

Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados¹

ARIEL CESAR NUÑEZ ROJAS, SERGIO TOBÓN Y DIANA ARIAS HENAO²
CARLOS ALEJANDRO HIDALGO RASMUSSEN Y FELIPE SANTOYO TÉLLEZ³
ALFREDO HIDALGO SAN MARTIN Y BETTYLU RASMUSSEN CRUZ⁴
BVS ADOLEC (MÉXICO)

Resumen

El presente artículo pertenece al campo de Psicología y salud humana y se deriva del proyecto de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos asociados en poblaciones no clínicas de 1 municipio de los departamentos de Caldas y Risaralda (Colombia)”. El interés central es realizar un análisis del concepto de calidad relacionada con la salud (CVRS), retomando elementos de carácter contextual e individual, los cuales están presentes en los niveles micro y macrosociales en los cuales se desempeñan las personas. Su importancia radica en observar la calidad de vida relacionada con diversos elementos de orden psicológicos y con diversos factores económicos y sociales, los cuales se pueden ver como factores de mayor predicción si se observan integradamente.

Palabras claves: Calidad de vida, salud, factores psicológicos.

Summary

This article pertains to the field of psychology and human health and results of the research project entitled “Quality of life related to health and psychological factors associated with non-clinical populations of 1 municipality of Caldas and Risaralda (Colombia)”. The central concern is to analyze the concept of health-related quality (HRQL), echoing elements of contextual and individual character, which are present in the micro and macro levels in which people play. Its importance lies in monitoring the quality of life associated with various elements of psychological order and with different economic and social factors, which can be viewed as predictive factors if you look more holistically.

Keywords: Quality of life, health, psychological factors.

1 Texto recibido en Diciembre de 2009 y aprobado en Enero del 2010

2 Docentes investigadores de la Universidad de Manizales, Colombia

3 Docentes investigadores de la Universidad de Guadalajara, México

4 Docentes investigadores de la BVS ADOLEC (México)

Introducción

Tal como lo sugiere Tonón (2006), pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socioafectivas.

El tal sentido, no se supone un criterio individual y particular puramente, sino que se hace evidente cómo la calidad de vida refiere la relación entre una realidad particular y unos propósitos compartidos colectivamente desde una experiencia vital en la acción social cotidiana. Es así, cómo Casas (1996), da mucho más valor a los tipos de experiencia de las personas respecto de sus formas y condiciones de vida por ellas percibidas, que a la materiales y objetivas determinadas desde fuera por expertos, y que usualmente se establecen como indicadores.

Al respecto Tonón (2008), especifica que la actualidad la calidad de vida se define más ampliamente incluyendo las descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva). Casas (1996) refiere la calidad de vida como las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente al entorno y su dinámica coexistente.

En tal sentido a nivel internacional, ésta es la razón por la cual el bienestar humano o bienestar social según Estes (1999), nunca ha sido satisfactorio, por cuanto si bien algunos indicadores de orden material son relativamente satisfechos, aquellos de orden cultural, social y psicológico pasan apenas como nominaciones puramente políticas no realizadas en la acción real. Precisamente frente a esta óptica es que Sen (2000) cuestiona la forma como se mide la calidad de vida, por cuanto, además de la satisfacción material y física relacionada con la sobrevivencia, se trata de pensar en las oportunidades sociales en educación y salud, y en las libertades políticas referida al respeto de los derechos humanos, y a la opción real de decidir los gobernantes.

De hecho la inadecuada resolución de las oportunidades sociales tiene una amplia relación con la pobreza y de ésta con la salud que propiamente podríamos tener a nivel físico y mental. Ya Berlinger (1997) ha planteado como la reducción selectiva de la atención médica, el acceso restringido a la tecnología, las condiciones de trabajo, nutrición y vivienda, son parte de las expectativas negativas de vida, y por tanto de la brecha existente entre la salud integral y la realización ciudadana.

Al respecto afirma que “ninguna sociedad puede ser floreciente y feliz, cuando la mayoría de sus miembros son pobres y miserables” (pg. 2). Esto tiene consonancia con lo planteado por Aguilera (2004) respecto a las barreras en la accesibilidad a los sistemas de salud, lo que compromete sin lugar a dudas una mejor calidad de vida. Ellas son: la accesibilidad geográfica, económica, cultural y administrativa.

Naturalmente, la salud bajo los criterios anteriores es un proceso fundamental para comprender el significado de la calidad de vida. De hecho en los objetivos del milenio (ODM 2006) la salud se relaciona tan directamente con la pobreza, el hambre y la sostenibilidad ambiental, que ello explica por qué los ODM correspondientes a salud y medio ambiente representan prácticamente la mitad del total de objetivos que propone el sistema de Naciones Unidas, con el objetivo de afrontar de forma más exitosa, quizá el reto más grande, pensando la calidad de vida poblacional y su relación con la salud.

Tanto es así, que también Torres y Mujica (2004), establecen que el problema de la equidad es básicamente el asunto a resolver, por cuanto desde el acceso, la calidad y la disponibilidad de servicios, están frecuentemente asociados a líneas de pobreza significativas, donde tanto las condiciones objetivas como subjetivas de la calidad de vida están ampliamente comprometidas.

Ahora bien, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de acuerdo con Schwartzmann (2003) reconoce esencialmente que la implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Así, la misma autora propone algunos criterios fundamentales relacionados con su medición y contraste, así: 1. *Subjetivos*: relacionados con la percepción de la persona involucrada, 2. *Multidimensionales*: relevancia de diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc., 3. *Incluir sentimientos positivos y negativos*, 4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: observados en la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa. Todos ellos marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Respecto a calidad de vida y salud, la mayor parte de estudios tal como se ve más adelante, se dirigen a tipos poblacionales que poseen un diagnóstico clínico específico. Sin embargo, de acuerdo con lo planteado atrás, se reconoce que la CVRS transita tanto por las esferas simbólicas y materiales en las cuales gira la vida humana.

Del concepto de salud al de calidad de vida

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido, la salud mental se define como el estado de bienestar emocional, afectivo y cognitivo que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades (Nuñez y Tobón, 2000;

Nuñez y Tobón, 2005). Ello permite afirmar que no es adecuado referir a la salud mental con una base de nominación psicopatológica o trastornada.

La salud integrando el aspecto físico y mental, implica, además del bienestar social, otros componentes vitales ligados a las condiciones culturales y sociales y de modo importante a la disponibilidad de servicios y recursos relacionados con las oportunidades y los derechos. De acuerdo con Zickmund (1993), el campo de la salud se descompone en cuatro componentes amplios e incluyentes, que pueden interpretarse de la siguiente manera:

Biología humana: este componente incluye todos los hechos relacionados con la salud tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de su constitución orgánica. Incluye además la herencia genética de la persona, procesos de maduración, envejecimiento y los diferentes aparatos internos del organismo, pues dada la complejidad de este su biología puede repercutir sobre la salud de múltiples maneras en forma variada y grave, además de que puede fallar de muchas formas.

Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, arteriosclerosis, cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas son problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana, produciendo dolorosas vivencias y un alto costo de tratamiento. Por supuesto que no se niega la relación que existe de los elementos biológicos con los culturales y sociales, en cuanto estos no se desligan en el caso específico de la salud mental con la aparición de compromisos con esta, tal como sucede con los trastornos de los estados anímicos y la aparición de los problemas orgánicos como consecuencia de estados estresantes crónicos o agudos como bien lo plantean Tobón, Nuñez y Zuluaga (2005) en cuanto a la relación directa de los efectos físicos con relación a los ajustes en la estructura mental de las personas.

Medio Ambiente: incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona puede tener un relativo control cuando se refiere a su conducta, pero no tenerlo cuando se refiere a condiciones socioambientales ineludibles, tal como ocurre con la contaminación o la disponibilidad de recursos básicos como agua potable y aire puro, aspectos que pueden poner en riesgo la salud. Estos factores determinan en gran parte los criterios de ajuste que las personas desarrollan para adaptarse al medio y están directamente relacionados con los estilos de vida y comportamientos de autocuidado.

Estilo de vida: estos representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto control, que determinan en gran parte de las acciones frente a la salud o la enfermedad. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan a riesgos que ubican la salud en entredicho, de hecho se plantea que una gran parte

de los problemas de la salud de las personas se relaciona con los estilos de comportamiento (Nuñez, 2004).

Organización de la Atención de la salud: consiste en la cantidad, calidad, orden, índole, relaciones entre las personas, recursos y en la prestación de la atención de la salud. Incluye además la práctica de la medicina, enfermería, hospitales, hogares de ancianos, medicamentos, servicios públicos comunitarios de atención en salud, las ambulancias, tratamientos dentales, servicios de optometría, programas de salud en adolescentes y jóvenes. Este componente se define generalmente como sistema de atención en salud, y ubica los aspectos estructurales y de infraestructura básica para que la salud de las personas tenga criterios claros de sostenibilidad y sustentabilidad.

De acuerdo con la OPS (2000), ello obedece a las condiciones macroestructurales que sostienen los sistemas de salud con un soporte en las políticas de salud. En este sentido, además, la OPS agrega la necesidad de un macro ambiente que los apoye, creado por las políticas y la legislación, los valores de la sociedad, los modelos de los roles positivos y las normas de conducta, con apoyo de los medios de comunicación, lo que implica una dimensión compleja y multidimensional en el comprender los procesos de salud de los seres humanos en contexto y de este frente a diferentes tipos de seres humanos. Por ello la salud mental no puede entenderse como un ente lineal, es un proceso multirepresentacional y con diversas expresiones subjetivas y objetivas, que van desde el sujeto a la comunidad y de esta a los entes políticos y socioculturales que le dan sentido (Nuñez, Castaño y Aristizabal, 2005).

Bajo las nociones ya expresadas, la salud establece una lógica dialéctica entre los niveles micro y macrosociales. Estos se relacionan con dos niveles en el vínculo salud y desarrollo (Rodríguez, Russell, Madaleno y Kastrinakis (1999:7-25): El primero tiene que ver con el nivel macro o nacional, donde la salud es central y rodeada de cuatro esferas que incluyen lo económico, lo social, lo político y el desarrollo humano. El segundo se basa en el nivel micro o individual, donde el posicionamiento del desarrollo humano está en el centro de los ámbitos de generación de ingresos, educación y desarrollo de habilidades, participación socio-política, la salud y bienestar para las personas.

Según Nuñez y Tobón (2005b) se apunta a hablar de un vínculo salud-desarrollo, cuando se combinan factores relacionados con salud y bienestar de las personas y los contextos en los cuales estas se desempeñan cotidianamente. Por ello el objetivo fundamental de la política y las estrategias programáticas del sector salud es elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedad, acciones que se dirigen a crear una nueva cultura de la salud y a favorecer un proceso participativo que conduzca a mejorar la eficiencia del sector, lo cual sin lugar a dudas explicita una relación directa con la salud mental, en cuanto a que es desde ella de la cual se derivan una alta cantidad de indicadores de la salud física de las personas.

Por ejemplo en cuanto a la promoción de la salud, esta se constituye en el elemento fundamental para trasladar a la salud el énfasis dado hoy a la enfermedad, y para convertir la política sanitaria en una política pública para todos los sectores y transformar la utilidad de los servicios en una política de compromisos sociales e institucionales, lo cual se enmarca con una lógica coherente con la evaluación de tendencias en salud mental como una forma de impactar los sectores, las personas, las comunidades, las instituciones y las organizaciones.

En este proceso se tiene en cuenta tal como lo ven Nuñez y Zambrano (2002), que cualquier proceso que tenga que ver, ya sea con la salud física como mental esta acompañado de una serie de dispositivos de apropiación cultural de significados de la salud y la enfermedad, y que en tal sentido los criterios preventivos y promotores dependen de la forma en que sean apropiados estos dispositivos socialmente, lo que implica que el campo de la salud reflejados en los estilos de vida de las personas y en sus procesos de deterioro de la salud, tanto como la promoción de esta, e igualmente la prevención de la enfermedad son condiciones que obedecen a mecanismos de apropiación sociocultural.

Esto articulado a la salud pública, implica ver que es preciso integrar acciones dirigidas al medio biológico, físico y social, como forma de evitar escindir el abordaje de la salud humana, lo que significa que no es posible plantear claramente estrategias para abordar la salud mental si se considera lo anteriores elementos aislados, tal como lo sugiere Calderón (2001:148b).

Es por ello que este mismo autor en cuanto a la aplicación de la salud pública a la salud mental, establece que se trata de promover en bienestar mediante un esfuerzo organizado, ya sea a nivel individual o colectivo, que asegure condiciones adecuadas para proteger fomentar, reparar o rehabilitar la salud a través de una organización institucional o comunitaria. Por tanto se trata de un concepto integrado de salud mental que radica en las condiciones biológicas, sociales, culturales y de comportamiento y estilos de vida.

Según Health and Welfare (1988) la salud implica la capacidad del individuo para interactuar el grupo y el ambiente de tal manera que se promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad.

Tal como la plantean Zigmund (1993) la salud implica para los seres humanos la capacidad de mantener en armonía y equilibrio las manifestaciones vitales, tanto en el propio organismo, como en lo social y en lo ambiental. Ello involucra necesariamente el contexto de la comunidad y sus representaciones sobre la salud. Al respecto Tobón y Nuñez (2000) plantean que la salud de un individuo y de la comunidad dependen de la intervención de múltiples factores biológicos hereditarios, relaciones sociales,

creencias y representaciones simbólicas frente a la salud y la enfermedad, y expectativas sociales, vivienda, alimentación, seguridad, disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, entre otros.

Los criterios desde los cuales se especifica la salud mental con relación al concepto de salud están ampliamente articulados en los siguientes puntos: Bienestar y calidad de vida, oportunidades sociales, acceso a servicios de salud amigables, programas de cobertura masiva y de calidad en cuanto a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (OPS, 2000; Nuñez y Tobón, 2005b). A ello se articula el salto que existe de la concepción individual a la colectiva, donde ninguna es excluyente de la otra. La salud de una comunidad depende de las condiciones de satisfacción de sus necesidades básicas, lo que conlleva a la implicación de las condiciones propias de los sujetos en sus condiciones subjetivas particulares, lo que implica pensar en sus creencias, sistemas de valores, estilos de vida y formas de comprender las variables culturales y sociales presentes en los procesos de salud – enfermedad (Nuñez y Zambrano, 2002).

Lo anterior se relaciona directamente con lo planteado por Tobón y Nuñez (2005) desde el Modelo Procesual de la Salud Mental (MPSM), donde desde una estructura dinámica se explica la forma como se movilizan y operan los procesos de salud mental en las personas y como se relacionan con contexto. El MPSM se compone de 7 dimensiones esenciales, a través de las cuales se busca explicar tanto la salud mental como su alteración.

Hay tres dimensiones básicas implicadas en la salud mental tales como las demandas contextuales, la personalidad y el comportamiento, el manejo de las situaciones estresantes. Estas se dan con base en una dimensión de soporte que es la neuronal, aunque no se reducen a ésta. Otras dos dimensiones son el resultado de las anteriores: la salud mental y el bienestar, así como el tratamiento y la evolución cuando hay alteraciones en esta área.

Por último, hay una dimensión moduladora: el contexto de vida donde se desenvuelve la persona, la cual ayuda a disminuir o aumentar el efecto potencialmente estresor de las demandas situacionales sobre la salud mental, como también interviene en el grado en el cual las situaciones cotidianas ayudan a potenciar la salud mental y el bienestar. Este modelo procesual se presenta en general en toda la elaboración de Nuñez y Tobón (2005a) como una nueva forma incluyente e integrada de analizar la salud mental e intervenirla.

A esto se pueden integrar los siguientes elementos de acuerdo con la OMS, con relación a poseer un desarrollo saludable: primero haber tenido una infancia saludable; segundo, contar con ambientes seguros que les apoyen y brinden oportunidades a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas vocacionales y de vida; y cuarto, tener acceso con equidad a una amplia gama de servicios, edu-

cación, empleo, salud, justicia y bienestar, todo lo cual, garantiza de mejor manera, una salud física y mental.

Respecto a esta última, tal como lo plantea Calderón (2001:1a) “implica también las relaciones sociales donde se asienta, constituye y se desarrolla la vida de las personas, en ella se expresa las relaciones de afecto, los vínculos afectivos y colectivos”. El mismo sugiere el autor, “que la salud mental hace referencia a los estilos de vida positivos y los valores que legitiman y sustentan los niveles de humanidad, confianza, seguridad y sensación de control sobre su propio destino, y le da a la vida opción, sentido, respeto y legitimidad”.

En este sentido, la salud mental de una persona es un sistema complejo en el que están interrelacionados aspectos de orden subjetivo y objetivo que se dimensionan desde factores sociales, culturales, biológicos y cognitivos. Con tales criterios es preciso anotar que se hace referencia a un modelo de salud mental constituido en la dinámica biopsicosociocultural, motivo por el cual cualquier tendencia que se relacione con la salud mental debe necesariamente incluir los elementos ya planteados (Nuñez y Tobón, 2005a).

Esto tiene relación con los planteamientos de Terris (1987), el cual retoma la necesaria consideración de ver los aspectos objetivos y subjetivos relacionados con la salud de los sujetos. Los primeros se entienden como todos los factores asociados con la capacidad de funcionar que tiene un individuo, y los segundos, se refiere al sentirse bien, que tiene que ver con la forma en que se significa el actuar cotidiano en términos de bienestar para las personas.

De acuerdo con Calderón (2001:1-4a), existen unos principios universales de salud mental que se relacionan con la ya sugerido. Ellos son: principio de realidad (conciencia de sí mismo y del medio), principio de colectividad (comunicar, interactuar, participar) y principio de transformación (sentido de vida).

De esta manera, en relación con lo anterior se entiende la salud como un proceso que representa estados de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones. La calidad de vida implica un bienestar biológico, físico, psicológico y social (Tobón y Nuñez, 2000), que debe ser percibido por las comunidades Padilla (2005). En Colombia se han realizado estudios que ha abordado la calidad de vida relacionada con la salud en patologías, como colon irritable (Amador y otros, 2005) y dispepsia no ulcerosa (Cano, 2006), y muchos otros con diferentes tipos de cáncer y VIH/SIDA (ver Caraveo, 2004).

A nivel internacional, prima esta tendencia, como lo revela el meta-análisis de Padilla (2005) y otras aproximaciones de enfermedades crónicas (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca, y Malagelada, 2000; Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca y Malagelada, 2001; Minderhoud, Oldenburg, Wismeijer, Berge Henegouwen y Smout, 2004). En tal sentido, es preciso estudiar tal relación en poblaciones no clínicas, independientes de determinadas patologías, ampliando el análisis a factores

psicológicos asociados. A nivel internacional existen algunas evidencias de esta tendencia (Campbell et al., 2002; Argyle, 1987); y Diener, 1984). En Colombia debe consolidarse a través de estudios poblacionales, retomando el aporte de la psicología de la salud (Oblitas, 2006; Tobón y Núñez, 2007).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud tiene un enfoque multidimensional que da cuenta de los resultados del proceso de salud en términos del bienestar percibido, y del contexto cultural que lo soporta (Schwartzmann, 2003). Padilla (2005:86) señala que *“las definiciones de CDVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud) consisten en atributos tanto globales como específicos de salud que son dinámicos-cambiantes como consecuencia de la enfermedad, el tratamiento y los cuidados, y se podría agregar, que no, de sólo un factor lineal consecuente”*.

Sin embargo, el concepto debe abarcar una categoría general que implique condiciones específicas, sin importar el tipo de enfermedad o condición, además no debe limitarse a situaciones patológicas únicamente. Tal como lo plantea Casas (1996), si existen factores de orden cultural y social determinantes de la calidad de vida, la salud no es la excepción y por tanto, la condición de compromiso negativo respecto de calidad de vida no necesariamente refiere a lo estrictamente patológico con un cuadro definido.

Uno de los conceptos de calidad de vida que infiere una forma general de abarcarla, lo expone Aguilar (2005), entendiéndola como la *“Posibilidad que tiene una persona, una familia o una comunidad, de alcanzar el bienestar y la satisfacción de todas sus necesidades”*, además, agrega que es una *“tranquilidad de espíritu más una sensación de felicidad”*. Ésta definición esencial de calidad de vida, describe a grandes rasgos el concepto cotidiano de lo que se asume como tal, sin entrar en detalle en algún tipo de enfermedad o padecimiento asociado al bienestar, generado como consecuencia de su tratamiento o solución (Patrick y Erickson, 1993).

Bien se conoce que son diversas las necesidades del ser humano y estas mismas inclusive tienen su propia escala, las necesidades físicas o biológicas relacionadas con aspectos de salud, incluyen solo una porción en dicha jerarquía. En este sentido, se confiere a la calidad de vida dos componentes: objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad) (Amador, Contreras, Fernández, Sandin, Tamayo, Tobón, Vázquez, y Vinaccia, 2005).

Es por esto que la integridad y claridad del término se retoma de la OMS, que amplía el término explicándolo como: *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*.

Podría así, utilizarse el concepto anterior como eje del presente estudio, por la amplia gama de factores incluidos, además porque según Schwartzmann (2003) la calidad de vida es un concepto complejo que incluye bienestar físico, mental y social percibido por el individuo (felicidad, satisfacción y recompensa). También se puede ver desde el punto de vista subjetivo, que la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, lo cual puede reflejar el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

Con lo relación a lo expuesto atrás, así como se encuentra que el concepto de calidad de vida es multidimensional, el concepto de salud también se define como multifactorial y holista, donde no solo refiere solo la ausencia de una enfermedad, sino una integridad bio-psico-social, tal como ya se sugirió antes.

Así, referirse a la salud implica retomar ciertos tipos de factores: los biológicos, los ambientales, estilos de vida y servicios de salud. Por ello que se puede plantear que, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y al logro del derecho a una vida sana, es necesario conceptualizar la salud mas allá de lo biomédico y lo clínico y comprender las interacciones entre estos factores (Avendaño, Fajardo, Navarrete, y Pérez, 2006:86; Casas, 1996; Aguilera, 2006).

Tal como se propone en este estudio, se tendrá como centro las poblaciones no clínicas, lo cual implica una explicación de la relación entre salud, la calidad de vida y factores psicológicos no exclusivamente dependientes de signos y síntomas patógenos, como en el caso de investigaciones asociadas a estilo de vida y la calidad de vida en hipertensión (Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa, y Holguín, 2005), calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de colon irritable (Amador y otros, 2005) y relación calidad de vida, estrategias de afrontamiento, personalidad y apoyo social en dispepsia no ulcerosa (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón y Sandín, 2006). Se integran entonces sin factores psico-socio-ambiente-culturales asociados entre si, como por ejemplo, los hallazgos de acerca de la percepción de la calidad de vida y una correlación positiva con el sexo, la raza y el estatus socioeconómico (Campbell, Converse, & Rodgers, 2002; Argyle, 1987; y Diener, 1984) como algunos estudios de interés en un contexto externo al colombiano.

Con tal criterio, desde una concepción sistémica, Tobón y Nuñez (2005) conciben la salud como una condición de la vida humana que surge de la relación e interdependencia entre el sistema natural biofísico y el sistema sociocultural. La salud se expresa a través del desarrollo de las potencialidades de ser, amar, y tener, por lo cual se reconoce su naturaleza compleja y la necesidad de una comprensión interdisciplinaria de procesos psicológicos y de estilos de vida que se articulan a

procesos interventivos, preventivos y promotores, que a su vez están presentes en los modelos de salud y en las representaciones culturales y sociales que aluden tanto a la salud misma como a la enfermedad.

Caraveo (2004:51) plantea que en las últimas décadas se ha dado un giro en la concepción de la salud, como un fenómeno bio-psico-social, que implica la relación de aspectos de orden comportamental, afectivo y emocional, y sociocultural que son predictores de una buena salud y calidad de vida en un nivel óptimo, aspectos también sugeridos por Núñez y Tobón (2000), Flórez (2007), Tobón, Vinaccia y Núñez (2004).

Es importante anotar, tal como muestra Núñez y Zambrano (2002), que cualquier proceso que tenga que ver, ya sea con la salud física como mental, está acompañado de una serie de dispositivos de apropiación sociocultural de significados de la salud y enfermedad, lo que permite ver en tal sentido, que los criterios preventivos y promotores dependen de la forma en que sean apropiados dichos dispositivos.

De acuerdo con lo expuesto, las siguientes son definiciones fundamentales de las variables que se relacionan con la CVRS:

Calidad de vida: se refiere la relación que existe entre los componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar cuyos indicadores son la satisfacción, expectativas positivas y la felicidad). Los conceptos de los diversos autores no son puntualmente los mismos pero si relacionados (Ver Amador, Contreras, Fernández, Sandín, Tamayo, Tobón, Vázquez, y Vinaccia, 2005; Schwartzmann, 2003); García Martín, 2002; Costa, McCrae y Zonderman, 2002; Fujita, Diener y Sandvick, 2002 y Tonón 2008).

Salud: de acuerdo con OPS (1996) y en concordancia con Nuñez y Tobón (2005), se entiende como un proceso multifactorial que integra lo aspectos bio-psico-socio-culturales, relacionados con el bienestar y la potenciación de altos niveles de satisfacción. No implica una postura lineal de sólo la ausencia de una enfermedad, ya que asocia factores biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud, entre otros (ver también Haring, Stock y Okun, 2002).

Factores psicológicos: retomando a Nuñez y Tobón (2005 a y b) y Flórez (2007), se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos, afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud. Dichos criterios se relacionarán con optimismo, afecto, estrés, sucesos vitales y comportamientos de riesgo.

Poblaciones no clínicas: hace referencia a un grupo de personas que al momento de acercarse a ellas para obtener información respecto a su calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados, no presenten algún tipo de enfermedad física y mental de orden crónico o agudo diagnosticada.

Hacia un análisis de la cvrs y factores contextuales y psicológicos

Inicialmente, es importante considerar tal como lo ven Rodríguez, Russell, Madaleno y Kastrinakis (1999), que la salud en establece una correlación directa entre los niveles microindividuales, que implican generación de ingresos, educación y desarrollo de habilidades, participación socio-política, salud, bienestar y calidad de vida, aspecto que significa un cierto grado de integralidad entre bienestar y desarrollo humano (Caspersen, Powell y Merritt, 2002).

Entre tanto que los macrosociales, ubican la salud alrededor de esferas económicas, sociales, políticas y del desarrollo humano. En tal sentido, el concepto de salud articulado al de calidad de vida, que se discute en este aparte obedece a una relación multifactorial bio-psico-social, concepto que va más allá de la salud como sólo ausencia de enfermedad y afecciones (Oblitas, 2006), tal como se ve a continuación en la discusión respecto al concepto de calidad de vida y salud.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud tiene un enfoque multidimensional, tal como lo muestra Padilla (2005) respecto de atributos específicos como globales, que no necesariamente implican afectación de la calidad de vida cuando hay enfermedad o patología física y/o mental explícita, tal como se ha mostrado previamente a nivel teórico, lo cual es de igual manera correspondiente con los datos obtenidos por Nuñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo; Hidalgo, S., M. y Rasmussen (2009).

Al respecto se puede ver en Nuñez et al (2009) en un estudio con 1115 sujetos, como problemas de dolor en un 67% y de afectación de las actividades físicas en un 48%, se relacionan con una afectación de la calidad de vida relacionada con la salud, lo que el mismo autor correlaciona con una regular percepción global de la salud cercana al 25%, lo mismo que la presencia de sentimientos de intranquilidad, preocupación, disgusto y molestia en los niveles de mucho y muchísimo de 33%, como aspectos asociados al afecto negativo.

Uno de los conceptos de calidad de vida que infiere una forma general de abarcarla, lo retoma Aguilar (2005) respecto de satisfacción de necesidades, tranquilidad de espíritu más una sensación de felicidad. Con relación a lo anterior, los datos de Nuñez et al (2009) muestran como la sensación de felicidad y bienestar se presenta tomando lo niveles de alguna vez y nunca en un 24%, lo que correlacionado con el nivel de percepción de no satisfacción de necesidades con un 74%, y con la no presencia de expectativas positivas frente a la mejoría de la calidad de vida en un 58%, son una evidencia amplia de un bajo nivel de calidad de vida poblacional en poblaciones colombianas, y concretamente del eje cafetero

Es importante anotar como ésta definición esencial de calidad de vida, describe a grandes rasgos el concepto cotidiano de lo que se asume como tal, sin entrar en de-

talle en algún tipo de enfermedad o padecimiento, generado como consecuencia de su tratamiento o solución. Es decir, no sólo la enfermedad afecta la calidad de vida de una persona o de una comunidad, tal como lo refiere Casas (1996).

Bien se conoce que son diversas las necesidades del ser humano y estas mismas inclusive tienen su propia escala, las necesidades físicas o biológicas relacionadas con aspectos de salud, incluyen solo una porción en dicha jerarquía (Tonón, 2006). En este sentido, los componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida retomados por Amador, Contreras, Fernández, Sandín, Tamayo, Tobón, Vázquez, y Vinaccia, (2005) son explícitos en los datos que muestrana Nuñez et al (2009).

Con base en los 1115 sujetos investigador por el anterior autor, se observan los niveles de desempleo en un 38% y el nivel de ingreso por debajo de un salario mínimo en un 43%, asociados a expectativas positivas de mejoría de la calidad de vida presentes en sólo el 42% de la población, y el nivel de satisfacción de necesidades en tan solo un 24%. Con relación a lo anterior, respecto de los sucesos vitales estresantes en los niveles de mucho y traumático se encuentran elementos de insatisfacción y frustración en 58%, y de relaciones con el empleo y obtención de recursos en un 65%. Ello una vez más es un clara evidencia de la correlación directa entre componentes objetivos y subjetivos presentes en bajos niveles de calidad de vida en el polo positivo, lo cual afecta naturalmente la calidad y la salud.

El concepto utilizado por Schwartzmann (2003) que incluye en la calidad el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo (felicidad, satisfacción y recompensa) implica todos los componentes y condiciones contextuales y de CVRS planteados por Nuñez et al (2009). La anterior autora especifica que la CVRS es la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un determinado momento, lo cual según Nuñez et al (2009) en los datos de optimismo disposicional respecto de adecuación de los niveles de intercambio social y afectivo con confianza y tranquilidad en un 25% en los niveles de bastante y completamente aplicables, se muestran como un factor psicológico que afecta negativamente la calidad de vida. Estos elementos son los que retoma Estes (1999) como índices fiables de orden empírico que pueden leer perfectamente lo subjetivo y emocional (ver gráfico 1)

Por su parte el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal, también se expresa desde punto de vista fisiológico de la sintomatología general, la discapacidad funcional, el sueño, etc. Frente a esto los datos de Nuñez et al (2009) son claros: la no adecuación alimentaria y de sueño tranquilo superan el 60%, el número de visitas al médico al año superior a 5 con fines de atención de enfermedad en un 62%, mientras que la incapacidad más de 5 veces al año a causa de enfermedad, y por lo demás la percepción de una mala salud en un 56%, muestran una tendencia negativa de calidad de vida, refiriendo así elementos asociados de acuerdo con Schwartzmann (2003).

Gráfico 1. *Calidad de vida y predictores*

Núñez et al (2009) con base en la muestra de 1115 personas, respecto a lo emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), a nivel de optimismo disposicional, observa cómo se percibe un disfrute de las acciones de sobrevivencia frente a la vida cotidiana en un 61%, lo cual se ve como una perspectiva resiliente frente a la adversidad. Pero por su lado desde el afecto negativo y positivo, los sentimientos de intranquilidad, preocupación, molestia y disgusto se encuentran en un nivel cercano al 33%, lo cual se contrasta con la sensación de bienestar y vitalidad en apenas el 24% de la muestra.

Así como el concepto de calidad de vida es multidimensional, el concepto de salud es multifactorial y holista. Ambos procuran la búsqueda de una integridad bio-psico-social, y por lo tanto, hablar de salud implica hablar de ciertos tipos de factores: los biológicos, los ambientales, estilos de vida y servicios de salud (Avendaño, Fajardo, Navarrete, y Pérez, 2006:86).

Al respecto se muestran en los datos de Núñez et al (2009), en estilos de vida por ejemplo, cómo el consumo de cigarrillo en un 63%, de alcohol en un 76%, de sustancias psicoactivas en un 27%, y la no práctica de actividad deportiva en un 68%, lo cual sin duda además de referir el estilo vida, también involucra aspectos contextuales con la falta de sistema de salud de soporte (Tonón, 2008) y aspectos culturales relacionados con la calidad de vida y la salud, que cada vez más se vuelven un problema de salud pública, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven.

Con relación a lo anterior Caraveo (2004:51) plantea un giro necesario en la concepción de la salud que se oriente de lo puramente biológico a lo sociocultural sin olvidar lo psicológico e individual Núñez y Tobón (2000), Flórez (2007), Tobón, Vinaccia y Núñez (2004).

Desde una concepción sistémica, Aguirre, Correa y Murillo (2006:117) explican la salud como “*una condición de la vida humana que surge de la relación e interdependencia entre el sistema natural biofísico y el sistema sociocultural, considerando que la vida humana es un proceso totalmente biológico y totalmente sociocultural*”. Entendida así, la salud se expresa a través del desarrollo de las potencialidades de Ser, Amar, y Tener que dan cuenta de la satisfacción de las necesidades humanas tanto de subsistencia como de las socioculturales.

El Grupo de investigación en Psicología Clínica y Procesos de Salud, reconoce que la salud es un eje que se entiende interdisciplinariamente en el sentido que los procesos psicológicos se enlazan en una búsqueda de la comprensión compleja de objetos tales como: los procesos interventivos, preventivos y promotores, los estilos de vida, los modelos de salud y las representaciones culturales y sociales y en ello integra las lógicas profesionalistas utilizadas para acercarse a los fenómenos clínicos y de salud humana.

Es por ello, tal como se muestra por Nuñez et al, como parte del abordaje de la CVRS, la categoría psicológica, incluye los factores cognitivos, emocionales, conductuales y perceptuales, sistemáticamente relacionados, los cuales se relacionan con los sucesos vitales significativos, el optimismo, el afecto y las estrategias de afrontamiento de la vida cotidiana. Ahora, por supuesto se tiene en cuenta que además de lo anterior se tiene en cuenta que influyen otros factores como son la inteligencia emocional y la estabilidad emocional (Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003).

Así por ejemplo Nuñez, Sandín, Tobón, S. y Vinaccia (2007) dicen que las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social, y por tanto la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud y en la calidad de vida percibida.

De esta manera Nuñez et al (2009), existen distintos indicadores objetivos de calidad en la población estudiada. Desde criterios objetivos de bienestar percibido, satisfacción de necesidades básicas y opciones de desarrollo reales y potenciales propuestos como centrales por (Nuñez y Tobón, 2005a) no son directamente proporcionales a su importancia según se mantienen la tendencia de los datos en el estudio hecho por el anterior autor.

Al respecto para Campbell, Converse & Rodgers (2001) y Schwartzmann (2003), muestran como la calidad de vida correlaciona directamente con el bienestar físico, mental y social percibido (felicidad, satisfacción y recompensa), cosa que tiene relación directa con los indicadores sociales de bienestar (Andrews & Withey, 2002), no coincidentes con los datos arrojados por Nuñez et al (2009) desde un lado positivo de la calidad de vida poblacional.

La calidad de vida implica un bienestar biológico, físico, psicológico y social (Tobón y Nuñez, 2000; Aguilar & Zuluaga, 2005), el cual debe ser percibido y

reconocido por las comunidades con indicadores objetivos (Padilla, 2005; Andrews & McKennell, 2002), frente a lo cual los datos mostrados por Nuñez et al (2009), implican claramente que en la población objeto de estudio no se percibe una tendencia positiva, tanto los factores biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud integrados. Según Nuñez y Tobón, 2005b; Nuñez, Castaño & Aaristizabal, 2006) estos deberían estar coherentemente relacionados.

Tal como se ve desde el anterior autor, las conductas de salud tienen directa relación con las condiciones macrosociales de la calidad de vida, lo mismo que a nivel individual (nivel microindividual), cosa que necesariamente implica una propuesta más allá de lo biomédico y clínico, tal como lo ven Avendaño, Fajardo, Navarrete, y Pérez (2006).

Así, en los datos expresados en los resultados de Nuñez et al (2009), siguen mostrando que la salud y la calidad de vida, se debe ver más allá de las condiciones médicas, e implicar en ello lo individual, a nivel de la vida afectiva y emocional. Tal como se muestra por el autor, no se puede explicar separadamente el contexto individual de los niveles macrosociales que proveen la posibilidad de satisfacción de necesidades básicas, que no se ve como satisfactorio en este estudio anterior, como tampoco el nivel de expectativa de un mejor nivel de calidad de vida poblacional.

En el estudio de Nuñez et al no se abordan criterios de raza, pero sí de condiciones de empleo y nivel de satisfacción y expectativa de mejoría, lo cual como se indica en el análisis de los resultados con los instrumentos utilizados, no es muy alentador, aspecto que permite ver, como ya se dijo, que no percibe un nivel de calidad de vida satisfactorio en la población. Ello no riñe con la necesidad de investigar en estos temas específicos, tal como lo plantean Campbell, Converse, & Rodgers (2002).

Por otra parte, respecto a la enfermedad relacionada y visita médica, sigue siendo claro en los datos Nuñez et al (2009), que la visita al médico depende del dolor físico. Igualmente, al revisar de nuevo los indicadores de optimismo, afecto negativo y positivo y sucesos vitales estresantes, y al compararlo con las conductas relacionadas con la salud, existe un nivel de correspondencia de afectación recíproco en la calidad de vida percibida.

Ahora bien, entre tanto a nivel internacional, prima la tendencia de observar la calidad de vida centrada en patologías, tal como se puede observar en el meta – análisis de investigaciones clínicas de Padilla (2005) y los estudios de calidad de vida de Badia & Lizán (2003), aún no pueden establecerse conclusiones al respecto, ya que se debe entender, que el estudio planteado no tiene un interés causal directo, sino más bien a unos criterios correlacionales en poblaciones no clínicas.

Es con tal criterio de base, que se realizó el estudio de Nuñez et al (2009), tratando de consolidar en Colombia esta línea a través de estudios poblacionales, que retomen el aporte de la psicología de la salud, tal como ya lo han sugerido con un alto nivel de importancia Oblitas (2006) y Tobón y Nuñez (2007) en investigaciones previas.

Teniendo en cuenta que, tal como ya se anotó atrás, los estudios en Colombia centrados en patologías, los presentes datos parciales conservan una tendencia hacia un menor nivel de calidad de vida de la población del estudio, lo cual es aparentemente contradictorio, pues las poblaciones no clínicas, debiera tener un mayor nivel de calidad de vida.

Al observar los datos de Nuñez et al (2009), se puede ver que los niveles de calidad de vida positivos no son significativos, en tanto los niveles de optimismo disposicional, y las conductas relacionadas con la salud, los sucesos vitales, y ello acompañado del nivel de insatisfacción de las personas con las expectativas positivas frente a su calidad de vida y bienestar, aún permiten conservar en los datos una diferencia negativa marcada con respecto a la calidad de vida que se tiene en poblaciones clínicas (con diagnóstico definido), aspecto preocupante, dada las condiciones sociodemográficas y CVRS de la población objeto de este estudio.

Una cantidad significativa de estudios, expresan una opción de mayor precisión y de contraste entre los datos hallados con relación a la calidad de vida, tal como se puede ver en problemas de colon irritable y enfermedades intestinales (Tobón, Sandín, Vinaccia S & Núñez, 2007; Tobón & Vinaccia, 2006), dispepsia no ulcerosa (Cano, 2006), enfermedades crónicas (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca, y Malagelada, 2001; Minderhoud, Oldenburg, Wismeijer, Berge Henegouwen & Smout, 2004), estilos de vida e hipertensión (Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa, y Holguín, 2005), ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de colon irritable (Amador, Contreras, Fernández, Sandín, Tamayo, Tobón, Vázquez & Vinaccia, 2005), y con relación a estrategias de afrontamiento, personalidad y apoyo social en dispepsia no ulcerosa (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón y Sandín, 2006).

Igualmente, se ha trabajado ampliamente la calidad de vida en diferentes tipos de cáncer y con VIH/SIDA (Caraveo, 2004). Lo importante es que el nivel de calidad de vida de la población objeto de estos estudios, siendo población directamente clínica, en muchos casos está mejor que la población objeto del estudio de Nuñez et al (2009).

Es finalmente muy importante anotar, que el concepto de salud integral es imprescindible, y ello se implica ubicar un concepto de calidad de vida multidimensional que posea criterios objetivos, tales como: bienestar percibido, niveles de satisfacción de necesidades básicas y opciones de desarrollo reales y potenciales (Nuñez y Tobón, 2005a).

De esta manera para Campbell, Converse & Rodgers (2001) y Schwartzmann (2003) bajo esta lógica entienden la calidad de vida directamente asociada con el bienestar físico, mental y social percibido (felicidad, satisfacción y recompensa), lo que a su vez tiene clara relación con indicadores sociales de bienestar, tal como lo visualizan Andrews & Withey (2002). Estos aspectos se ven comprometidos negativamente en los datos obtenidos en el estudio de Nuñez et al (2009).

En tal sentido, tal como ya lo ha mostrado Estes (1999) el bienestar humano o bienestar social nunca ha sido satisfactorio. Como se ve en los datos de Nuñez et al (2009), si bien algunos indicadores de orden material son satisfechos, aunque no en un alto criterio, los de orden cultural, social y psicológico son nominaciones puramente políticas no reales. Es por ello que Sen (2000) pone en entredicho la forma de ver la calidad de vida, que necesariamente deber ir más allá de la satisfacción material y física a las oportunidades sociales en educación y salud, y a las libertades políticas.

Conclusiones

En los datos suministrados por Nuñez et al (2009), se puede ver que los niveles positivos de calidad de vida relacionada con la salud no son significativos. Aspectos de optimismo disposicional, conductas relacionadas con la salud, sucesos vitales estresantes, y el nivel de insatisfacción de las personas con las expectativas positivas frente a su mejorías en la calidad de vida y bienestar, no permiten observar una diferencia clara entre las poblaciones sin problemas de salud diagnosticados, respecto de poblaciones con un diagnóstico clínico definido al contrastar los datos con los respectivos estudios.

Tal como lo plantean Torres y Mujica (2004), dentro de su planteamiento de los objetivos del milenio respecto a salud, pobreza y desarrollo, y con apoyo en los datos suministrados por Nuñez et al (2009), se muestra una urgente necesidad de intervenir eficientemente en la calidad de vida poblacional. Esto teniendo presente, que tal como se visualiza en la tendencia medición de indicadores objetivos respecto de la CVRS, estos no están mostrando para el país la realidad de lo que sucede a nivel de la población en general. Lo anterior implica que es preciso iniciar un acercamiento a nivel de las políticas públicas en salud y desarrollo social, para que tanto crítica como proactivamente se logre trabajar en estrategias que orienten un desarrollo más justo y equitativo.

Se sugiere la ejecución de nuevos proyectos de investigación y desarrollo, que a la par de la producción de conocimiento se orienten también a resolución de problemas poblacionales relacionados con la CVRS. Al respecto se sugiere el desarrollar de estudios poblacionales de mayor magnitud, que brinden mayores elementos de discusión con los entes políticos y permita con mayor precisión establecer el comportamiento de las variables que definen la salud y su relación con la calidad de vida, lo mismo que los factores psicológicos de soporte.

Bibliografía

- Aguilar, Zuluaga, I. (2005). La calidad de vida. (Visitado 2008, Junio 1). Disponible en: http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/calidad_vida.htm.
- Aguilera, M., D. (2006). Salud y calidad de vida de jóvenes del conurbano bonaerense. En Tonón, G. (comp) Juventud y protagonismo ciudadano. Buenos Aires: Espacio Editorial. pp. 43 – 58.
- Amador, O., Contreras, F., Fernández, H., Sandín, B., Tamayo, R. E., Tobón, S., Vázquez, A. y Vinaccia, S. (2005) Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndromes de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 65-74.
- Andrews, F.M. y McKennell, A.C. (2006). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. En García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8 (48). Extraído octubre 22 de 2008 desde <http://www.efdeportes>.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (2006) Social Indicators of Well-Being. En García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8 (48). Extraído octubre 10 de 2008 desde <http://www.efdeportes>.
- Argyle, M. (1987). The psychology of happiness. En: Dew T. y Huebner, E. S. La Calidad de Vida Percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria. Universidad de Carolina del Sur. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos16.htm>
- Avendaño, C. A., Fajardo, A., Navarrete, G. & Pérez, R. (2006). Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. *Revista ciencias de la Salud*, 4, 82-92.
- Badía, X., y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín, J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Vol. I (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.
- Berlinger, G. (1997). Salud y ciudadanía en los finales del siglo. *Revista SITUA*. Año 5. No 10, pp 1 – 4.
- Calderón, Ocampo, Jorge, H. (2001a). La salud mental. En: Calderón, Ocampo, J., H. Amezquita, Medina, M. Salud mental, sociedad y cotidianidad (pp. 1 - 25). Manizales: Universidad de Caldas, Departamento de Salud Mental y Desarrollo Humano.
- Calderón, Ocampo, Jorge, H. (2001b). La salud pública y la salud mental. En: Calderón, Ocampo, J., H., Amezquita, Medina, M. Salud mental, sociedad y cotidianidad (pp. 147 –205). Manizales: Universidad de Caldas, Departamento de Salud Mental y Desarrollo Humano.
- Casas, F. (1996). Bienestar social: una introducción psicosociológica. Barcelona: PPU.
- Campbell, A; Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (2001). **The quality of American life: Perception, evaluations, and satisfactions**. En Dew T. y Huebner, E. S. Calidad de Vida Percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria. USA. Universidad de Carolina del Sur.
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A.M., Tobón, S., y Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 511-520.
- Caraveo, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Revista Avances en psicología Latinoamericana*, 22, 49-59.
- Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badía, X., Vilaseca, J., y Malagelada, J.R. (2000). Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 177-182.

Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J., y Malagelada, J.R. (2001). Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 13, 567-572.

Caspersen, C.J., Powell, K.E. y Merritt, R.K. (2002). Measurement of health status and well-being. En: García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: Revista Digital, 8 (48). Url: <http://www.efdeportes.com/>

Costa, P.T., McCrae, R.R. y Zonderman, A.B. (2002). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national American national sample. En: García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: Revista Digital, 8 (48). Url: <http://www.efdeportes.com/>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. En: Dew T. y Huebner, E. S. La Calidad de Vida Percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria. Universidad de Carolina del Sur. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos16.htm>.

Estes, R. (1999). Hacia un índice de calidad de vida: enfoque empíricos para la evaluación del bienestar humano a nivel internacional. En Klisberg, B. (comp). Pobreza: un tema impostergable. CLAD- Fondo de cultura económica, pp. 131 – 148.

Flórez, A., L. (2007). Psicología Social de la Salud. Bogotá: Manual Moderno.

Fujita, F., Diener, E. y Sandvick, E. (2002). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. En: García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: Revista Digital, 8 (48). Url: <http://www.efdeportes.com/>

García Martín, M. A. (2002) Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: Revista Digital, 8 (48). Url: <http://www.efdeportes.com/>.

Haring, M.J., Stock, W.A. y Okun, M.A. (2002). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. En: García Martín, M. A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos Aires: Revista Digital, 8 (48). Url: <http://www.efdeportes.com/>

Minderhoud, I.M., Oldenburg, B., Wismeijer, J.A., van Berge Henegouwen, G.P., y Smout, A.J. (2004). IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Digestive Diseases and Sciences*, 49, 469-474.

Ministerio de salud de la Nación (2006). Salud y objetivos de desarrollo del milenio. UIES. Unidad de investigación estratégica en salud. Argentina.

Núñez, R., A., Zambrano, H., L. (2002). Promoción de la salud: hacia una interiorización sociocultural. En: Núñez, R., Ramírez, M., Jurado, L., Gil, P., Restrepo, J. (compiladores). Promoción de la salud y jóvenes: Experiencias universitarias (págs. 53 - 58). Manizales: Alcaldía de Manizales, Grupo Interinstitucional de Programas para Adolescentes GIPA, Universidad de Manizales, Universidad de Caldas.

Núñez, R., A., Zambrano, H., L. (2002). Promoción de la salud: hacia una interiorización sociocultural. En: Núñez, R., Ramírez, M., Jurado, L., Gil, P., Restrepo, J. (compiladores). Promoción de la salud y jóvenes: Experiencias universitarias (págs. 53 - 58). Manizales: Alcaldía de Manizales, Grupo Interinstitucional de Programas para Adolescentes GIPA, Universidad de Manizales, Universidad de Caldas.

Núñez, R. A. (2004). Estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. Manizales: Universidad de Manizales, equipo para la promoción de la salud y prevención integral.

Núñez, R., A. y Tobón, S. (2005a) Terapia cognitivo-conductual y modelos procesuales de la salud Manizales: Universidad de Manizales.

- Núñez, R., A., y Tobón, S. (2005b). Modelo de atención en salud en jóvenes: un enfoque desde el desarrollo humano. *Revista Cuadernos de línea*. Manizales: Universidad de Manizales, Facultad de Psicología, Grupo de Investigación en Familia, Identidad y Cultura, 2, 75 -94.
- Núñez, R. A., Castaño, G., R. & Aaristizabal, O. (2006). Factores biológicos y psicosociales relacionados con las condiciones de salud: una aproximación al perfil de salud de jóvenes estudiantes universitarios. *Revista Proyecciones*. Centro de Investigaciones de la Universidad de Manizales. Manizales, 8, 51-71.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología hospitalaria*. México: Manual Moderno.
- OPS (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington.
- OPS. (2000). *Promoción de la Salud e intersectorialidad. Municipios y Comunidades saludables* www.cor.ops-oms.org/PromocSI.htm
- Padilla, V. (2005) Calidad de Vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Patrick, D.L., y Erickson, P. (1993). Theoretical foundations for health-related quality of life. En D.L. Patrick (Ed.), *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. N.Y.: Oxford Univ. Press.
- Rodríguez, G., Rsussell, J., Madaleno, M., y Kastrinakis, M. (1999). El ambiente legislativo y de políticas relacionadas con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe.
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21.
- Sen, A (2000). *Desarrollo humano y libertad*. Bogotá: Planeta.
- Terris, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI. México, 1987. Pags. 41-56.
- Tobón, S., Núñez, A. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Revista Perspectivas en Psicología*. Manizales: Universidad de Manizales, 7, 45-61.
- Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2003). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 2, 223-234.
- Tobón, S., Núñez, R., A., Vinaccia, S. (2004). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesual del estrés. *Revista de estudios sociales. Universidad de los Andes: Bogotá. No 18, 59 – 65*.
- Tobón, S., Sandín, B. y Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales: psicopatología, evaluación y tratamiento psicológicos*. Madrid: Klinik.
- Tobón, S. y Nuñez, R., A. (2005). Antecedentes, filosofía y dimensiones centrales del modelo procesual de la salud mental. En: Nuñez, R., A. y Tobón, S. (2005) *Terapia cognitivo-conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para integración, la investigación y la clínica*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Tobón, S., Nuñez, R., A. y Zuluaga, D. (2005). La integración en la terapia psicológica: hacia un modelo procesal de la salud mental. En: Nuñez, R., A. y Tobón, S. *Terapia cognitivo-conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para integración, la investigación y la clínica (capítulo 4)*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Tobón, S., y Vinaccia, S. (2006). Calidad de vida en enfermedades inflamatorias intestinales. En Oblitas, L. (Ed.), *Psicología hospitalaria*. México: Manual Moderno.
- Tobón, S. y Núñez, R.A. (2007). Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. *Revista Suma Psicológica*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 15, 74-91.

Tobón, S., Sandín, B. y Vinaccia S., y Núñez, R. A. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de crohn y la colitis ulcerosa. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Bogotá: Universidad del Rosario, Colombia, 25, 65-84.

Tonón, G. (2006). Aproximación teórica al estudio de la calidad de vida de los jóvenes en Conurbano Bonaerense. En Tonón, G. (comp) *Juventud y protagonismo ciudadano*. Buenos Aires: Espacio Editorial. pp. 13 – 41.

Tonón, G. (2008). Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En Lucero, P. (editora). *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local*. Mar del Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM.

Torres, C., y Mújica, O. (2004). Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 15(6), pp. 430 – 439.

Varela Arévalo, M. T.; Arrivillaga Quintero, M.; Cáceres de R., D. E.; Correa Sánchez, D. y Holguín Palacios, L. E. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 14, 69-85.

Zigmond, V. (1993). **Health and disease: Biological, psychological and social aspects**. *Studia psychological*. 30, 102-134.