1910-19.