

Calidad de vida en estudiantes de psicología*

Susana Albanesi de Nasetta**
Valentina Garelli***

Universidad Nacional de San Luis, Argentina

El objetivo de este trabajo consistió en investigar la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología. Se utilizó una muestra de 62 sujetos de entre 21 y 52 años de edad: 49 mujeres y 13 hombres. Para evaluar la calidad de vida se administró el Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (pecvec).

Los resultados obtenidos en la presente muestra permiten observar que los varones mostraron mayor capacidad de rendimiento corporal e intelectual y que las mujeres presentaron mayor capacidad para mantener relaciones duraderas.

Palabras clave: *Estudiantes de psicología-calidad de vida.*

This research has explored the quality of life in psychological students. Sixty two students: forty nine female and thirteen male were interviewed, ages 21-52. The following technique was applied: quality of life profile in chronically patients (pecvec).

The results in the present sample indicate that male show greatest capacity of physical and intellectual submission and female present greatest capacity to support durable relationship.

Key words: *Psychological students-quality of life.*

En este trabajo nos propusimos investigar la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología.

El interés se enfocó en las diferentes actividades que realizan los estudiantes, quienes con frecuencia no toman en cuenta su estado de salud, es decir, no comen adecuadamente, no valoran las horas de sueño y no concurren a centros médico para evaluar su estado de salud y prevenir futuras enfermedades.

La calidad de vida (CDV) es un concepto que va más allá de la mera condición física, e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no sólo con enfermedades y su tratamiento, sino con el desarrollo satisfactorio de las capacidades personales en todos los órdenes vitales.

Estado de salud, estado funcional y calidad de vida son tres conceptos que a menudo se utilizan en forma intercambiable para referirse a la salud, la cual abarca diversas dimensiones, que van desde los aspectos valorados más negati-

* El presente trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto 428501 de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

** Doctora en Psicología, profesora adjunta. Correo-e: nasetta@unsl.edu.ar

*** Becaria de la cátedra de psicopatología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Correo-e: valengarelli@hotmail.com

vamente, como la muerte, hasta los más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de CDV relacionado con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar con ésta (Badia Llach y Lizán Tudela, 2007).

La CDV es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y en el sistema de valores en el que viven respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (Arias Amaral, Vargas Flores, Hernández Mejía, Ramos Ponce y Velasco Rodríguez, 2008).

Desde una concepción integradora, la calidad de vida puede ser concebida como el resultado de las relaciones que los individuos y las comunidades establecen con los elementos bióticos y abióticos del medio (Perafán y Martínez, 2002).

Un punto de partida para la definición y construcción de este concepto es la perspectiva multidimensional, es decir aquella que abarca lo biológico, lo cultural y lo ambiental, y las interrelaciones que surgen entre ellos y que caracterizan a cada uno de los grupos humanos (Maya, 2001). Una revisión de la bibliografía arroja numerosas investigaciones relacionadas con el tema. En España, Martínez Roldán, Veiga Herreros, López de Andrés, Cobo Sanz y Carbajal Azcona (2005) realizaron una investigación sobre el estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. Los autores detectaron que en algunos aspectos la dieta de los estudiantes se alejaba mucho de las pautas dietéticas actuales, y concluyeron que sería importante un incremento de la actividad física que favoreciera un mayor consumo de alimentos para cubrir la ingesta insuficiente

de algunos nutrientes sin desequilibrar la dieta. La determinación del gasto energético en reposo por calorimetría indirecta parece predecir mejor las necesidades energéticas.

Asimismo, Sierra, Jiménez Navarro y Martín Ortiz (2002) investigaron la calidad subjetiva del sueño en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) por medio del Índice de calidad del sueño de Pittsburg, y evaluaron los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre dicho indicador. Los resultados arrojaron que 30% de la muestra presentaba mala calidad y pobre eficacia del sueño, así como una excesiva latencia, aunque los autores no encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ningún componente, con excepción del consumo de hipnóticos, donde las mujeres registraron una peor calidad de sueño y una mayor latencia, al igual que más perturbaciones y disfunción nocturna. Esto pone de manifiesto la necesidad de controlar el consumo de estas sustancias para mantener una correcta calidad de sueño.

En México, Cortés Vázquez y Ramírez Guerrero (2008) realizaron una investigación tomando las definiciones clásicas de salud, enfermedad y CDV como contexto de las consideraciones sobre la calidad de vida en la salud. Los autores proponen trabajar en el área de la salud desde la perspectiva de la salud misma con objeto de desarrollar un trabajo más específico sobre las variables que determinan por qué los individuos que están sanos lo están, y plantean además características concretas de lo que puede ser la calidad de vida en la salud.

Método

Participantes

Para los fines de este trabajo, de tipo exploratorio, transversal y no experimental,

se realizó un muestreo no probabilístico con 62 estudiantes de 4º año de la licenciatura en psicología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, cuyas edades oscilan entre 21 y 52 años, y entre los cuales se cuentan 49 mujeres y 13 varones.

Instrumento

Para evaluar la calidad de vida se administró la versión española del cuestionario alemán *Profil der lebensqualität chronischkrankter (PLC)*, traducido como *Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC)* (Siegrist, Broer y Junge, 1996; Fernández López, Hernández Mejía y Rancaño García, 1999, y Fernández López, Siegrist, Hernández Mejía, Broer y Cueto-Espinar, 1997), que también puede aplicarse a sujetos sanos.

El cuestionario consta de 40 ítems tipo Likert, con un rango de 0-4, y abarca seis dimensiones relevantes del bienestar y las capacidades de actuación de las personas: capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo, estado de ánimo negativo, función social y bienestar social. En las personas aparentemente sanas se utiliza un listado de síntomas generales. Otras cuatro preguntas investigan los factores moderadores mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes, problemas agudos y deterioro de la capacidad sexual.

Procedimiento

El cuestionario PECVEC fue aplicado en forma colectiva a los alumnos bajo estudio luego de un trabajo práctico desarrollado en la materia psicopatología II (línea cognitiva) en la Facultad de Ciencias Humanas en 2007.

Se obtuvo la colaboración espontánea de los alumnos, y se procedió a ex-

traer la M y la DE del grupo total en las diferentes escalas del PECVEC.

A la vez, se aplicó la prueba *t* de Student con el propósito de comprobar si había diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario que fueran atribuibles al género de los participantes en la muestra.

Para examinar la relación existente entre las escalas del PECVEC se calculó el coeficiente de correlación *r* de Pearson, al tiempo que se aplicó el análisis de varianza (ANOVA) para evaluar la asociación de las puntuaciones de las diferentes variables que se obtuvieron en los subgrupos como resultado de la partición de las variables nominales. Las variables a considerar fueron las siguientes: género, estado civil (solteros-casados o en pareja), trabajo (es decir, si los estudiantes trabajaban o no), eventos influyentes, apoyo social, problemas agudos y alteraciones sexuales sufridas por los integrantes de la muestra.

También se procedió a aplicar el análisis factorial, componentes principales, rotación varimax, para examinar el peso de los factores en las diferentes subescalas del PECVEC.

Resultados

En primer término, se presentan las puntuaciones obtenidas en el PECVEC en el grupo total, cuyas escalas evalúan: escala 1, capacidad física; escala 2, función psicológica; escala 3, estado de ánimo positivo; escala 4, estado de ánimo negativo; escala 5, función social, y escala 6, bienestar social.

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos con la prueba *t* de Student, calculada para investigar si existen diferencias entre las medias obtenidas en los subgrupos de mujeres y varones en las diferentes escalas del PECVEC.

Tabla 1. M y DE de las puntuaciones obtenidas en las escalas del PECVEC. n = 62.

	N	Mínimo	Máximo	M	DE
Edad	62	21.00	52.00	24.77	5.68
Escala 1	62	1.00	3.62	2.29	0.67
Escala 2	62	1.00	3.75	2.48	0.66
Escala 3	62	0.40	5.00	2.06	0.77
Escala 4	62	0.30	3.87	2.44	0.89
Escala 5	62	0.83	5.00	2.87	0.84
Escala 6	62	0.08	4.00	2.75	0.88

Tabla 2. Valores *t* de Student en las escalas del PECVEC considerando el género de los integrantes de la muestra. Mujeres n = 49, y varones n = 13.

Género	N	M	DE	t	p
Escala 1	49	2.19	0.65	-2.41	0.02
Mujeres	13	2.66	0.59		
Escala 2	49	2.41	0.68	-1.62	0.17
Mujeres	13	2.70	0.51		
Escala 3	49	2.03	0.85	-0.56	0.75
Mujeres	13	2.11	0.24		
Escala 4	49	2.28	0.91	-3.42	0.002
Mujeres	13	2.96	0.51		
Escala 5	49	2.78	0.84	-1.37	0.18
Mujeres	13	3.15	0.83		
Escala 6	49	2.68	0.91	-0.98	0.39
Mujeres	13	2.93	0.74		

Se detectaron diferencias de significación estadística $p = .02$ en la escala 1 (capacidad física), donde el subgrupo de varones presentó las puntuaciones más elevadas. De igual manera, en la escala 4 (estado de ánimo negativo) se obtuvieron diferencias altamente significativas $p = .002$, donde nuevamente los varones registraron los mayores puntajes.

En la tabla 3 se pueden observar las correlaciones entre las diferentes escalas del PECVEC en el grupo total, donde se

aplicó el coeficiente de correlación *r* de Pearson.

Si bien se obtuvieron correlaciones significativas entre las escalas del PECVEC, las que las presentan en mayor grado son las siguientes (marcadas con asteriscos en el cuadro):

- Escala 1 (capacidad física) y escala 2 (función psicológica).
- Escala 1 (capacidad física) y escala 3 (estado de ánimo positivo).

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del PECVEC. n = 62.

	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
Escala 1		.758***	.571***	.476	.466	.456
Escala 2			.668***	.577***	.661***	.492
Escala 3				.475	.294	.387
Escala 4					.322	.594***
Escala 5						.441

- Escala 2 (función psicológica) y escala 3 (estado de ánimo positivo).
- Escala 2 (función psicológica) y escala 4 (estado de ánimo negativo).
- Escala 2 (función psicológica) y escala 5 (función social).
- Escala 4 (estado de ánimo negativo) y escala 6 (bienestar social).

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis de la varianza en el grupo total.

Se pudieron detectar diferencias de significación estadística en relación con la variable *género* y la escala 1 (capacidad física), vinculada con el rendimiento físico,

donde los varones presentaron las puntuaciones más elevadas. De igual manera, se encontraron diferencias significativas en la escala 4 (estado de ánimo negativo) en favor del mismo grupo.

En cuanto a la variable *apoyo social*, se observó asociación significativa con la escala 3 (estado de ánimo positivo), donde los varones mostraron las puntuaciones más altas.

En relación con la variable *problemas agudos*, se encontró asociación con la escala 2 (función psicológica) y la escala 4 (estado de ánimo negativo), donde los varones nuevamente arrojaron las mayores puntuaciones.

Tabla 4. Nivel de significación de los coeficientes *F* calculados mediante la aplicación de la anova. Grupo total n = 62.

Variables	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
Género	.02	.17	.75	.01	.17	.39
Estado civil	.45	.61	.44	.70	.36	.49
Trabajo	.63	.69	.63	.94	.72	.87
Eventos influyentes	.32	.98	.46	.73	.89	.74
Apoyo social	.76	.97	.000	.83	.10	.28
Problemas agudos	.11	.01	.16	.04	.66	.28
Alteraciones sexuales	.02	.004	.01	.009	.28	.04

La variable *alteraciones sexuales* mostró diferencias significativas con las escalas 1 (capacidad física), 2 (función psicológica), 3 (estado de ánimo positivo) y 4 (estado de ánimo negativo), en las cuales los varones arrojaron los puntajes más elevados.

En la tabla 5 se presentan los valores obtenidos de la aplicación del análisis factorial exploratorio.

Tabla 5. Análisis factorial en el grupo total.
n = 62.

	Componentes (1)
Escala 1	.819
Escala 2	.911
Escala 3	.740
Escala 4	.742
Escala 5	.682
Escala 6	.717

Conforme a los resultados obtenidos, se observa en la tabla 5 que los ítems componen un solo factor, si bien los que presentan mayor peso factorial en la presente muestra son la escala 2 (función psicológica) y la escala 1 (capacidad física).

Discusión y conclusiones

Los resultados del estudio se compararon con una muestra de residentes médicos argentinos realizada por Albanesi de Nasetta y Nasetta (2005), ya que se consideró que ambos grupos son sujetos en formación profesional.

En la muestra con la que se trabajó (estudiantes de 4º año de la carrera de psicología), las puntuaciones obtenidas en todas las escalas fueron superiores a las presentadas por la muestra de residentes médicos.

Cabe destacar que en nuestra investigación las puntuaciones más ele-

vadas se registraron en la escala 5 (función social), que se relacionaría con la capacidad para establecer y mantener relaciones con otras personas, cuyos aspectos más importantes serían la habilidad para insertarse y abrirse a los demás. Por tanto, este grupo no presentaría dificultades en su capacidad de relacionarse. De igual manera, otras puntuaciones elevadas se obtuvieron en la escala 6 (bienestar social), que expresa el sentimiento de pertenencia a un grupo.

En cuanto a las puntuaciones medias considerando el género de los integrantes de la muestra, se detectaron diferencias de significación estadística en la escala 1 (capacidad física), donde los varones presentaron las puntuaciones más elevadas, mostrando más capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en las tareas, lo que implicaría una capacidad de concentración mayor. Esto se pudo constatar con el estudio realizado por Albanesi de Nasetta y Nasetta (2005) en la muestra de residentes médicos citada, donde éstos reportaron puntuaciones más altas que sus contrapartes femeninas en todas las escalas. El hecho de que el subgrupo femenino presentara puntuaciones menores en todas las escalas del PECVEC se relaciona probablemente con su mayor vulnerabilidad para enfrentar las exigencias académicas, ya que en muchos casos son estudiantes casadas y con hijos, lo que hace sus tareas más diversificadas.

Por otra parte, las correlaciones obtenidas entre las diferentes escalas del PECVEC fueron altamente significativas entre sí, y pusieron de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio, es decir capacidad física (escala 1), que es el potencial de rendimiento tanto corporal como intelectual, vinculada intrínsecamente con la función psicológica (escala 2), o capacidad de disfrute y rela-

jación, donde cobra importancia la calidad del sueño, apetito y goce de la persona.

La escala 3 (estado de ánimo positivo) se traduciría en manifestación de buen humor, equilibrio emocional y optimismo, y la escala 4 (estado de ánimo negativo), en contraste con la anterior, mostraría aspectos como tristeza, nerviosismo, inestabilidad, sentimientos de amenaza o desesperación.

La escala 5 (función social) implicaría capacidad para relacionarse, así como establecer y mantener comunicación fluida con otros seres humanos, y guarda íntima relación con la escala 6 (bienestar social), que muestra la pertenencia a un grupo como aspecto socioemocional en forma de proximidad con personas y ausencia de sentimientos de soledad y exclusión.

Lo antes expuesto pone de manifiesto la importancia de la interrelación, ya que un elemento esencial para la calidad de vida no es sólo la normalidad fisiológica en sí y el correspondiente estado de salud, sino la posibilidad facilitada por ésta para participar activamente en un mundo contemporáneo de significados (Dubos, 1969).

La calidad de vida se relaciona de manera estrecha con el apoyo social que cada persona posee. Moos (1973) considera de gran importancia "el sentimiento subjetivo de ser aceptado, amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno puede hacer".

En cuanto a la vinculación de las diferentes variables en estudio con base en el análisis de la varianza, se detectó que el grupo de varones presentó las puntuaciones más elevadas en las escalas 1 y 4 respecto del grupo de mujeres; es decir, mostraron mayor capacidad en cuanto a concentración y realización de trabajos intensos. De igual manera, en relación con el estado de ánimo positivo (escala

3), también arrojaron las puntuaciones más altas, por lo que habrían manifestado buen humor, equilibrio emocional y optimismo.

Las diferencias entre ambos géneros han sido explicadas por diversos autores como la presencia de mayor sensibilidad corporal en las mujeres que en los varones, es decir, a éstas se les dificulta separar lo físico de lo psíquico, por lo que la hiperestesia de las sensaciones orgánicas en la mujer trae consigo una mayor comunicación con su cuerpo (Fernández López *et al.*, 1999).

Asimismo, la variable *apoyo social* mostró una asociación significativa con la escala 3 (estado de ánimo positivo), donde los varones mostraron los mayores índices. Esto significaría una relación positiva entre los sujetos que tienen una red de apoyo seguro y el estado de ánimo positivo.

La función social (escala 5), por su parte, mostró una asociación significativa con la variable *apoyo social* en el caso de las mujeres, que arrojaron las puntuaciones más elevadas; es decir, este grupo mostraría mayor capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales positivas.

En cuanto a los problemas agudos que se presentan cotidianamente, éstos afectarían en mayor medida al subgrupo de varones, lo que incide en la función psicológica (escala 2), o sea, la capacidad de disfrute y relajación.

Se detectaron además alteraciones sexuales en el subgrupo de varones, las cuales inciden en la capacidad física (escala 1), función psicológica (escala 2), estado de ánimo positivo (escala 3), estado de ánimo negativo (escala 4) y bienestar social (escala 6).

En la aplicación del análisis factorial exploratorio se pudieron detectar como factores de mayor peso la capacidad física, o sea, el potencial de rendimiento, y la función psicológica, que se relacionaría

con la capacidad de disfrute y relajación, los cuales guardan íntima relación.

En general, la evaluación de la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología ha permitido observar que este grupo presenta mejor calidad de vida en comparación con los residentes médicos argentinos. Es probable que los estudiantes estén menos presionados respecto de su rendimiento académico, pues los residentes médicos enfrentan dificultades en cuanto a su inserción en el mercado laboral y el logro de una buena formación profesional. En el presente grupo los varones mostraron mayor capacidad de rendimiento corporal e intelectual y las mujeres, mayor capacidad para relacionarse y mantener relaciones duraderas.

Ya que esta investigación se ha realizado exclusivamente con estudiantes de 4º año de la carrera de psicología, sería deseable realizar estudios donde se incorporen estudiantes de otras carreras para poder establecer comparaciones ♦

Referencias

- Albanesi de Nasetta, S. y Nasetta, P. (2005). "Residentes médicos y calidad de vida." *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XVI, p. 245-250.
- Arias Amaral, J., Vargas Flores, A. R., Hernández Mejía, R., Ramos Ponce, M. G. y Velasco Rodríguez, J. F. (2008). "Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel." *Medicina Interna de México*, vol. 24, núm. 1, p. 15-21.
- Badía Llach, X. y Lizán Tudela, L. (2007). "Estudios de calidad de vida." *Cuadernos de atención primaria*. Barcelona: Masson, p. 250-256.
- Cortés Vázquez, E. B. y Ramírez Guerrero, M. (2008). "Calidad de vida en salud desde la salud." *Revista Alternativas en Psicología*, año XIII, núm. 17, p. 30-40.
- Dubos, R. (1969). *Medicine and environment*. Nueva York: Mentor.
- Fernández López, J. A., Hernández Mejía, R. y Rancaño García, I. (1999). "Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos." *Psicothema*, vol. 11, p. 293-303.
- Fernández López, J. A., Siegrist, J. Hernández Mejía, R., Broer, M. y Cueto-Espinar, A. (1997). "Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC)." *Journal of Clinic Epidemiology*, 47, p. 1373-1380.
- Hernández Mejía, R., Fernández López, J. A., Rancaño García, I. y Cueto Espinar, A. (2000). "Calidad de vida y enfermedades neurológicas." Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. España: Facultad de Medicina de Oviedo.
- Martínez Roldán, C., Veiga Herreros, P., López de Andrés, A., Cobo Sanz, J. M. y Carbajal Azcona, A. (2005). "Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal." *Nutrición Hospitalaria*, vol. 20, núm. 3, p. 197-203.
- Maya, A. (2001). *El retorno de Ícaro. Vida y muerte de la filosofía*. Cali: Universidad Autónoma de Occidente.
- Moos, G. E. (1973). *Illness, immunity and social interaction*. Nueva York: Wiley.
- Perafán, L. y Martínez, W. (2002). "Calidad de vida. Una propuesta sistémica para su entendimiento." [www.naya.org.ar. Congreso].
- Siegrist, J., Broer, M. y Junge, A. (1996). "Profile der lebensqualität chronischkranker (PLC)." *Gottingen; Hogrefe-Verlag. GmbH & Co. KG*.
- Sierra, J., Jiménez Navarro, C. y Martín Ortiz, J. D. (2002). "Calidad del sueño en estudiantes universitarios." *Salud Mental*, vol. 25, p. 35-41.