

DOI: <https://orcid.org/10.56712/latam.v5i2.1952>

Evaluación de la calidad de vida y estilo de vida en grupos de atención prioritaria. Quimiag – Ecuador

Evaluation of quality of life and lifestyle in priority care groups. Quimiag – Ecuador

Margarita Quesada Fernández

mquesada@sangabrielriobamba.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-9779-2136>
Instituto Superior Tecnológico San Gabriel
Riobamba – Ecuador

Jessica Belén Arévalo Chavarrea

jarevalo@sangabrielriobamba.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7966-0129>
Instituto Superior Tecnológico San Gabriel
Riobamba – Ecuador

Daysi Pamela Acosta Lalaleo

p.acosta@sangabrielriobamba.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-1272-9216>
Instituto Superior Tecnológico San Gabriel
Riobamba – Ecuador

Denises Carolina Castro Chirinos

denises_castro@sangabrielriobamba.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-8195-0827>
Instituto Superior Tecnológico San Gabriel
Riobamba – Ecuador

Cristian Paul Caba Agualongo

cristian_caba@sangabrielriobamba.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-4404-1281>
Instituto Superior Tecnológico San Gabriel
Riobamba – Ecuador

Artículo recibido: 27 de marzo de 2024. Aceptado para publicación: 12 de abril de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Los estilos de vida saludables se encuentran directamente relacionados con la calidad de vida al influir en la modificación del proceso salud – enfermedad y en la satisfacción de las necesidades básicas de la humanidad. Se desarrolló un estudio de campo de corte transversal, la investigación fue de tipo descriptiva, con diseño no experimental. La población de la investigación estuvo conformada por 78 personas, 32 trabajadores de la Unidad Educativa Puruhá y 46 familiares de los trabajadores de la institución. En el presente estudio se aplicaron 3 instrumentos de evaluación a la población de estudio los cuestionarios SOC13, WHOQOL-BREF y Fantástico, para evaluar el nivel de habilidades psicosenométricas, la calidad de vida y el estilo de vida respectivamente. A través de estos instrumentos aplicados se pudo evidenciar en el grupo de beneficiarios un bajo nivel de comprensión del entorno y de confianza expresados en la falta de comprensibilidad y manejabilidad principalmente. De igual manera se identificó un bajo nivel de calidad de vida predominando las dimensiones de salud física y la dimensión psicológica. Respecto al estilo de vida las áreas de mayor dificultad fueron la nutrición, sueño y estrés, y el control de la salud y la conducta sexual. Las mujeres resultaron ser las


más afectadas en las áreas de estilo de vida y calidad de vida siendo relativamente equitativa la proporción entre hombres y mujeres en las habilidades psicosenométricas.

Palabras clave: calidad de vida, estilos de vida saludables, población vulnerable

Abstract

Healthy lifestyles are directly related to the quality of life by influencing the modification of the health-disease process and the satisfaction of the basic needs of humanity. A cross-sectional field study was developed, the research was descriptive, with a non-experimental design. The research population was made up of 78 people, 32 workers from the Puruhá Educational Unit and 46 relatives of the institution's workers. In the present study, 3 evaluation instruments were applied to the study population: the SOC13, WHOQOL-BREF and Fantastic questionnaires, to evaluate the level of psychosensometric skills, quality of life and lifestyle respectively. Through these applied instruments, a low level of understanding of the environment and trust was evident in the group of beneficiaries, expressed mainly in the lack of understandability and manageability. Likewise, a low level of quality of life was identified, predominating the dimensions of physical health and the psychological dimension. Regarding lifestyle, the areas of greatest difficulty were nutrition, sleep and stress, and control of health and sexual behavior. Women turned out to be the most affected in the areas of lifestyle and quality of life, with the proportion between men and women being relatively equitable in psychosensometric skills.

Keywords: quality of life, healthy lifestyles, vulnerable population.

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Quesada Fernández, M., Arévalo Chavarrea, J. B., Acosta Lalaleo, D. P., Castro Chirinos, D. C., & Caba Agualongo, C. P. (2024). Evaluación de la calidad de vida y estilo de vida en grupos de atención prioritaria. Quimiag – Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (2), 1318 – 1332. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1952>

INTRODUCCIÓN

El anhelo de todo ser humano es tener una salud adecuada que le permita desarrollar con éxito sus actividades y vivir a plenitud, disfrutando cada momento al máximo de sus capacidades. Sin embargo, no toda la población goza de una buena salud, y es su propia condición la que determina su desempeño y desarrollo en el ámbito personal, familiar, social y laboral. La Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que la salud es un estado de total bienestar a nivel físico, mental y social (Calpa Pastas et al., 2019). Es decir, no se trata sólo de gozar de una buena salud física, sino más bien de adoptar estilos de vida saludables a través de la alimentación, el ejercicio físico, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

Según Maslow se puede decir que la calidad de vida es determinada por la interacción dinámica que se establece entre las personas, la sociedad y su hábitat, de igual manera por la satisfacción de sus necesidades y deseos. Las necesidades del ser humano se caracterizan por un orden jerárquico de cumplimiento de las metas y aspiraciones que cada uno se propone, de manera que, al poder solventar las necesidades más básicas, se van a desarrollar nuevas necesidades que van a ir desde la motivación por la supervivencia hasta la motivación orientada al crecimiento personal (Maslow, 2008). Cuando se analiza la pirámide de Abraham Maslow propuesta en 1943 en su obra "Una teoría de motivación humana", donde se presentó una teoría sobre el nivel de prioridad de los deseos y necesidades presentes en la humanidad, en la cual se pueden apreciar 5 niveles de satisfacción de las necesidades: Nivel 1.- Necesidades fisiológicas. Nivel 2.- Necesidades de seguridad. Nivel 3.- Necesidades sociales. Nivel 4.- Necesidades de aprecio. Nivel 5.- Necesidades de autorrealización (Maslow, s. f.).

De esta forma se puede llegar a comprender que los estilos de vida considerados saludables se encuentran directamente relacionados con la calidad de vida al influir en la modificación del proceso salud – enfermedad y en la satisfacción de las necesidades básicas de la humanidad. Existe una necesidad real de promover estilos de vida que sean saludables y elevar el nivel de calidad de vida de manera fundamental en los grupos vulnerables de la población, especialmente en las regiones donde el acceso a servicios de la salud es limitado e insuficiente. El estilo de vida constituye uno de los determinantes de la salud de la población, de manera que, su seguimiento contribuye a la prevención de conductas inadecuadas que favorecen la aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles (Veramendi Villavicencios et al., 2020).

La falta de conocimiento es con frecuencia el origen de la presencia de estilos de vida no adecuados en la población. Lo que incide negativamente en el nivel de calidad de vida del individuo y su familia, directamente en el estado y la sociedad. En el año 2019 se realizó un estudio en la ciudad de Cuenca-Ecuador donde se evaluó la calidad de vida y su relación con la salud y además con los determinantes sociodemográficos como género, edad, nivel socioeconómico y estudios culminados por parte de la población adulta. En esta investigación se aplicó un cuestionario para determinantes sociodemográficos y el cuestionario SF-36, y se pudo comprobar que, el nivel de conocimiento en el ámbito de la salud influye directamente en la percepción de la salud; además se identificó la relación entre los determinantes sociodemográficos y la salud percibida (López Catalán et al., 2019).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Ecuador en 2021 fue de 0,74 puntos, situándose en el puesto 95 del ranking mundial de desarrollo humano; este índice mide tres variables: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno. En la actualidad la esperanza de vida en el Ecuador está en 73.67 años con una tasa de mortalidad de 6.72 % (Múltiples crisis frenan el desarrollo humano en todo el mundo | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo, s. f.).

Según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) del 2021, el 37.1% de la población ecuatoriana no cuenta con acceso a servicios básicos, lo cual constituye un riesgo para la salud (Un tercio de hogares ecuatorianos no tiene acceso a servicios básicos, s. f.). En cuanto a la actividad física

se han desarrollado estudios a nivel mundial que identifican que, el 27,5% de los adultos y el 81% de la población adolescente no cumple las recomendaciones de la OMS de 2010 sobre actividad física, y en los últimos 10 años no se registran mejoras en este aspecto (OMS, 2020).

Mientras que, en cuanto al uso de los servicios de salud el 63 % de las personas con mayores ingresos del país, utilizan servicios preventivos y curativos de salud, pero sólo el 19% de los habitantes más pobres del país usan estos servicios y sólo el 12% de habitantes en zonas rurales acceden a los servicios curativos de salud (Troya et al., 2022). De igual manera se debe tener en cuenta que a diciembre del 2022, la pobreza a nivel nacional se ubicó en 25,2% y la pobreza extrema en 8,2%; en el área urbana la pobreza llegó al 17,8% y la pobreza extrema a 3,9%; mientras que en el área rural la pobreza alcanzó el 41,0% y la pobreza extrema el 17,4% (INEC - ENEMDU, 2018).

En este proyecto nos enfocamos en la detección de factores de riesgo de la salud que están presentes en grupos prioritarios de la población a través de la evaluación tanto de la calidad de vida como del estilo de vida. De manera que, mediante el diagnóstico realizado, se puedan trazar estrategias de intervención comunitaria que permitan dotar de las herramientas necesarias a los grupos de beneficiarios para la elección individual de estilos de vida que contribuyan a mejorar la salud y a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones en el caso de las ya existentes.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación: se desarrolló un estudio de campo de corte transversal, la investigación fue de tipo descriptiva, con diseño no experimental.

Población y muestra: los beneficiarios directos de la investigación fueron 78 personas 32 trabajadores de la Unidad Educativa Puruhá y 46 familiares de los trabajadores de la institución, todos pertenecientes a la parroquia rural Quimiag, de manera que se trabajó con la población total según los criterios de inclusión/exclusión definidos, por lo que no se definió una muestra para el estudio.

Criterios

Inclusión

- Adultos de 30 a 64 años de edad.
- Trabajadores de la U.E Puruhá o convivientes de los trabajadores de la U.E Puruhá.
- Consentimiento informado de participación en el estudio.
- No presentar enfermedades catastróficas ni discapacidad.

Exclusión

- Menores de 30 años y personas de 65 años o más.
- Familiares no convivientes de los trabajadores de la U.E Puruhá.
- No firmar el consentimiento informado de participación en el estudio.
- Haber sido diagnosticado con alguna enfermedad catastrófica o poseer un carnet de discapacidad.

Fueron excluidos 7 participantes por no reunir los criterios de inclusión y/o presentar al menos uno de los criterios de exclusión definidos para el estudio.

Materiales

Consentimiento informado. Se procedió a la firma del consentimiento informado por parte de todos los beneficiarios, para lo cual se realizó la lectura individual del documento previo a la firma del mismo y proporcionando, además, la información solicitada por los participantes del estudio en cada caso. Con la firma de este documento se dio cumplimiento a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, para el desarrollo de la investigación.

Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (adaptada). Se realizó una adaptación del cuestionario original de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF haciendo una asociación de las preguntas con el cuestionario SOC-13 a la escala final adaptada para el cumplimiento de los objetivos del estudio. A través del instrumento final aplicado se pudo evaluar la orientación ante la vida, la calidad de vida y la autopercepción de la salud en los beneficiarios aplicando el componente cuantitativo de la investigación. Este cuestionario consta de 39 ítems con un perfil de 5 dimensiones: propiedades psicosensométricas, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Test Fantástico/ Entrevista. Como instrumento de evaluación cualitativo se realizó una entrevista individual a los beneficiarios del estudio utilizando como guía de la entrevista el cuestionario del Test Fantástico, el cual permitió identificar y evaluar el estilo de vida de la población de estudio. Este cuestionario está conformado por 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios que son: el físico, el psicológico y social; todos relacionados al estilo de vida.

Métodos

Cuantitativo: Escala de WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida. En el caso de la valoración de las dimensiones: C=Compresibilidad; MA=Manejabilidad; ME=Significatividad; SF=Salud Física; P=Psicológico; RI=Relaciones Interpersonales; E=Entorno, se analizó la puntuación en una subescala y la puntuación total de la suma de los puntos marcados para cada ítem del cuestionario, considerando la puntuación inversa en los ítems correspondientes para la valoración de la media en cada uno de los dominios estudiados.

Cualitativo: Test Fantástico/Entrevista. Este cuestionario tiene tres opciones de respuesta con un valor de 0 a 2 en cada categoría, y fueron calificados por medio de una escala Likert, para la conversión de la calificación de 0 a 120 puntos. Para el análisis de los resultados se realizó el cálculo de la media y la desviación estándar para una interpretación cualitativa de los resultados en una escala de valoración del estilo de vida en: Adecuado, Intermedio, Inadecuado.

Coefficiente α de Cronbach: Para la confiabilidad de los instrumentos aplicados se valoró el Coeficiente α de Cronbach considerándose aceptable un coeficiente alfa mayor o igual a 0,7 según las recomendaciones del creador de este método estadístico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La calidad de vida es una de las determinantes de bienestar más utilizadas en el ámbito de la salud, puede definirse como una percepción de la posición individual en la vida considerando el contexto cultural y los valores, con relación a las metas, las expectativas, los intereses y los estándares. Los estilos de vida se basan en la interacción de las condiciones de vida y las características personales, y pueden influir directamente en la calidad de vida. Se considera que el estilo de vida es saludable cuando está orientado a evitar la enfermedad.

Tabla 1

Características generales de la población de estudio según el género

Variable	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Género	36	46.2	42	53.8	78	100
Edad						
30 – 40	11	30.6	12	28.6	23	29.5
41- 50	16	44.4	21	50	37	47.4
51 – 60	9	25	9	21.4	18	23.1
Nivel de Instrucción						
Básico	8	22.2	11	26.2	19	24.4
Bachiller	10	27.8	17	40.5	27	34.6
Superior	18	50	14	33.3	32	41
Estado civil						
Soltero	4	11.1	2	4.8	6	7.7
Casado	18	50	16	38	34	43.6
Divorciado	8	22.2	7	16.7	15	19.2
Viudo	2	5.6	4	9.5	6	7.7
Unión libre	4	11.1	13	31	17	21.8

Fuente: elaboración propia.

La siguiente tabla muestra los ítems que se atribuyen a las habilidades psicosenométricas de la escala aplicada: C= Compresibilidad MA= Manejabilidad ME= Significatividad. La puntuación en una subescala y la puntuación total para estos ítems fueron calculadas sumando los puntos marcados para cada ítem en el cuestionario aplicado, considerando los ítems con puntuación inversa. En caso de que el ítem puntúa positivamente, el valor marcado fue tomado como valor nominal; pero en caso de un ítem de puntuación inversa, el valor más bajo marcado se convirtió en el valor más alto.

Valores de la puntuación inversa en los ítems de valoración de Habilidades Psicosenométricas: 1=7; 2=6; 3=5; 4=4; 5=3; 6=2; 7=1. (SOC 13).

Tabla 2

Valores de puntuación nominal y puntuación inversa en los ítems de valoración de Habilidades Psicosenométricas

No. de ítem	Habilidades Psicosenométricas SOC 13	Puntuación ítem
1	Significatividad	Puntuación Inversa
2	Compresibilidad	Puntuación Inversa
3	Manejabilidad	Puntuación Inversa
4	Significatividad	Puntuación Positiva
5	Manejabilidad	Puntuación Positiva
6	Compresibilidad	Puntuación Positiva
7	Significatividad	Puntuación Inversa
8	Compresibilidad	Puntuación Positiva
9	Compresibilidad	Puntuación Positiva
10	Manejabilidad	Puntuación Inversa
11	Compresibilidad	Puntuación Positiva
12	Significatividad	Puntuación Positiva
13	Manejabilidad	Puntuación Positiva

Fuente: elaboración propia.

La tabla 3 muestra los ítems que se atribuyen a los dominios relacionados con Calidad de Vida: SF= Salud Física; P= Psicológico; RI= Relaciones Interpersonales; E= Entorno. La puntuación en una subescala y la puntuación total para estos ítems fueron calculadas sumando los puntos marcados para cada ítem en el cuestionario aplicado y considerando los ítems con puntuación inversa.

Valores de la puntuación inversa en los ítems de valoración de SF= Salud Física; P= Psicológico; RI= Relaciones Interpersonales; E= Entorno:

1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1.

Tabla 3

Valores de puntuación nominal y puntuación inversa en los ítems de valoración de Calidad de Vida

No. de Ítem	Calidad de Vida Dominios	Puntuación Ítem
1	Pregunta general	Puntuación Positiva
2	Pregunta general	Puntuación Positiva
3	Salud física	Puntuación Inversa
4	Salud física	Puntuación Inversa
5	Psicológico	Puntuación Positiva
6	Psicológico	Puntuación Positiva
7	Psicológico	Puntuación Positiva
8	Entorno	Puntuación Positiva
9	Entorno	Puntuación Positiva
10	Salud física	Puntuación Positiva
11	Psicológico	Puntuación Positiva
12	Entorno	Puntuación Positiva
13	Entorno	Puntuación Positiva
14	Entorno	Puntuación Positiva
15	Salud física	Puntuación Positiva
16	Salud física	Puntuación Positiva
17	Salud física	Puntuación Positiva
18	Salud física	Puntuación Positiva
19	Psicológico	Puntuación Positiva
20	Relaciones interpersonales	Puntuación Positiva
21	Relaciones interpersonales	Puntuación Positiva
22	Relaciones interpersonales	Puntuación Positiva
23	Entorno	Puntuación Positiva
24	Entorno	Puntuación Positiva
25	Entorno	Puntuación Positiva
26	Psicológico	Puntuación Inversa

Fuente: elaboración propia.

De igual manera para la validación de la confiabilidad según la consistencia interna de la escala se calculó el coeficiente α de Cronbach donde se obtuvo una puntuación de 0.71 considerándose aceptable para el estudio.

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right] = 0,71 \text{ (ACEPTABLE)}$$

$$\frac{k}{k-1} = 1,083333333 \quad \sum S_i^2 = 8,265779093 \quad S_t^2 = 23,82527942$$

Tabla 4

Valoración de las habilidades psicosensométricas (SOC 13) según el género de los beneficiarios

Variable	Calificación	Media	Hombres	%	Mujer	%	Total	%
SOC Total	Alto	≥ 57	13	43.3	17	56.7	30	38.5
	Bajo	≤ 56	23	47.9	25	52.1	48	61.5
Comprensibilidad	Alto	≥ 20	8	22.2	19	45.2	27	34.6
	Bajo	≤ 19	28	77.8	23	54.8	51	65.4
Manejabilidad	Alto	≥ 16	21	58.3	14	33.3	35	44.9
	Bajo	≤ 15	15	41.7	28	66.7	43	55.1
Significatividad	Alto	≥ 18	13	36.1	23	54.8	36	46.2
	Bajo	≤ 17	23	63.9	19	45.2	42	53.8

Fuente: elaboración propia.

Según el cuestionario SOC 13 la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 91 considerando sus variables, mismas que son distribuidas en puntuación de la siguiente manera: Comprensibilidad C=35; Manejabilidad M=28; y, Significatividad ME=28. En la tabla 4 se registra la valoración de las habilidades psicosensométricas en la población de estudio, donde se puede observar que el 61.5 % de forma general tiene un bajo nivel de comprensión del entorno y de confianza, mientras que según el género este valor estuvo determinado en un 52.1% por las mujeres. Las variables con menor nivel fueron la comprensibilidad en los hombres con un 77.8 % y la manejabilidad en las mujeres con un 66.7 %. Estos valores demuestran las diferencias entre ambos géneros en cuanto a las habilidades psicosensométricas y el sentido de coherencia en la región rural de la parroquia Quimiag, lo cual incide significativamente en la capacidad para adoptar estilos de vida saludables que contribuyan a la prevención de enfermedades y complicaciones a la salud.

Tabla 5

Valoración por dominio de calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Dominios	Ítems	Mediana	Varianza
Salud Física	7	13.6	0.44
Psicológico	6	11.7	0.43
Relaciones interpersonales	3	14.1	0.43
Entorno	8	14.4	0.48

Fuente: elaboración propia.

Para la validación de los datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF se calculó a través del sistema IBM SPSS la mediana y la varianza en cada uno de los dominios que evalúa el instrumento, resultando en una varianza promedio de 0.45 evidenciando una baja dispersión de los datos obtenidos.

De igual manera para la validación de la confiabilidad según la consistencia interna de la escala se calculó el coeficiente α de Cronbach donde se obtuvo una puntuación de 0.72 considerándose aceptable para el estudio.

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right] = 0,72 \text{ (ACEPTABLE)}$$

$$\frac{k}{k-1} = 1,04000 \quad \sum S_i^2 = 11,77448792 \quad S_t^2 = 37,70496384$$

Tabla 6

Valoración de percentiles por dominio de calidad de vida (WHOQOL-BREF) según el género

Percentiles por Dimensión	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Salud Física						
< 25	7	19.4	19	45.2	26	33.3
25	14	38.9	11	26.2	25	32.1
50 - 75	10	27.8	6	14.3	16	20.5
> 75	5	13.9	6	14.3	11	14.1
Psicológico						
< 25	13	36.1	21	50	34	43.6
25	11	30.6	5	11.9	16	20.5
50 - 75	8	22.2	9	21.4	17	21.8
> 75	4	11.1	7	16.7	11	14.1
Relaciones Interpersonales						
< 25	9	25	8	19	17	21.8
25	16	44.4	12	28.6	28	35.9
50 - 75	9	25	20	47.6	29	37.2
> 75	2	5.6	2	4.8	4	5.1
Entorno						
< 25	6	16.7	4	9.5	10	12.8
25	18	50	9	21.4	27	34.6
50 - 75	9	25	22	52.4	31	40
> 75	3	8.3	7	16.7	10	12.8

Fuente: elaboración propia.

Si analizamos los datos obtenidos que se muestran en la tabla 7 se puede observar que los dominios con menor puntuación fueron la salud física con un 33.3% por debajo del 25 percentil, donde incidieron las mujeres con una prevalencia del 45,2 % del total de la población femenina del estudio; y, el dominio psicológico con un 46.3% por debajo del 25 percentil que de igual manera estuvo dominado por las mujeres con una prevalencia del 50% del total para este género. Los dominios con mejor puntuación fueron relaciones interpersonales con el 21.8% por debajo del 25 percentil, donde se identificó al 25 %

de los hombres afectados y el entorno con un 12.8% por debajo del 25 percentil con el 16.7 % de hombres afectados principalmente; en estos dos últimos dominios las mujeres resultaron con menor afectación según la encuesta aplicada.

Respecto a la validación de la confiabilidad del test Fantástico aplicado, según la consistencia interna de la escala, se calculó el coeficiente α de Cronbach donde se obtuvo una puntuación de 0.77 considerándose aceptable para el estudio.

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right] = 0,77 \text{ (ACEPTABLE)}$$

$$\frac{k}{k-1} = 1,041666667 \quad \sum S_i^2 = 10,8860467 \quad S_t^2 = 41,23011177$$

Tabla 7

Puntuación del test Fantástico según sus dimensiones

Dimensiones	Adecuado %	Intermedio %	Inadecuado %
Familia y amigos	15.4	55.1	29.5
Asociatividad. Actividad Física	23.1	50.0	26.9
Nutrición	28.2	34.6	37.2
Tabaco	47.4	37.2	15.4
Alcohol. Otras drogas	35.9	55.1	9.0
Sueño. Estrés	11.5	48.7	39.7
Trabajo. Tipo de personalidad	26.9	51.3	21.8
Introspección	32.1	64.1	3.8
Control de salud. Conducta sexual	15.4	46.2	38.5
Otras conductas	41.0	48.7	10.3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8

Puntuación del test Fantástico según el género

Puntuación	Hombre (%)	Mujer (%)	Total (%)
Adecuado	9 (25)	13 (31)	22 (28.2)
Intermedio	15 (41.7)	14 (33.3)	29 (37.2)
Inadecuado	12 (33.3)	15 (35.7)	27 (34.6)
Total	36 (46.2)	42 (53.8)	78 (100)

Fuente: elaboración propia.

Para la interpretación de los datos presentados en las tablas 8 y 9 se tomaron como referencias las siguientes valoraciones en cuanto a la calidad de vida:

0 – 46 Inadecuado

47 – 72 Intermedio

73 – 120 Adecuado

Según la valoración propuesta por el autor del instrumento se determinó la siguiente clasificación para el presente estudio: 0-46 En peligro. 47-72: A salvo, puede mejorar. 73-84: Adecuado, estás bien. 85-102: Bueno, vas muy bien. 103-120: Excelente, tu estilo de vida es fantástico.

Considerando lo antes expuesto se puede identificar que, según los resultados de la población de estudio, el 34.6% de las personas encuestadas llevan un estilo de vida inadecuado, mientras que sólo el 28.2 % tiene un estilo de vida adecuado y el resto se encuentra en un nivel intermedio. Se observó una variación mínima entre los géneros en cuanto al porcentaje de la población de estudio con estilos de vida inadecuados con el 33.3 % de la población masculina frente al 35.7 % de la población femenina que participó en la investigación realizada. En cuanto a las dimensiones con mayores incidencia en el estilo de vida inadecuado se identificaron: nutrición con el 37.2%, sueño/estrés con el 39.7% y control de la salud/conducta sexual con el 38.5%.

El propósito de la investigación realizada fue identificar los factores de riesgo para la salud que se encuentran presentes en la población rural de la parroquia Quimiag, al considerarse uno de los grupos de atención prioritaria de la población. De manera que, al conocer los riesgos presentes, se puedan definir estrategias de intervención comunitaria que permitan la contribución a elevar la calidad de vida en la región y promover estilos de vida beneficiosos en la población como un hábito. Lo más significativo en las zonas rurales de la provincia Chimborazo es el poco uso que le da la población a la medicina preventiva y la escasa accesibilidad a estos servicios, en parte por la poca promoción que se brinda en medios de difusión masiva y la deficiencia de promotores de la salud que intervengan en estas áreas.

El nivel socioeconómico en conjunto con otros factores como nivel de instrucción, la edad y el género, se han identificado entre los más influyentes en el nivel de vida de la población (Bustamante et al., 2017) (Arevalo et al., 2020). En el estudio realizado se pudo evidenciar una variabilidad notable en las dimensiones relacionadas con el sentido de coherencia y la calidad de vida respecto al género, con menor incidencia en los estilos de vida inadecuados.

Según los datos estadísticos del INEC en Ecuador existe una diferencia social entre personas de diferente género, siendo menor el nivel educativo, la percepción en cuanto a la salud y la satisfacción en las mujeres, específicamente respecto a sus necesidades. Estos datos nos orientan acerca del trabajo que se debe realizar en las áreas de salud considerando la diferencia de géneros y sus variables realidades personales, familiares y sociales.

A pesar del creciente IDH alcanzado por el Ecuador en los últimos años, en el ámbito de la salud y la educación faltan muchas brechas por cerrar, marcadas fundamentalmente por las diferencias de clases sociales y la procedencia de los diferentes grupos poblacionales (Ecuador - Índice de Desarrollo Humano - IDH 2021 | Datosmacro.com, s. f.). La educación de la población influye significativamente en su estado de salud, dado que es el conocimiento el que nos guía a la toma de decisiones positivas o negativas para nuestra salud individual. De igual manera en la medida que como individuos adoptamos estilos de vida que son considerados saludables, también transmitimos esa cultura del autocuidado en nuestro entorno familiar y social.

La labor de promoción de hábitos beneficiosos para la salud parte de la evaluación y diagnóstico de las determinantes en el ámbito de la salud de la población, de la aplicación de instrumentos que nos permitan identificar las dimensiones más afectadas para poder plantear estrategias de intervención eficaces y efectivas. Y es precisamente el estado de salud la base para elevar el nivel de vida de un

individuo y por consiguiente, de la población en general. En el presente estudio se aplicaron 3 instrumentos de evaluación a la población de estudio los cuestionarios SOC13, WHOQOL-BREF y Fantástico, para evaluar el nivel de habilidades psicosenométricas, la calidad de vida y el estilo de vida respectivamente.

No existen antecedentes de estudios de aplicación del cuestionario SOC 13 en la población ecuatoriana. Sin embargo en Perú en el año 2014 se desarrolló un estudio para evaluar las propiedades psicométricas a través de la escala SOC-13, cuyos beneficiarios fueron 448 universitarios peruanos con edades entre 18-29 años. El cuestionario aplicado mostró que las propiedades psicométricas eran adecuadas con respecto a los parámetros de confiabilidad, validez de criterio y estructura factorial en la muestra estudiada. Cabe señalar que en el estudio realizado hubo limitaciones debido a tratarse de una muestra homogénea en la muestra y a la poca representatividad de la población peruana en general (Saravia et al., 2014). Mientras que en 2020 en la región de Lambayeque, Perú, se aplicó este mismo instrumento a 30 adultos mayores, donde la dimensión comprensibilidad y manejabilidad alcanzaron proporciones mayores a 73.3% y significación 83.3% no coherente; concluyendo que, existe alta correlación de no coherencia de significación en las personas adultas mayores (Coronel Reyes & Zevallos Cotrina, 2022). Contrastando con los resultados alcanzados en nuestro estudio donde la comprensibilidad y manejabilidad fueron las variables con mayor incoherencia.

En el año 2022 se realizó en Ecuador un estudio que estuvo conformado por una muestra de 518 personas ecuatorianas a las que se les aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF, aplicando además una subescala para estrés, ansiedad y depresión cuyos resultados pueden ser incluidos dentro del dominio psicológico del cuestionario. Según los resultados de este estudio el 47,0% mostró alteración en los niveles de estrés, siendo este factor el más significativo en cuanto a las afectaciones producidas (Quinga et al., 2022). Al analizar este resultado con los de nuestro estudio se puede apreciar que ambos estudios coinciden en cuanto al dominio psicológico como uno de los afectados en los resultados obtenidos a pesar de las diferentes muestras de los estudios realizados.

En cuanto a la valoración del estilo de vida en la población ecuatoriana se analizó el estilo de vida de 35 adultos mayores del sector La Unión en la provincia de Cotopaxi, Ecuador. Para el estudio se aplicó el test fantástico y como resultado final se identificó que la población estudiada mantiene de forma general un estilo de vida dentro de los parámetros establecidos como adecuado, no obstante se pudo evidenciar la necesidad de promoción para la salud debido al consumo insuficiente de verduras y frutas, consumo frecuente de café entre los hábitos más perjudiciales identificados (Toapaxi et al., 2020). Estos datos se pueden contrastar con los resultados obtenidos en nuestra investigación donde coinciden los resultados de una nutrición inadecuada en los beneficiarios del estudio; en cuanto a elementos como el estrés, el sueño, control de la salud y conducta sexual no son elementos relevantes en el estudio realizado en la población de adultos mayores mencionado, pero sí fueron encontrados en el nuestro. En la actualidad la población ha adoptado estilos de vida cada vez menos saludables que han repercutido considerablemente en su estado de salud, el avance tecnológico y el desarrollo social versátil constituyen factores determinantes en este ámbito.

A través de los instrumentos aplicados en la población de estudio se pudo evidenciar que en la población de estudio hay un bajo nivel de comprensión del entorno y de confianza expresados en la falta de comprensibilidad y manejabilidad principalmente. De igual manera se identificó un bajo nivel de calidad de vida predominando las dimensiones de salud física y la dimensión psicológica. Respecto al estilo de vida las áreas de mayor dificultad fueron la nutrición, sueño y estrés, y el control de la salud y la conducta sexual. Las mujeres resultaron ser las más afectadas en las áreas de calidad de vida y estilo de vida siendo relativamente equitativa la proporción entre hombres y mujeres en las habilidades psicosenométricas.

Estos resultados orientan a la atención integral a la comunidad de Quimiag al evidenciar factores de riesgo modificables presentes, que son factibles de solucionar con la educación en salud pertinente. Cabe señalar que, la educación para la salud debe realizarse de acuerdo al nivel educativo de los beneficiarios y a sus necesidades, y siempre debe ser desarrollada por el personal de salud calificado. De esta manera se contribuye a mejorar el estado de salud de la población, a la prevención de enfermedades y las complicaciones de las ya existentes, así como a elevar el nivel de calidad de vida individual y colectiva.

CONCLUSIÓN

En la población de estudio correspondiente a trabajadores de la U.E Puruhá y sus familiares, se pudo identificar un bajo nivel de dominio de habilidades psicosensométricas, así como un nivel de vida inadecuado de forma general y estilos de vida inadecuados.

Las dimensiones definidas con mayor dificultad en los beneficiarios del estudio fueron: la comprensibilidad y la manejabilidad respecto a las habilidades psicosensométricas; la salud física y la dimensión psicológica respecto a los dominios de calidad de vida; y, la nutrición, sueño y estrés, y el control de la salud y la conducta sexual, relacionadas con los estilos de vida inadecuados.

Se determinaron las necesidades de educación para la salud según los resultados obtenidos en cuanto a nutrición adecuada, manejo de habilidades blandas, manejo del estrés, higiene del sueño, uso de los servicios de medicina preventiva y curativa.

REFERENCIAS

Arevalo, D. X., Game, C. I., Padilla, C. P., & Wong, N. I. (2020). Predictores de Satisfacción con la Calidad de Vida en Adultos Mayores de Ecuador. *Revista ESPACIOS*, 41(12). <https://goo.su/161vCOj>

Bustamante, M. A., Del Lapo, M. C., Torres, J. D., & Camino, S. M. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 28(5), 165-176. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>

Calpa Pastas, A. M., Santacruz Bolaños, G. A., Álvarez Bravo, M., Zambrano Guerrero, C. A., Hernández Narváez, E. de L., & Matabanchoy Tulcan, S. M. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: Estrategias y escenarios. *Hacia la Promoción la Salud. Hacia la Promocion de la Salud*, 24(2), 139-155. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>

Coronel Reyes, I. N., & Zevallos Cotrina, A. del R. (2022). Factores individuales, sociales y sentido de coherencia en la salud del adulto mayor en Lambayeque, 2020. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 9(1), 56-67. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.722>

Ecuador - Índice de Desarrollo Humano - IDH 2021 | Datosmacro.com. (s. f.). Recuperado 8 de marzo de 2024, de <https://datosmacro.expansion.com/idh/ecuador>

INEC - ENEMDU. (2018). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Indicadores Laborales, 2022*, 52. <https://goo.su/aZSgJc>

López Catalán, M., Quesada Molina, J. F., & López Catalán, Ó. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *Revista Economía y Política*, ISSN 1390-7921, ISSN-e 2477-9075, No. 29 (january/june), 2019, págs. 67-86, 29, 67-86. <https://doi.org/10.25097/rep.n29.2019.04>

Maslow, A. H. (s. f.). La pirámide de Maslow. Recuperado 1 de marzo de 2024, de <https://www.mheducation.es/blog/la-piramide-de-maslow>

Maslow, A. H. (2008). *La personalidad creadora (Novena)*. Editorial Kairós. <https://goo.su/PFc2>

Múltiples crisis frenan el desarrollo humano en todo el mundo | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2024, de <https://acortar.link/vMthKB>

OMS. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios*. <https://goo.su/Q119>

Quinga, C. A. N., Lema, K. A. R., Rubiano, M. C. R., & Pazmiño, J. C. S. (2022). Vista de Salud mental y calidad de vida en población ecuatoriana expuesta a la pandemia covid-19, año 2022 | *REVISTA U-Mores*. <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/ru/article/view/593/780>


Saravia, J. C., Iberico, C., Yearwood, K., & Jcs, J. (2014). Validación de la escala Sentido de Coherencia (SOC) 13-item en una muestra Peruana. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2), 35-44. <https://doi.org/10.22201/FESI.20070780.2014.6.2.48590>

Toapaxi, E., Yeisy Guarate, P., & Nadihezka Cusme, L. (2020). Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *Enfermería Investiga*, 5(4), 18-24. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.966.2020>

Troya, C., Ramírez, C., Quijano, C., & Andino, S. (2022). Vista de Percepción de la población sobre la provisión de los servicios de salud públicos y privados en la ciudad de Esmeraldas | *Práctica Familiar Rural*. <https://acortar.link/b0KTYe>

Un tercio de hogares ecuatorianos no tiene acceso a servicios básicos. (s. f.). Recuperado 12 de marzo de 2024, de <https://acortar.link/wVxwFx>

Veramendi Villavicencios, N. G., Portocarero Merino, E., & Espinoza Ramos, F. E. (2020). Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de COVID-19. UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD | Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos, 12(ISSN: 2218-3620), 246-251. <https://goo.su/KvWhYej>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .